

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Herczel dr. egyetemi m.-tanár szt. István-kórházi sebészi osztályáról.

Átjárhatlan bárzsingszűkületek kezeléséről. Hat gastrostomiával műtett eset kapcsán.<sup>1</sup>

Közi Herczel Manó dr.

Köztudomású dolog, hogy a bárzsing szűkületeinek, különösen pedig *maró oldatok által létrejött heges szűkületeinek* sikeres kezelése, a sebészeknek gyakran nagy gondot okoz és nem ritkán legyőzhetlen akadályokba ütközik. All ez különösen a heges szűkületekre nézve, melyek legtöbb esetében a súlyos és complicált kórboneztani viszonyok adják a nehézségek magyarázatát. Ily esetekben ugyanis merev heges csővel állunk szemben, mely csőnek lefolyása korántsem egyenes; sőt ellenkezőleg a bárzsing ürtere gyakran többszörösen megtört, maga a bárzsing hol jobbra, hol balra elvongált, falzata telve billentyűkkel és dudorokkal, míg a heges szűkület felett a bárzsing ampullaszerűleg tágult, falzata kifekélyesedett.

A bárzsing ezen irregularis alakulásához hozzájárul azon körülmény is, hogy gyakran lobosodás (perioesophagitis), esetleg tályogképződés is complicálja a folyamatot. Mindezen leg-súlyosabb esetekben eddigelé csupán a felülről való sondázásra kellett szorítkoznunk. Hogy ezen felülről való sondázás még a legszakavatottabb kezekben és a legnagyobb elővigyázat alkalmazása mellett is korántsem volt veszély nélküli, azt mutatta a tapasztalat, a mennyiben septikus phlegmonék léptek fel a sondázás folytán és elég gyakoriak voltak a perforációk. Számokkal bebizonyította ezt *Hacker* is, ki statistikailag kimutatta, hogy az oesophagus heges stricturáival kezelték még legalább egy harmad része a szűkület következményeiben pusztul el és a nem operáltak és operáltak halandósága még mindig oly viszonyban van mint 55:40-hez.

Mindehhez hozzájárul azon körülmény is, hogy az esetek nagy számában, így pl. valamennyi következő eseteinkben a fent jelzett kórboneztani viszonyoknál fogva oly teljes a szűkület, hogy még víz sem hatol át a bárzsingon. Ily esetekben természetesen szó sem lehet egy sikerteljes szájon át végzett kataszolású curáról.

Ha a bongierozási curától eltekintve, azon más módszereket vesszük tekintetbe, melyek eddig rendelkezésünkre állottak, akkor azt találjuk, hogy úgy a *strictura erőszakos át-fúrása*, mint az *oesophagotomia interna* vagy a *szűkület égetése* oly veszélyes és erőszakos eljárások, melyek hatását kiszámítanunk lehetetlen, és melyeket e miatt feltétlenül elvetendőknek kell tartanunk. Csupán az *oesophagotomia externa* oly methodus, a melyet esetleg magasan fekvő szűkületnél alkalmazhatunk, de ezt is csak akkor, hogyha a szűkület nem hosszú és az oesophagus lumene többszörösen nincs megtörve; mert esetleg az utóbbi esetben előfordulhat, hogy daczára a bárzsing felső bő megnyitásának, innen sondával nem vagyunk

<sup>1</sup> Betegek bemutatásával előadatott a budapesti közkórházi orvos-társulat 1894. november 28-diki, 1895. május 8-diki és 1896. április 29-diki szakülésein.

képesek a szűkületen át lefelé hatolni. Ehhez járul még azon körülmény is, hogy a stenosisok gyakran többszörösek, hogy tehát a felső szűkületen kívül fordulnak még elő a bárzsing lefolyásában más szűkületek is, a melyek esetleg szintén csak retrograd úton járhatók át könnyen.

Mindezekkel szemben nagy haladást jelez a heges bárzsingszűkületek terapiájában a *Hacker által inaugurált eljárás*, a ki mindenek előtt gastrostomiát végez az elgyengült betegen. Miután az elgyengült betegek a sipolyon át való táplálás által némileg erősödtek: vagy szájon, vagy pedig a sipolyon át iparkodik a legfinomabb sondával a bárzsingon áthatolni. A mint ez sikerült, selyemfonál lesz a bárzsingon a kutasz segítségével áthúzva, ezen selyemfonálra előbb vékonyabb, később vastagabb drainsövek erősítve, melyek állandóan az oesophagus heges részében fekvő maradnak. Az állandó elastikus nyomás befolyása alatt a heges szűkület gyorsan és állandóan fájdalom nélkül tágul, úgy hogy néhány hét lefolyása alatt már ujjnyi vastag drainsövek fekszenek a szűkület helyén, melyek eltávolítása után a felülről bougiekkel való kataszolás vétetik foganatba; természetesen most azon számtalan veszély és akadály elkerülésével, melyekkel néhány hét előtt még a finomabb kutaszokkal való kezelés is járt volna.

A gastrostomiának tudvalevőleg azon óriási előnye is megvan, hogy általa a kórosan afficiált lobos bárzsing működésén kívül helyeztetvén, lobos, duzzadt falai és nyákhártyája lelohadnak, a minek következménye, hogy a betegek, kik gastrostomia előtt még folyadékot sem tudtak nyelni, néhány hétre a műtét után már könnyen ihatnak tejet nagyobb mennyiségben, sőt mi több, az azelőtt impermeabilis strictura most finom sondával átjárható lesz.

Akkor azonban, ha a heges szűkület felülről nem sondázható, jut igazán érvényre a gastrostomia előnye, mely abban áll, hogy az esetek túlnyomó részében a heges szűkület retrograd úton való sondázása sikerül, mint *Giessler*, *Kraske* és alább közlendő eseteink bizonyítják.

I. K. Teréz, 21 éves, cipész leánya Körmöczbányáról, jelen baja kezdetéig mindig egészséges volt. 1893. szeptember 15-dikén éhgyomorra egy korty carbolt ivott, állítólag véletlenségből. Ezután sok nyákos hányadékot ürített. A végzett gyomormosás után is még többször hányt kávéalszerű hányadékot. Toroka erősen összedagadt és a nyelés nagy kínokat okozott. Négy hét múlva jobban tudott már nyelni, de a lenyelt folyadék a gyomorgödör tájáról rendszeren regurgitált. A folyadéknak a gyomorba jutása mindinkább akadályozva lett, úgy hogy december közepén a vizet cseppenként is csak igen nagy fájdalommal tudta lenyelni. A legutóbbi 5 nap alatt egyáltalában semmit se tudott nyelni. Beteg nagyon lesóványodott és elgyengült.

Felvételkor (január közepén, a kicsiny termetű, nagyon halvány leány testsúlya 32 kgm.; bőre száraz, magas ránczba emelhető. Mellkasi szervei épek, has behúzódtott. A garatíveken fehérés inszerű hegek. A bárzsingba vezetett sonda 32 cm. távolságban megakad, e helyen keresztül a legvékonyabb bougie-val sem sikerül áthatolni.

Beteg végkimerülésig jutott; ülni sem képes. Tápesőréket kap. A felsorolt tünetek a bárzsing alsó részén helyt foglaló impermeabilis strictura jelenlétét nyilvánvalóan jelezték.

Mivel a strictura teljesen átjárhatlan volt s mivel a beteg napokon át már vizet sem tudott nyelni, vitalis indicatióból is gastrostomiára határozottam el magamat, czélba vevén egyszersmind, hogy a műtét által módot szerezzek arra, miszerint később a fennálló szűkületet gyorsabban, biztosabban és kevesebb veszéllyel gyógyíthassam.

A gastrostomia 1894. január 18-dikán chloroform-narcosisban végeztetett. A műtét eljárások közül a *Hacker-ét* választottam,



mert a Frank- vagy Hahn-féle gastrostomiák után a gyomorsipolyon át a szűkületet nehezebben lehetett volna sondázni. Egy a borda alatt kezdődő 9 cm.-nyi hosszúsággal a jobboldali rectus kötégen keresztül hatoltam a hasürbe és a gyomor pylorikus részét igyekeztem legelőbb kihozni, a mi a többszörös adhaesiók és a gyomor collabált volta miatt elég nehezen sikerült. Egyszersmind meggyőződtem arról, hogy a pylorus, daczára a felső szélén levő kemény hegnek, teljesen átjárható. Ezután a gyomor mellő falát a kis görbülethez közel elővonatván, egy krajczárnyi területen a hasseb felső zúgába kivarrtam és a seb alsó részét 4 az egész hasfalat magában foglaló silkworm-öltéssel egyesítettem.

Két nap mulva a kivarrt gyomorfallal megnyitván, e szájadékba drainsöt illesztettünk és a betegnek ez úton való táplálása megkezdett. A beteg naponként 3 liternyi híg táplálékokból álló keveréket kapott és e mellett határozottan meg volt a jóllakás érzete. Az egész utókezelés alatt meg volt a beteg kimélve a gyomorbennék kiömlésétől és az azt követő kellemetlen hasfali eczemától. A rectus, mint a mesterséges szájadék sphinctere, igen jól működött. A seb per primam egyesült.

A beteg napról napra javult, 4 hét mulva járhatott és márczius végén testsúlya már 7 kgm.-mal gyarapodott.

A szűkület megszüntetése céljából márczius végén a drainsövekkel való állandó tágitást kezdtem meg és a következőképen jártam el:

A száj felől egy hajszálbélhúrt vezetünk a bárzsingon keresztül a gyomorba, a műtét azonban csak nagy fáradsággal sikerült. A szálcacs végét a gyomorsipolyon át Langenbeck-fogóval kihalásztuk, a mi könnyebb volt, mert a sipoly ez esetben körülbelül az oesophagus tengelyébe esett. A szálcacs végére egy hosszú selyemfonalat kötöttünk, utóbbira pedig egy igen vékony drainsövet erősítettünk. A selyemfonal segítségével a drainsövet behúztuk a stricturába, a melytől erősen szorította magába. A drainső alsó végétől egy másik selyemfonal vezette a gyomorsipolyon kifelé.

48 óra mulva a megduzzadt gummicső a szűkületben már könnyen mozgatható volt, miért is ugyanazon úton és módon egy vastagabb drainső húzatott be. Másod-harmadnaponként vastagabb és vastagabb drainsöveket alkalmazván, április végén már egy 11 mm. átmérőjű vétetett alkalmazásba. E közben nyelési próbákat csinált a beteg és a folyadék akadálytalanul le is folyt a gyomorba, miért is a drainsövet elhagyva, május hóban a felülről való sondázásra térünk át. Óvatosságból még a selyemfonalat behagytuk, de erre többé szükség nem volt. A beteg nemsokára szilárd táplálékot mindcél nehézség nélkül tudott nyelni, miért is a gyomorsipolyon át való táplálata beszűnttetett. A sipolyból fenjárásnál is alig szívárgott ki tartalom. A kórházból való távozásánál (augusztus 12-dikén) egy 11 mm.-es Krone-Sesemann bougie-t képes a beteg maga bevezetni. A nyelés akadálytalan. A gyomorsipoly hajtfi vastagságú. Testsúlya 15 kgm.-mal gyarapodott.

Azóta a mai napig<sup>1</sup> még 3 kgm.-mal gyarapodott. A finom sipoly önként egészen begyógyult. Viruló színben mutatja be magát. Hetenként kétszer maga vezeti be a sondát.

II. S. J., 24 éves, rákospalotai asztalos,<sup>2</sup> 1894. május havában öngyilkossági szándékból lúgkőoldatot ivott. Azután eszméletét veszítve kórházba szállítottatt. Itt erősen hányt, hányadék a véres volt, nyelni nem tudott, szájnnyákhártyája és nyelve megduzzadt és a bárzsing hosszában és gyomrában nagy fájdalmakat érzett. Nyolez napig semmit sem evett, gyomorsondán át táplálékot vinni gyomrába nem sikerült. Három hét mulva a kórházból való távozásánál a nyelés még ment, de nehezen. Nemsokára azonban állapota ismét annyira rosszabbodott, hogy két hó mulva a lenyelt étel és folyadék a gyomorszáj táján megakadt és regurgitált. Ekkor néhányszor sondáztatván, a nyelés ismét lehetővé vált. Ez év elején azonban ismét beállt a nyelés lehetetlensége, úgy hogy hét napig nem evett és nem ivott semmit. A nyolezadik napon kórházba felvételvé, sondát gyomrába több kísérlet után sem sikerült bevezetni.

Felvételnél a gyengén fejlett, rosszul táplált férfi nyákhártyái halványak. Nyelve bevont. Garatíveken és nyelvcsapon több inszerű heg. Nyelni semmit sem tud. Egy középvastag gyomorsonda a bárzsingban 28 cm.-nyire halad előre, itt megakad. Hármassz katheter vastagságával bíró sonda 32 cm.-nyire vezethető be.

A gyomorba a legvékonyabb sonda vagy bélhúr sem vezethető be.

Nyilvánvaló volt, hogy a nyelési akadály egy a bárzsing alsó részén helyet foglaló heges szűkülettől ered.

Az eljárás, mely jelen esetben követendő volt, teljesen meg egyezett az előbbivel. Vitalis indicatio volt gyomorsipoly képzésére. A gastrostomiát 1895. január 25-dikén hajtottam végre. Chloroform-narkosisban egy 7-8 cm. hosszú, a bordaívénél kezdődő hosszúsággal, mely a köldök színvonalaig haladt lefelé, a jobboldali egyenes hasizmon keresztül jutottam be a hasürbe. A gyomrot kiemelve, Loreta kísérletével meggyőződtem a pylorus átjárhatóságáról és azután a gyomornak egy a kis görbülethez közel eső krajczárnyi részletét finom selyemöltésekkel a hasfalakhoz kivarrtam. Az éjtét hasseb alsó részét elsüllyesztett silkworm-varratokkal és az egész hasfalat áthatoló selyemöltésekkel elzártam.

<sup>1</sup> Beteg a közkegyorsulati orvostársulat 1894. november 28-diki ülésén lett bemutatva.

<sup>2</sup> Beteg 1895. május 8-dikán lett a közkegyorsulati orvostársulatban gyógyult állapotban bemutatva.

A kivarrt gyomorfallal csak két nap mulva lett sipoly képezve, melybe drainsövet illesztettem. Ezen keresztül tej, tojás, húslé és borból álló keveréket vittek naponta háromszor a beteg gyomrába. A gyomorból a tartalom nem folyt vissza. A táplálás ily módon teljesen kielégítően történt. A seb per primam gyógyult.

A beteg lassanként visszanyerte erejét, gyarapodott.

Az első műtét után négy hétre a szűkületnek drainsövekkel való állandó tágitását kezdtem meg és a következő módon jártam el:

Miután nagy fáradsággal sikerült a szűkületen keresztül a gyomorba egy bélhúrt bevezetni, ennek végét a gyomorsipolyon előhozva, rája egy hosszú selyemfonalat kötöttem. A selyemfonalra erősítettem egy igen vékony gummidrainesövet és behúztam az utóbbi a fonál segédelmével a stricturába.

Egy gummidrainesövet mindig két napig hagyva állandóan a szűkületben feküdni, fokozatosan vastagabb gummicsöveket alkalmaztam, úgy hogy az eljárás mellett három hét mulva már ujjnyi vastag cső volt behúzzható. E csőnek eltávolítása után pedig a beteg elég jól tudott nyelni.

A gyomorsipolyból a drainsövet eltávolítván, azt magára hagytam és ez spontán szépen begyógyult. A tágitást 7-es számú gyomorsondával felülről folytattam tovább.

1895. április elsején a beteg maga már 12-es számú sondát tudott bevezetni és ezzel azóta hetenként egyszer kutaszolja önmagát. Nyelése minden akadály nélkül fájdalomtalanul történik. Mindenféle táplálékot képes lenyelni.

Már a kezelés tartalma alatt 10 kgm.-mal gyarapodott.

III. V. Jánosné, 22 éves, napszámosné. 1894. június havában öngyilkossági szándékból körülbelül egy deciliter kalilugot ivott, mire sok vért hányt. Mentők a kórházba vitték, hol nagy fájdalmak közepette feküdt, egy hónapig állítólag mitsem tudott nyelni. Állapota később javult, úgy hogy dolgozott is. 1895. július havában nyelési zavarok léptek fel, augusztusban már csak folyékonyat, szeptemberben pedig már folyadékot is alig bírt nyelni, miért is 1895. októberben osztályomra vétette fel magát.

Felvételkor a gyengén fejlett, lesóványodott, kimerült nőbeteg vizet is csak cseppekben képes nyelni. Vizsgálat hat hónapos terhességet derít ki. Bárzsingkutatólátnál a fogsortól számított 31 cm.-nyire akad meg a sonda. A szűkületen keresztül csak filiform-húr vezethető keresztül, a stricturán átjárni sondával a legszorgosabb eljárás daczára sem lehet, sőt minden ilyenmű kísérletet nagyobb fokú rosszullet és abszolút nyelési képtelenség követ.

Mindzeért indícióval volt a gastrostomia. Tekintettel azonban arra, hogy az előrehaladó terhességnél a növekvő uterus a gyomrot annyira fel fogja tolni, hogy a képzett sipolyból a gyomor tartalma ki fog folyni, október 27-dikén előbb mesterséges abortust fogantatosítottunk. Miután ez simán folyt le, december elsején chloroform-narkosisban Hacker-féle gastrostomia végeztetett rája. Állandó láztalan lefolyás mellett beteg gyomorsipolyon át tápláltatott, lassan-lassan súlyban gyarapodott, úgy hogy február második felében a szűkületnek retrograd úton való tágitásához lehetett hozzáfogni.

Egy finomabb bélhúr segítségével, mely a szűkületen áthatolt, sikerült selyemfonalat a gyomorsipolytól a bárzsingon és szájon át ki-vezetni és ennek segítségével fokozatosan előbb vékony, utóbb mind vastagabb, majd ujjnyi vastag drainsövekkel a szűkületet gyorsan és állandóan tágitani. Egy hó lefolyása alatt beteg már szilárd ételeket is nyel és rendszeren táplálkozik, a gyomorsipoly pedig a drainső kivétele után három nap alatt spontán teljesen begyógyul.

IV. P. Gyula, 38 éves, nőtlen molnár. 1895. november 8-dikán öngyilkossági szándékból phosphorgyufa és marólug oldatot ivott. Eszméletét rögtön elvesztette, csak a kórházban, hova a mentők szállították, tért magához. Itt rendkívül kínzó, égető érzés gyötörte mellkasában, ugyanazon éjjel sok vért hányt. A fájdalmak néhány nap mulva csökkentek, nyelni tudott még hústelt is, a nélkül, hogy ez fájdalmat okozott volna neki. Ezen állapot november hó végéig tartott, miközben a kórházat is elhagyta. November végén észrevette, hogy a nyelés neheztelt, tömöttebb étkek, mint tészták, kenyér megakadnak a 4. borda szegyi végének megfelelő magasságban. Később már a pépes étkek és folyadékok is megakadtak, mindent kihányt, legfeljebb kevés folyadék ment le, ha lassan óvatosan nyelt. November 30-dikán a szt. István-kórházba, Dulácska főorvos osztályára vétette fel magát, a hol egy időn keresztül képesek voltak kutaszolni, de február második felében minden kutaszolási kísérlet megbiúsult, úgy hogy február 27-dikén Herczel osztályára tétetett át műtét céljából.

Felvételkor a rendkívül lesóványodott beteg már annyira elgyengült, hogy ülni is alig tudott, folyadékot abszolút nem képes nyelni, még cseppekben sem, a vizet is rögtön kihányja; bőre száraz, mellkasi szervek épek. Has teknőszerűen behúzódtott, a kutaszolásnál a sonda a fogsortól 23 cm.-re akad meg és itt a legfinomabb hajszálbúr sem vezethető keresztül. Mindjárt az áttétel napján végeztetett rája chloroform-narkosisban Hacker szerint gastrostomia, mely alkalommal a gyomor kis ökölyre volt összeesve. Február 29-dikén a gyomor meg lesz nyitva és ezen sipolyon keresztül a beteg táplálva. A gyógyulás reactio nélkül halad előre, beteg jól táplálkozik, 14 nap mulva elhagyja az ágyat. Április elsején sikerül egy bélhúrral a szűkületen keresztül jutni és retrograd úton, végtelen drainsövekkel a szűkület tágitását megkezdni; és pedig oly sikeresen, hogy április 20-dikán a beteg már szilárd táplálékot a szájon keresztül ehetik miért is a drain a gyomorsipolyból kivéttetik és a sipoly spontán zárul. Beteg 19 kilót hízott, jelenleg még vastag sondákkal kutaszolja magát.



V. W. Frigyes, 22 éves, óbudai kárpitos. 1895 február havában öngyilkossági szándékból accumulatorok töltésére szolgáló folyadékot ivott (kénsav), mintegy két decilitert, utána közvetlenül hányni kezdett. Mentők kórházba vitték. A hányadék eleinte véres volt, majd epés. Később részint kezelő orvosa, részint a kórházban sondákkal kezelték, míg szeptember havában bárzsingján semminemű szalacsasal áthatolni nem voltak képesek. Beteg rendkívül lesoványodott, a víz is eseppekben csak úgy ment keresztül bárzsingján, ha azt vékony szalmaszálon szivta fel.

E miatt 1895. október 28-dikán a beteg osztályunkat kereste fel. Felvételtkor a középtermű férfi bőre pergamentszerűen száraz, rendkívül erősen lesoványodott, gyenge, úgy hogy lábán állni sem tud, vizet most már eseppekben sem tud nyelni. Has teknőszerűleg bemélyedt. A bárzsing kutaszolásánál a sonda 20 cm.-nyi távolban akad meg a fogsortól és ezen akadályon keresztül még hajszál-bougie sem vezethető. Ezen tüneteknél fogva vitalis indicatióból 1895. október 31-dikén chloroform-narkosisban gastrostomiát végeztem rajta, még pedig a baloldali rectuson keresztül hatolva nyitottam meg a hasúrt, kiemelttem a rendkívül collabált gyomrot, és egy alkalmas részt a curvatura minor alatt kivartam. November 1-jén megnyitattam a gyomor és a bevezetett drainsögvön keresztül lett a beteg ezentúl táplálva, a ki állandóan láztalan marad, úgy hogy 8-ad napra a varratok kiszedetnek és beteg 14-ed napra elhagyja az ágyat.

Ezen gyomorsipolyon keresztül való táplálás mellett beteg folytonosan gyarapszik, de a szükületen keresztül még hajszál-bougival sem hatolhattunk, sem a szájon, sem retrograd úton, mindkét irányban a sondák körülbelül a gyúríporez alatt akadnak meg. Beteg körülbelül 6 kilónál gyarapodva f. é. márczius 27-dikén kiboosztatották a kórházból, azon megjegyzéssel, hogyha pár hónapon át tovább erősödött, bajának meggyógyítása céljából még egy műtetre (oesophagotomia) lesz szükség, mely operatiónak a nyár folyamán alá fogja magát vetni. Gyomorsipolya egyelőre állandósítandó.

VI. S. János, 36 éves, napszámos. Atyja előtte ismeretlen bajban, anyja és egy testvére mellbetegségben halt el.

Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1895. július havában a kevéssé megrágott vastag ételeket kihányta, később egyáltalán szilárd ételt nem ehetett. Többször hányt véreset és a szíve táján nagy fájdalmakat érzett. Folyadékot jól nyelt egész 1896. február haváig, a mikor is a folyadék sem ment már le nála akadály nélkül és vizet is csak kis kortyokban volt képes nyelni. Február vége felé már a folyadék sem ment le, miért is a szt. István-kórházban Bakody tanár osztályát kereste fel, honnan márczius 13-dikán Herczel osztályára lett áttéve.

Felvételekor a beteg rendkívül lesoványodott, elgyengült, nyelni semmit sem tud, bárzsing kutaszolásánál a sonda a fogsortól számított 30 cm.-nyire akad meg, a mely helyen nagy fájdalomról panaszkodik. Tüdők csúshurutot mutatnak, szív ép, has csónakszerűen behuzódott.

A szükületen legszorgosabb kutaszolással sem lehet áthatolni. Tekintettel arra, hogy beteg semmi maró dolgot nem ivott, másrészt, hogy vérest hányt, a bárzsingszükület okát vagy carcinomára, vagy — tekintettel a beteg gümőkórosan terhelt családjára és csúshurutjára — talán a nagyon ritkán előforduló oesophagus tuberkulosusra kell visszavezetnünk, utóbbira annál inkább, mert rák ellen szól némileg a szükület magas fekvése a cardia felett, másrészt a beteg aránylag fiatal kora.

A már fent említett módszer szerint chloroform-narkosisban gastrostomiát végeztem rajta. Másnap a gyomor meg lesz nyitva és a sipolyon keresztül a beteg táplálva. A lefolyás zavartalan, beteg erőben és súlyban gyarapszik. Miután műtét után véreset hányt, fel kell tenni, hogy itt a bárzsingban lévő rákos vagy gümős szétesési folyamat progressiv jelleggel bír, a mi a retrograd úton való tágitást contraindicálja, miért is a betegnek sipolyát állandósítottuk. A köpetben Koch-féle bacillusok nem voltak feltalálhatók.

Eseteink közül tehát öt heges szükület folytán jött létre, míg a legutolsó eset annyiban érdekes, mivel minden valószínűség szerint az oesophagusnak ritkán fellépő gümős megbetegedésével állunk szemben. Valamennyi eset Hacker-féle methodus szerint lett műtété, még pedig olyképp, hogy a bal rectus izom külső szélén hatolva át, kis helyen megnyitattik a hasúr és kivarratik a collabált gyomornak a kis curvaturához közel fekvő, körülbelül közepes része. A gyomor megnyitása a körülményekhez képest 12—48 órával a műtét után történik.

A Hacker-féle gastrostomia a többi, Hahn, Witzel-féle módszer felett azon nagy előnnyel bír, hogy azon esetekben, ha retrograd kell dilatalnunk, a fistulanyílás körülbelül az oesophagus tengelyében fekszik, így tehát a cardia könnyen közelíthető meg. A fistula kitünően zár, ép oly jól mint a Witzel-féle, mely utóbbi a gyomron át való manipulációt határozottan megnehezíti, még akkor is, ha úgy járunk el, mint azt Tietze, Mikulicz segédje tette, ki a canalis tipikus fekvését megváltoztatta.

Ehhez járul, hogy a rectuson át készített fistula, a mint a drainsövet eltávolítjuk, 3—4 nap alatt spontan zárul, míg a Witzel-féle fistula, még ha spontan is zárul, legalább 14 napot igényel.

Mindezeket figyelembe véve, a gastrostomiát úgy a heges oesophagus szükületek kezelésénél, mint a többi bárzsingszükületeknél is, melegen ajánlhatjuk, mint oly módszert, melylyel gyorsan, gyakran egyedül és kizárólag érhetünk célzt. A Hacker-féle methodus, a drainsövekkel való végnélküli tágitás, kitünő módszer, mely eseteink mindegyikénél bevált.

A mi végre azon időpontot illeti, mikor hajtassék végbe a gastrostomia, úgy hangsúlyoznunk kell újból, hogy nem szabad addig várni, míg a beteg végtelékig legyengült, hanem mindannyiszor, midőn a bougieozás nagyobb nehézségekbe ütközik, vagy más complicatiók a kutaszolást directe contraindicálják, végezzük a műtétet.

Közlemény az egyetemi bőrkórtani klinikáról. Fő- és székvárosi szt. István-kórház bőrbeteg osztálya (Schwimmer Ernő tanár).

### Filaria medinensis néhány esete.<sup>1</sup>

Sellei József dr., klinikai gyakornoktól.

Az elmúlt hónapokban alkalmam volt egy itt tartózkodó afrikai néger csoport több tagjánál filaria medinensist észlelni, mely esetek közül már az első kettőt szerencsés voltam mélyen tisztelt főnökömnek Schwimmer tanár úrnak is bemutatgatni, a ki a kórisme helyességéről meggyőződött, egy eset pedig a később említendő complicatióval Korányi tanár úr klinikájára került, kinek szívessége folytán az esetet ott tovább észlelhettem.

A filaria medinensis, vagy dracunculus medinensis (Medina-wurm, Guineawurm) az alább említendő rokon válfajával a nematodesek osztályába tartozik.

Molin (Sitzungsber. der kais. Akademie der Wissenschaften in Wien 1858. 28. kötet.) vagy 150-féle filaria alakot említ, melyek mindannyian, kivéve a Leidy-féle filaria immitis-t, mely a szív üregében található, úgy a bőr, valamint egyéb szervek kötőszövetében fordulnak elő; embernél azonban csak 6 filaria félélet észleltek és irtak le, melyek ugyancsak a bőr alatt vagy más kötőszövetben élnek és ezek a következők:

1. *Filaria labialis*, melyet Pane<sup>2</sup> a felső ajakban talált.
2. *Filaria bronchialis*, melynek első észlelője Wedl,<sup>3</sup> de mely az előbb már Treutler<sup>4</sup> által leirt és hamularia lymphaticának nevezett, a hörgmirigy kötőszövetében élő féreggel azonos.
3. *Filaria loa*, melyet először Guyot<sup>5</sup> a conjunctiva alatt látott.
4. *Filaria lentis*, ezt Nordmann és Gescheidt a szemlencsében találta, Diesing<sup>6</sup> pedig leírta.
5. *Filaria sanguinis hominis*, mely a vérben él, s melyet Wucherer és vele egy időben Lewis<sup>7</sup> fedezett fel és irt le.
6. *Filaria medinensis*.

A filaria seu dracunculus medinensis már a legrégebb idők óta ismeretes. Így már Plutarchus szerint a görög geographus Agatharcides (Kr. e. 150.) ismert a bőr alatt és az izmok között élő kigyóalakú férgeket (δρακωντία γυζα). Amidai Actius pedig az alexandriai Leonidast (Kr. u. 97.) említi, a ki ugyan csak ismert volna és az állatvilághoz tartozónak mondta; de már Leonidas kortársa Soranus elhalt és elszáradt idegdaraboknak vélte, mely nézet még újabb időkig is sok orvosnál és buvárnál tartotta magát, a míg azután Grundler, Kämpfer, legújában pedig Bastian, Rudolphi, Fedschenko és Leuckart pontos megfigyelésekkel e parasitának biológiáját és szövettani constructióját ki nem derítették.

Fedschenko-nak, de különösen Leuckart nak köszönjük ismereteinket a filaria m. bonczani szerkezetéről, miért is

<sup>1</sup> Egy esetnek bemutatásával a magy. dermatologusok és urologusok társulatának 1896. szeptember hó 22-dikén tartott ülésén.

<sup>2</sup> Nota su di un elminte nematoide. Annali dell' Acad. Napoli 1864.

<sup>3</sup> Die im Menschen vorkommenden Helminthen. Wien, 1862.

<sup>4</sup> Observat. pathol. anat. ad helminthol. Lipsiae. 1793.

<sup>5</sup> Mémoires, Paris 1805.

<sup>6</sup> Systema helminthum.

<sup>7</sup> Lewis, on a haematozoon in human blood. Calcutta 1872. és 1874.



bővebben az ő munkájukra utalok, észleléseik közül itt csak a fontosabbakat akarom kiemelni.

A filaria m., melynek eddig csak nősténye ismeretes, fehér tejszínű, nyirkos tapintatú, 3–5 millimeter széles és 5–80 cm. hosszú. Az általam észlelt 19 eset közül a leg-hosszabb filaria 52 cm. volt.

Leuckart<sup>1</sup> szerint kívül cuticula fedi, mely meglehetősen elastikus, gyűrűből összetett és 6 rétegből áll. Az ez alatti sub-cuticula szemeses rétegű. A féreg háti és hasi oldalán hossz-irányban izomréteg vonul végig, melynek szélessége a filaria vastagsága szerint változik s a feji és farki végén legkeskenyebb; ezenkívül találhatók harántesikolt izomrostok, valamint nagy számú idegrostok is. A fejnek csücsát ovalis vagy kerekalakú lemezke, a fejpajzs (Kopfschild Leuckart) fedi, melynek közepén a háromszögű szájnyílás van. A fejen körülalakban 2 nagyobb és 6 kisebb papilla ül. A féreg farki vége felfelé görbült; a fej és a farki vég között húzódik a bélesatorna, mely szűkül a kifejlődött nősténynél, a mennyiben elnyomja a különben is izolálható uterus, melynek mellső és hátsó végén egy-egy összecsavarodott csatorna, a 2 ovarium látható. Az uterusban levő peték, ha elszaporodtak, megrepesztik az uterust, majd a cuticulát is és ekként kifelé jutnak. A petékből származó embriók miképen jutnak az emberi szervezetbe, azt Fedschenko deritette ki; míg ugyanis előbb igen sokan, így Jördens,<sup>2</sup> Carter és mások, sőt még az újabb időkben is számosan úgy vélték, hogy kívülről talán a homokból jutnak a bőr porusain át a kötőszövet alá: Fedschenko buvárlatai kétségtelenné tették, hogy az ébrények ú. n. cyclopsok-ba (vizi bogarak) bevándorolva azokban tovább fejlődnek s a cyclopsokkal szennyezett víznek ivásakor bejutnak az emberi gyomorba, a honnan azután tovább folytatják útjukat s fejlődésüket a subperitonealis, subpleuralis és egyéb kötőszövetben.

A dracontiasis, mely névvel e betegséget már Galenus illette,<sup>3</sup> a tropikus vidékeken rendkívül gyakori. Betegeim, kik egy itt tartózkodó néger csoportnak voltak tagjai, afrikai — akriai — benszülöttek voltak és 180 egyén közül 19, tehát körülbelül 11% szenvedett filariában; mindannyinál a bőr-alatti kötőszövetben voltak találhatóak; vajjon egyéb szervek kötőszövetében is, arra nem voltak tapasztalataim.

Leggyakrabban az alsó végtagokon, nevezetesen a bokák körül fordulnak elő, csak ritkán másutt; így 1 esetben láttam a bal scapula táján, egyszer a scrotum bőr-alatti kötőszövetében, 14-szer az alszáron és 3-szor az egyik vagy másik boka körül. Mindezen esetekben a bántalom fejlődését következőképen észleltem: kezdetben mogorónyi, majd diómeckoráságú fluctuáló daganat volt a bőr alatt kitapintható; e helyi bántalom a szervezetben nagyobb reactiót nem okozott, valamint nem járt nagyobb testi hőmérséki változásokkal, úgyszintén jelentékenyebb fájdalmakkal sem, csak a mozgásban, járásban zavarta a beteget. A terimenagyobbodás fennállásának 2-dik vagy 3-dik hetében abscedált, feltört, midőn is a csekély genyartalomban látható volt a filaria egyik vége, melyet a betegek maguk lassanként kihúznak és hogy el ne szakadjon s az ekként kiszabadult peték máshová ne jut hassanak, pálczikára csavargatnak; 8–10 nap alatt így eltávolítják az egész férget, a fekély helyén pedig a restitutio mihamarább helyreáll.

A daganat néha részint nagysága miatt, részint pedig azért, mert 2–3, sőt több filariát is tartalmaz, nyomást gyakorol az alatta levő véredényekre, miért is stasist, oedemát okoz, így volt ez az I. belklinikára került betegünkénél is, kinél a jobb alsó végtag térdtől lefelé megnagyobbodott, nyomásra fájdalmas fluctuáló daganatot mutatott, melyre Makara dr. bemetszést végzett, mely alkalommal sok véres genyen kívül két 8–10 cm. hosszú filaria medinensis ürült ki.

A másik s általam bemutatott esetben a jobb alsó alsó felében volt a fentebb leírt tipikus terimenagyobbodás, mely fennállásának 3. hetében abscedált s belőle filaria m. volt eltávolítható. Hasonlóképen folytak le többi eseteim is.

<sup>1</sup> Leuckart. Die menschlichen Parasiten 1876.

<sup>2</sup> Entomologie u. Helminthologie 1802.

<sup>3</sup> Küchenmeister. Die menschl. Parasiten 1864.

## Közlemény az egyetemi II. belklinikáról.

### A paralysis spasticáról és az öröklött idegbajokról általában.

Irta: Jendrassik Ernő dr., egyetemi ny. rk. tanár.

(Folytatás.)

II. család. Ezen családnak két beteg tagját hosszabb időn át észleltük a klinikán. E betegek: egy 8 éves leány s egy 12 éves fiú; atyjuk 46-dik, anyjuk 41-dik életévében van, mindketten állandó egészségnek örvendenek, bár az asszony korához mérve idősebbnek látszik. Az anya minden terhessége, szülése és gyermekágya rendes lefolyású volt. Összesen 7 gyermeke volt, ezek közül az első 18 éves leány, állítólag egészen egészséges, a második Henrik nevű fiú és a harmadik Kata nevű leány betegek, ezután következik még egy 6 és egy 2 éves fiú s végre egy az idén (1896.) született csecsemő. Az utóbbi két fiú közt volt még egy gyermek, a ki pár napos korában ismeretlen bajban meghalt. A három utóbb említett élő gyermeket egészségesnek vélik szülei. A szülők családjában hasonló baj nem fordult elő, a családtagok általában is nagy kort értek el. Betegeinket következő kórtörténettel vetjük fel.

1. K. Henrik. Korához képest elég nagyra nőtt, mérsékeltén táplált fiú. Jelen baja körülbelül 7–8. életéve között kezdődött, igen lassú előhaladással, addig ép volt és fürge. Jelenleg bőre, belső szervei és azoknak működése, vizelete egészen rendesek. A fiú arczkifejezése kevés szellemi képességet árul el, fülei elállók, fejét előrehajolva tartja s szeméi szétterősen kancsalítanak. Szemeinek vizsgálatát Grósz Emil dr. magántanár úrnak köszönöm s adatait csak annyival tudom meg, a mennyit hosszú észlelésünk alatt még tapasztalhattunk. Látása mindkét szemén a rendesnek körülbelül  $\frac{1}{6}$ -a. Rendes nézéskor bal szeme kifelé tér, a jobb szem eltakarása alatt azonban ezen szemével is jól fixál. A szemmozgások mindkét szemén külön-külön vizsgálva befelé és felfelé csökkent kiterjedésben történhetnek, ezen mozgásokhoz, főleg oldalirányokban némi nystagmusszerű lengés, inkább apró, szabálytalan rángatódzások alakjában esatlakozik. Kettős képet a beteg nem vesz észre. A pupillák jó középtágak, alkalmazkodásra és fényre élénken reagálnak, bár a pupilla szűkülése fénybehatásnál — megfelelően a csökkent fényérzésnek — nem oly nagyfokú, mint azt különben várni lehetne s az iris összehúzódása után azonnal ismét jelentékenyen tágul. A pupillák határozottan elszintelenedtek különösen jobboldalt; a verőerek szűkek, a vénák tágabbak. Mindkét szemén, de főleg a balon nagyon kifejezett asztigmatosság. A látótér alig látszik szűkültnek.

A hallás jó.

Arczizmainak működőképessége rendes, nyelve jól mozog, lélegzététele és nyelése szabad. Garatívei látszólag jól mozognak. Orrjáratai szabadok, bár elég szűkek s nyálkahártyájuk duzzadt. Beszéde monotonos, dünyögő, vontatott, orrhangú, egyes szavak előtt, vagy sótagok közt megakad s ekkor állat előrenyújtja, mintha a levegő kiáramlásnak szabadabb útát akarna tártani. Beszéde leginkább a garatbénulásból származó beszédzavarhoz hasonlít.

Felső végtagjait minden irányban szabadon mozgatja, kézmozgásain némi ügyetlenség mutatkozik. Hátizmai, hasizmai rendes erővel működnek. Alsó végtagjain, széken ülve, feltűnő, hogy főleg a leülés első idejében, vagy ha kezeivel valamely mozgást végez, úgy alszárai nem lógnak függőlegesen alá, hanem mintegy 35–40 fokig kinyújtva maradnak. Ezen állásból csak nagyon lassan ereszkednek lefelé lábai. Ágyban fekve, széken ülve ujjakkal egymást fődik: a jobb a bal fölött van. A lábak befelé s lefelé fordultak (pes varo-equinus), a lábaltal homorulata igen kifejezett, s a láb felső oldalán a metatarzális csontok erősen kiemelkednek. (L. a 2. és 3. ábrát.) Járnál otthon egyáltalában nem tudott, a klinika sima padlóján úgy segít magán, hogy széket tol maga előtt. Ezen járásnál bal lába teljesen befelé fordulva marad, úgy hogy lábának csak külső széle érinti a talajt. Jobb lába is erősen befelé fordulva marad,

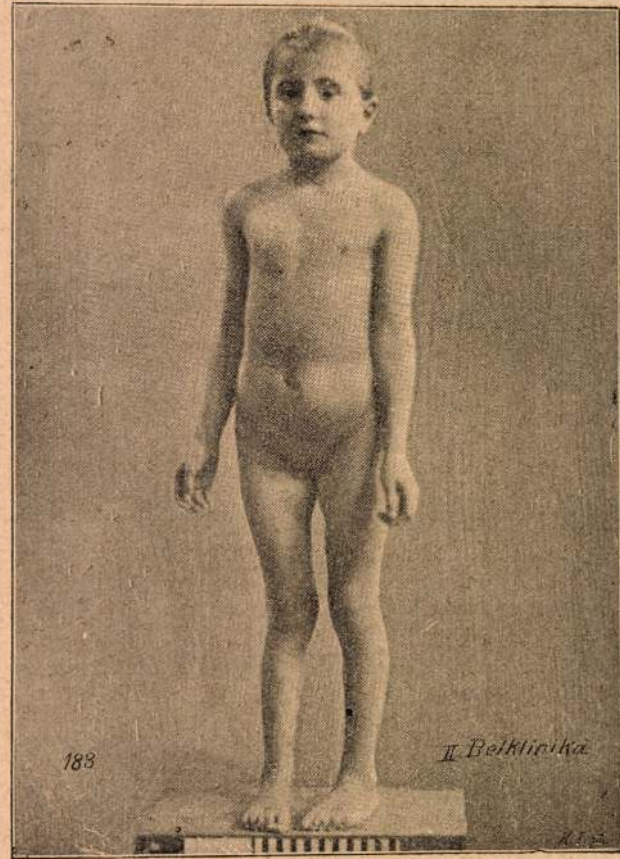


ilyen lábtartás és hajlott törzsök mellett kapaszkodik az előtte levő székbe s húzogatja maga után alsó végtagjait, a melyek folyton egymásba akadnak. Fekvő helyzetben is igen korlá-

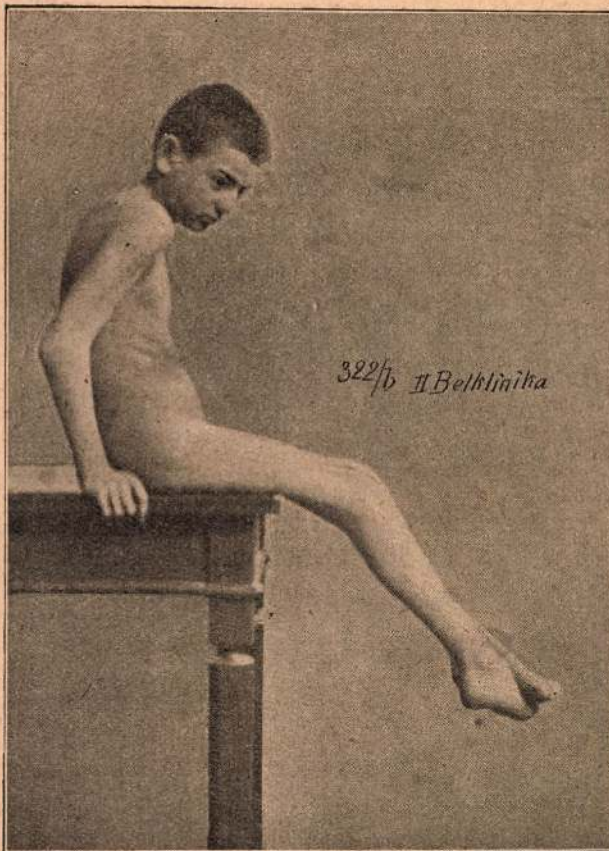
comm. Izomzata általában elég jól táplált, a lábikrák a rendnél tömöttebb tapintatúak. Az inreflexek a felső végtagokon is igen jól válthatók ki, a patella inán erősen fokozódtak,



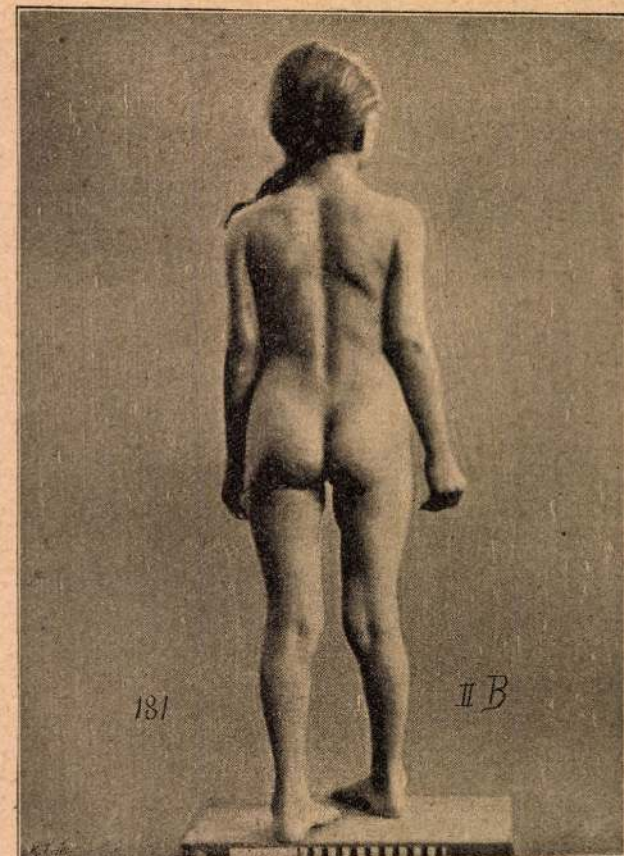
2. ábra.



4. ábra.



3. ábra.



5. ábra.

tolt módon mozgatja alsó végtagjait, s kinyújtott helyzetben alig képes felemelni azokat. Lábat hajlítani elég jól tudja, de feszíteni alig, még legjobban mozog ilyenkor az ext. dig.

úgy hogy a quadriceps izom megütése által is előidézhetők s a létrejött összehúzódás csak lassan mulik. Lábtünet nincs. A hasreflex is élénk, a cremaster reflex rendes.



A beteg szellemi képességei igen kicsinyek. Irni, olvasni nem tud, imádkozni is csak keveset. Úgy látszik, hogy ezen tekintetben is hanyatlott az utóbbi időben, de bizonyára nagy része van ezen korlátoltságban a gyermek testi tehetetlensége mellett az oktatás teljes hiányának. Klinikai tartózkodása alatt azonban néhány könnyebb kártyajátékot megtanult.

2. K. Kata. Korához nézve jól fejlett, jó arcú gyermek, kissé feltűnően halvány arc-színnel. Jelen baja kezdetét szülei 6 éves korában (1894) vették észre, a midőn járása még egészen jó volt ugyan, de ugráskor és szaladáskor lábait befelé fordította. 1895-ben beszédében is megváltozottak találták szülei, kik fiúk betegsége folytán figyelmesebben észlelték meg a kis leányt. E beteg belső szerveinek működése is egészen rendes. Idegrendszerének vizsgálata a következő adatokat szolgáltatta.

Szemeinek állása rendes, azok mozgása az ép határokon belül elég jól megy végbe, de mindkét szemével balfelé tekintéskor szeméin nystagmusszerű rángás észlelhető. Szembogarai kitűnően reagálnak, egyenlők, középtágak, látóképessége ellenben némileg csökkent, pontosabb meghatározást ugyan nem eszközölhetünk, látás csökkenése azonban csak igen kis fokú. Színérzése, látóterei épeknek tetszenek. A szemtükör mindkét papillát jelentékenyen elhalványodottnak tünteti fel, a papillák éles szélűek, kékes-fehérek, az erek rendes méretűek.

Hallása teljesen ép.

Az arcizmok mozgása jó, a nyelv, a garatívek hibátlanul működnek, beszéde kissé hangtalan, vontatott, de ezen hiányok csak úgy vehetők észre, ha bátyja beszédét már ismerjük.

A nyak, mell-, hát- és hasizmok teljes erővel működnek, a karok elég erőben vannak s kezeinek mozgása nem mutat feltűnőbb szabálytalanságra.

Fekvő helyzetben alsó végtagjait minden irányban kellő mértékben s jó erővel képes mozgatni, csak hogy e mozgások bizonyos lassúsággal s merev ellenállással történnek, a minnek folytán gyors mozgásra ezen végtagjain nem képes. Lábai némileg szintén pes varo-equinus állásban vannak, de nem oly kifejezetten mint bátyjái, s a kis beteg elég jól képes lábát felhajlítani, már nehezebben kifelé hajlítani. Czombizmai, de főleg alszárizmai keményebb, tömöttebb tapintatúak, gluteuszai igen erősen fejlettek. Álló helyzetben lábait egymás mellett páronalosan, sőt ujjaival kissé befelé fordítva tartja, ugyancsak felső testét kissé előre hajlítja, úgy azonban, hogy gerinceoszlopa egyenes marad, s törzsöke a csípőizületben képez szögletet, szintén egyenes alsó végtagjaival. E mellett karjait teste egyensúlyának biztosítására használja. Élénk ellentétben ugyanis fekvő helyzetben mozgásainak látszólag alig változott voltával, állás- és járásban igen nagy nehézségekkel kell megküzdenie. Járásban igen apró lépéseket tesz, lábai befelé fordulnak, s a helyett, hogy alsó végtagjait kellőleg hajlítani, nyújtott helyzetben az által rakja azokat egymás elé, hogy az illető medenczefelét mozdítja előre, e mellett természetesen törzsöke is jobbra-balra inog. Előredült állásának magyarázata az, hogy ezen testtartás mellett pes equinust ellensúlyozza, ilyenkor ugyanis nagyobb mértékben nyújtja az Achilles-ínt a testsúlya. (L. a 4. és 5. ábrát.)

Az érzésben semmi elváltozás nincs jelen.

A térdinreflexek igen erősen fokozottak, egyszeri megütése a patella inának gyakran többszörös rángást is okoz. Élénk lábtűnet.

A szék- és vizeletben nincs rendellenesség.

(Folytatása következik.)

## Apróbb klinikai, kórházi, laboratoriumi és magán-gyakorlati tapasztalatok.

### Timsó a kereskedésbeli süteményekben Budapesten.

Szóllósy Attila dr., m. k. honvéd ezredorvostól.

Az 1894-diki nemzetközi közegészségi és demographiai congressuson bemutattam fentebbi című munkálatomat, mely a budapesti kereskedésbeli sütemények timsó-tartalmát tárgyalja.

Azóta értekezéseimre több oldalról megjegyzéseket tettek, sőt vizsgálataim eredményeit, melyek szerint én túlságos sok timsót találtam volna a péksüteményekben, azzal gyanúsították, hogy azok tévesek, hogy helytelen vizsgálati módszeren alapulnak, végül pedig úgy nyilatkoztak, hogy ennek folytán értekezésem „általános elidegenedést” keltett felolvasása alkalmával a congressuson.

A congressus munkálatainak most megjelent negyedik kötetében egész terjedelmében olvasható értekezésem, valamint azonos című jegyzőkönyve is, a melyen dolgozatom bemutatva lett. Ebből kifolyólag helyén valónak találok, hogy a több oldalról kifejezett kritikára nézve nyilatkozzam.

1. Értekezésem szövegéből kitűnik, hogy vizsgálataimban a legmesszebb menő óvatossággal jártam el. Minden vizsgálandó péksüteményt, hogy a forrás iránt biztos legyek, személyesen szereztem be. A kvantitatív vizsgálathoz csak akkor fogtam hozzá, midőn az akkor rendelkezéseimre álló legújabb gyakorlati vegytan (Elsner: Praxis des Chemikers 1893.) által ajánlott és értekezésemben ismertetett pontos kvantitatív eljárást saját sütésű, ismert timsó-tartalmú süteményeimen kipróbáltam és azt ismételtlen megbízhatónak találtam.

2. A campeche-tincturát vizsgálataimban mindig a vegyi kimutatással párhuzamosan használtam, nem pedig kizárólag, mint arra czélzás történt; és kísérleteim eredményeként taxative kideríteni iparkodtam, hogy ezen gyors eljárás mely esetekben megbízható, s melyekben nem az, a mit az idevágó irodalomban sehol sem találtam feljegyezve.

3. Felolvasott értekezéseimhez, az ülés jegyzőkönyve szerint, csupán Van Hamel-Roos dr., a „Revue des Falsifications” szerkesztője, az élelmiszer vizsgálat terén kiváló tekintély, szólott hozzá és ő is nem elidegenedést fejezett ki, hanem ellenkezőleg kijelentette, hogy Hollandiában pár évvel ezelőtt a lisztokban  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ %-t, sőt 5%-t timsót is talált, vagyis körülbelül ugyanoly fokú hamisítást észlelt, mint én.

4. Miután vizsgálataimat kellő előtanulmányok után, a legmegbízhatóbb kvantitatív módszerrel és gondos ellenőrzés mellett végeztem, azoknak eredményét határozottan fentartom. Ha az azóta megjertt újabb vizsgálatok a budapesti péksüteményekben és kenyérben timsót nem deríthettek ki, ezen újabb vizsgálatok helyességét acceptálva, ezen örvendetes körülményt annak tulajdonítom, hogy a sütők figyelme úgy a congressus munkálatai, mint az országos közegészségi egyesület tárgyalásai által a sütemények timsózásának helytelenségére, közegészségi ártalmára felhivatott, s ennél fogva ők a timsózással (nyilván csupán egyelőre) alább hagytak.

5. Ezek után azt hiszem, hogy nem én itéltem „alaptalanul” a budapesti péksüteményekről, hanem a kritikusok az én vizsgálataimról. Egyébiránt pedig czéломat, hogy a figyelem e tárgyra irányíttassék, elértem.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Budapesti kir. orvosegyesület.

(XVIII. rendes ülés, 1896. október 24-dikén.)

Elnök: Kélti Károly, jegyző: Temesváry Rezső.

#### Keratitis parenchymatosa esete.

Csapodi István. Sch. R. 6 éves gyermek jobb szemét egy másik gyermek a körmével sértette meg. A sérülés negyedik napján szemész szakértő látta a gyermeket, a ki felszínes, szürkésen beszűrődött fekélyt talált a szaruhártyáján, a szem feszülésének feltűnő csökkenésével; fertőzött fekélyre gondolt, s ahhoz képest intézkedett. Három nappal utóbb bemutatóhoz jött a gyermek s tipikus parenchymás keratitist állapított meg, bár a fekély helyét tömöttebb szürke színéről még mindig meg lehetett ismerni.

Tudjuk, hogy a fekélyesedés nem természete e folyamatnak, sőt mondhatni, a kettő kirekeszti egymást. Itt sem lehet szó a parenchymás folyamattal járó fekélyesedésről, de annál érdekesebb a kettőnek kétség-telen kapcsolata. A sérülés, a szaruhártyán támasztott horzsoláshoz csatlakozó gyuladás felkeltette egy lappangó betegség kitörését, mely ama beavatkozás nélkül talán nem nyilvánult volna keratitis alakjában. Az ilyen tapasztalat esetleg nehezebb helyzetbe juttatja az orvost pl. ha véleményét törvénykezés dolgában kéri ki.



Az a kis karmolás bizonyára jelentéktelen sérülés, mely pár nap alatt nyomtalanul gyógyulni szokott; de ki tudhatja, hogy szunnyadó vérbeli ok miatt nem lesz-e belőle hosszantartó súlyos folyamat, mely talán maradandóan csorbítja a látást. Ezek elmondására a beteg bemutatására annak kiderítése indította, hogy nemcsak ez a gyermek, hanem az anyja bevallása szerint a testvérei is, apjuktól örökölt lússal jöttek a világra, s az ellen szakszerű orvoslásban is részesültek. Ennek megtudása után figyelmeztette az anyát, hogy a másikkal szemben gyuladásának kifejlődésétől is tarthat. S csakugyan másnap gyuladásba jött a bal szem is, s mikor a gyermeket egy héttel később megint bemutatáshoz hozták, már a bal szemén is teljes kifejelettségében látta a parenchymás keratitis képét.

#### Papillitis gyógyulása.

Csapodi István. T. L., 32 éves, vaskereskedő, f. é. július 10-dikén jött hozzá először. Elmondotta, hogy bal halántéka több hónap óta dagadt, látása zavart, bajával többfelé megfordult. Mint Grósz Emil értesítette, ő pangásos papillitást talált rajta. Mikor előadó megvizsgálta, bal halántéka nagy mértékben kidomborodott, az arcát egészen felszegge torzította a tömött tapintatú s fájdalomlan daganat, a bal szem kifelé hiányosan mozgott, kidülledésnek csak a nyoma látszott. Látása csakély myopia javításával teljes, de a mint szemfenéki bajoknál tapasztalhatni, a finom olvasás nagyon nehézkes, zavaros volt.

Tükörrel vizsgálva, nemcsak a daganat oldalán levő szemben, hanem a jobb szemben is nagy mértékű elváltozásokat talált. Nem volt már meg a pangásos papillitis tiszta képe, hanem a papilla jókora duzzadása és vivőereinek nagy teltsége mellett az ideghártya is zavaros volt és nagy számú vérzések és a nephritikus retinitis képéből ismeretes avagy a syphilis okozta luetikus retiniszhez hasonló fehér foltok tarkázták. Tíz évvel ezelőtt volt fekélye; bedürzsölési curát rendeltek neki. Egy gyermeke van, az 6 éves és egészséges; több gyermeke nem is volt. Felvettette a kereskedelmi kórházba. Véleménye az volt, hogy ha a vizeletben fehérjét nem találnak, luesből eredőnek tartja a daganatot. A kórházban megmutatták *Moravesik* tanárnak is, a ki mint jelentették, amentia tüneteit állapította meg. Abban állapotok meg, hogy lues jelenségeivel van dolguk, s ehhez képest bedürzsölő curát rendelt. Kórházban létele első három hetében állapot egyre rosszabbodott. A halántéki daganat egyre nőtt, a bal szemgolyó egyre jobban kidülledt, a szem kifelé mozgása teljesen megszűnt, látása mind homályosabb lett, nagy fejfájása kínozza a beteget. Tükörrel nézve a pangás fokozódott, a vérzések szaporodtak. A negyedik héten a halánték kezdett lapulni, a prótusio még nem engedett. Augusztus 19-diki feljegyzése szerint végre a kidülledés is kisebbedett, a szem kezdett kifelé mozogni, a fejfájás teljesen megszűnt, a retinában még sok volt a vérzés. Járó rendelésre kívánczoltott a beteg, s jodkalit kapott; utóbb még két cyklusban kapott bedürzsölést, újabban ismét jodkalit. A mint ma már előttiünk van, bal halántékán aig vehetni észre a daganat nyomát, az exophthalmus megszűnt, a szem jól mozog, kettős látás nincs, a kereskedelmi könyvek írását egész nap jól bírja, látása tiszta, kis myopiája javítása után  $V = \frac{5}{5}$ .

Tükörrel nézve mindkét látóidegfője és ideghártyája épek látszik. A bedürzsölő kurára beállott teljes gyógyulás is azt bizonyítja, hogy baja luesből származott. Ennek terméke, a daganat azonban igen nagy kiterjedésű volt, nemcsak a halántéket foglalta el, hanem a szemgödröt is kitöltötte, sőt az agy alapjára is betért, s mindkét látóideget megtámadta.

Grósz Emil: A bemutatott beteg f. é. elején fordult meg az egyetemi szemészeti klinikán, a mikor bal szemén csak egy kis prótusio volt; beteg kettős látásról panaszkodott, s különösen kifelé rosszul mozgott a szem. Akkor mindkét szemfenék teljesen ép volt s a belgyógyászati vizsgálat sem derített mást ki, mint a 12 év előtt lefolyt lues; a beteg jodkalit kapott, javulás azonban nem mutatkozott. Körülbelül hat héttel később a beteg újból jelentkezett, a mikor mind két oldalon pangásos papillát lehetett látni, s ekkor inunctió s curát ajánlottak a betegnek, a ki azóta eltűnt, s szóló csak most értesült a további részletekről. Érdekes, hogy mindkét oldali pangásos papilla keletkezett, a mit tehát nem lehet úgy magyarázni, hogy a baloldali daganat okozta volna lokálisan, hanem kétségteljesen intracranialis eredetűnek is kellett lenni. Hogy a folyamat mi lehetett? valószínű, hogy mivel kívül periostitis volt, belül is az állott fenn.

A pangásos papillák magyarázatára ez eset némi felvilágosítást ad; ha tényleg intracranialis fokozott nyomás okozta a pangásos papillát, akkor érthető, hogy a mikor felszívódott a daganat, akkor a pangásos papilla megszűnt; mégis minthogy agynyomás kifejezett tünetei nem voltak (retard. pulsus, hányinger, szakgató fejfájás), azt hiszi szóló, hogy a syphilitikus vírus, mint olyan, jelentékeny szerepet játszott.

Makara Lajos: Újabb időben a sebészek is több ízben felhívták a figyelmet oly daganatokra, melyek alképleti alakban jelentek meg az alképletek minden tulajdonságaival, annyira, hogy jeles sebészek ismételt operálták, s Esmarch is közül ily eseteket; hasonló alképletet utánzó daganatot maga szóló is látott, de nemcsak makroszkopikus megjelenésük ejt tévedésbe, hanem jeles histologusok is összetévesztik a sarkoma mikroszkopikus képével; a különbség azonban az, hogy kiirtás után gyorsan kiújulnak, ellenben jodkali adagolására és erőlyes higanycurára visszafelődnek. Azt hiszi, hogy a bemutatott eset is syphilitikus eredetű, valószínű alképletet utánzó daganat.

A kalapács és üllő eltávolításának értéke az idült dobúri genyedések kezelésénél.

Lichtenberg Kornél. Tekintettel a fülsebészet jelentékeny kifejlődöttségére és azon körülményre, hogy a controversek minden fül-

míteti beavatkozás praktikus haszna felett éles ellentétben állanak egymással, előadó szükségesnek tartott egy tanulmányt, mely a műtétek által elért eredmények számszerű alapon direktívát adjon. Ez alkalommal csak az operatio értékét bírálja idült fülfolyásnál, 294 a világirodalomból összegyűjtött operált eset alapján. Ezek szerint 294 idült fülfolyásos operált esetből 182-szer teljesen meggyógyult a rebellis fülfolyás; 36-szor lényegesen megjavult; 39-szer eredménytelen volt az operatio. A hallóképesség tekintetében az operatio még értékesebb és bátorítóbb volt, mert a 294 esetből lényeges javulás állott be a két külső hallócsont eltávolítása után 216-szor, gyakran oly nagy fokú, hogy a teljesen süket fül a műtét után 10-12 meternyire hallotta a suttogó hangot. Előadó az operatiót 25-ször végezte, többnyire a poliklinikán és pedig végzte 13-szor renitens, minden conservatív szerelésnek ellentálló idült fülfolyásnál. Ezek közül 9-szer a genyedés teljesen meggyógyult, többnyire 3, néhánykor 6 hét alatt; olyan füleknél, melyek 33, 27, 23, 22, 10 és 8 évig genyedtek, az esetek legnagyobb részében kitünő hallási eredményeket lehetett constatálni a műtét után teljesen vagy nagyon siket füleknél. 12-szer előadó a dobhártya, kalapács és üllő extractióját idült siketségnél, idült száraz scleritikus és anchyotikus formájú dobúri hurutoknál végezte; itt az eredmények nem voltak oly fényesek, de 2 esetben a műtét hatása egyenesen csodálatra méltó volt és 1 esetben igen kielégítő.

A műtét indiciójáról és értékéről idült siketségeknél előadó más alkalommal fog referálni.

## Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(I. rendes ülés 1896. január hó 23-dikán.)

(Vége.)

Phosphornekrosis az egész bal felső állkapcsen, a csont teljes ki-  
küszöbölésével. Secundaer orrsövénytályog.

Polyák Lajos. A 22 éves leány 1896. január 15-dikén jelentkezett rendelkezemen azon panaszszal, hogy néhány nap óta heves fájdalmak léptek fel az orrban, az arc megduzzadt, az orr teljesen eldugult, úgy hogy azon át lélegezni nem birt. Az igen alacsony intelligenciájú betegől nagy nehezen a következő anamnestikus adatokat nyerttem:

A családtagok mind egészségesek. Szerzett vagy öröklött luesnek semmi jele a betegnél vagy családjában nem állapítható meg. A beteg három év előtt az erzsébetfalvai gyufagyárban dolgozott mintegy öt hónapig. Itt tartózkodása után néhány héttel eddig teljesen ép fogazata romlani kezdett, erős fejfájásai voltak, úgy hogy néhány fogát ki is huzatta és ugyanez időben a bal szem alatt egy fluctuáló daganat képződött, melyből megnyitáskor sok geny ürült ki, a nyílás később behúzódott és a most is látható állandó sipoly maradt vissza. Egy másik, apró, kemény, teriméjében időnként változó daganat a bal halántékesonton képződött és ma is fennáll; a tapintás szerint ez egy irritált exostosis. Midőn a beteg a gyárat 5 havi munka után elhagyta, fogai nagyrészt rosszak voltak, de nem mozgogtak.

Két hó előtt vette észre a beteg, hogy fogai és felső állkapcsa a rágásnál mozognak és orra időnként eldugul. Ugyanez idő óta állandóan büzt is érzett az orrában és rágás közben a szájában állandóan biztos geny ürült. Négy nap előtt az orr élénk fájdalmak közt teljesen eldugult, az orrhát és arc nagy fokban megduzzadt és érintésre fájdalmas lett.

Midőn a beteget január 15-dikén első ízben vizsgáltam, első sorban az arc lymphangioitikus duzzanata tünt fel, mely részben még ma is fennáll és az orrcsontok erős hyperostosis által még fokozva, a betegnek jellegző facies leontina külsőt kölcsönzött. Az orr teljesen el volt záródva, a mindkét oldalra erősen elődomborodó, livid kékes-vörös, duzzadt, érzékeny és erősen fluctuáló orrsövény által. A szájban a foghús erősen duzzadt volt, a fogak mozgók. Erős gangraenosus foetor. Első feladatam volt a sövénytályogot mindkét oldalon megnyitni, átfeesken-dezni és a geny szabad lefolyásáról gondoskodni. A szájr vizsgálatánál feltűnt a fogak nagyfokú mozgékonyasága és a nekrotikus foghús alatt szabadon látszó bal felső állkapocs feketesen elszinesedett alveolaris széle.

Ötödnap a beteget vizsgálva, a bal alsó orrjáratban egy idegen testet találtam, melyről közelebbi vizsgálatnál kiderült, hogy ez a bal felső in toto nekrotizált állkapocsnak mobilis és felfelé az orrjáratba spontan luxált mellső széle. Érintéskor az állkapocs a szájr felé az inyek megfelelő defectus irányában könnyen volt mozgatható.

Nem akarván a nekrotikus csontot ambulater eltávolítani, a betegnek ajánlottam, hogy az egyetemi kórházba vesse fel magát, mibe ő azonban nem egyezett bele, hanem haza ment a Csepelzigetre, honnan csak tegnap 22-dikén jött be és vétette fel magát. Lévi sebész-főorvos úr volt szives a műtétet elvállalni, a mi nagyon egyszerű ment, mert az egész nekrotikus bal felső állkapocs az időközben visszahúzódott kemény szájrpad által még nagyobbá tett alveolaris defectuson át kézzel könnyen, minden vérzés nélkül volt eltávolítható. Érdekes volt, hogy a fogak, melyek eltávolítás előtt a proc. alveolaris belső oldalán látszóttak elhelyezve lenni, már a csonttal semmi összefüggésben nem voltak és a csont extractiója után az inyhez tapadva visszamaradtak a szájrban.

Maga a csont, melyet szintén van szerencsém bemutatni, a tipikus phosphornekrosis képét mutatja, helyenként hyperostotikus, másutt nagy defectusokkal, így pl. az antrumnak megfelelő részből csak az alap van meg.



A szájürben levő nagy defectust, mely közlekedik a szem alatt levő fistula nyílással és az orrüreggel, *Lévai* kartárs úr plastikai úton fogja elzárni.

*Morelli*. Egy ilyen nekrosis esetet *Navratil* tanár úr osztályán *Petz* dr. operált, a hol a férfibetegnek egész alsó állkapcsa nekrotizált, és a csontthartyából kiinduló csontsarkjából mintegy új állkapocs fejlődött, melyre *Arkövi* tanár fogsort is csinált; később a betegnek felső állkapcsa is nekrotizált, a mi azután az illetőnek halálát vonta maga után.

#### Nyelvkő két esete.

*Morelli Károly*. Az első esetről nem sokat tudok mondani: az illető mult év április 18-dikán fogbaja miatt keresett fel; a vizsgálatnál kitért, hogy a jobboldali ductus Warthonianusban kemény, kőtapintatú, fehéres, sárgán áttűnő test foglal helyet; már e vizsgálatnál constatáltam, hogy az csak kő lehet, melyet ezután egyszerű rámetéssel kibuktattam, a seb pár nap alatt meggyógyult.

A másik eset egy kartárs nevére vonatkozik. Állítólag 1894-ben betegedett meg; kávézás és savanyú ételek evése közben nyelve megdagadt, nyelési nehézségei, s a nyakizmok felé kisugárzó fájdalmai támadtak, melyek néhány óra múlva megszűntek. Ezzel egyidejűleg a nyelv bal oldalán a nyelv alatti mirigy és szövet megduzzadt, mely duzzanat a fájdalommal együtt 2—4 óra alatt rendesen eltűnt. Majd később a férje babnyit, kemény testet talált a nyelve alatt, melyet mirigy infiltrációnak tartott és jodkával kezelte.

A különben is hysteriás nő e kellemetlen érzés annyira bántotta, hogy már táplálkozni sem igen akart.

A mult év április 17-dikén keresett fel engem, s akkor a vizsgálatnál constatáltam, hogy ez esetben is a ductus Warthonianusban kő van, de nem mint az 1891-ben észlelt esetemnél, mely phlegmonétis okozott, hanem magában a mirigy-bemenetben volt ez tapintható, de oly szabadon mozgott, hogy a ductusba is betolult.

A szemécszek által használatni szokott vékony könytömlő tágitó sondával felkerestem a ductus Warthonianus nyílását, tágitottam azt a könyvezeték tágitására használatni szokott tompavégű kis késsel, s igyekeztem espeeszszel behatolni, hogy a követ megfogjam; azonban a kő érdes felülete miatt, s mert a szövetek izgatva is voltak, a espeesz azokban megakadt, így nem voltam képes espeeszszel eltávolítani; hanem, mert a műtét asztalomon épen előttem feküdt egy kis hajlított kanalasvégű fogászati eszköz, ezt sterilizáltam és azzal hatoltam be, megkerültem a követ, s vele kihúztam.

A ductus Warthonianuson ejtett sebet öt — nullás selyem — varrattal egyesítettem.

A nő harmadnapra hazament, sebe három hét múlva teljesen begyógyult, a duzzanat eltűnt, azonban a fájdalomról állandóan panaszkodni kezdett, úgy hogy 3 hó múlva (augusztus) azzal jött, hogy baja ismétlődött és hogy kisugárzó fájdalmai vannak a nyak- és vállizmok felé is.

Augusztusban tehát újból felkeresett, de az akkor megejtett vizsgálat teljesen negatív volt. S a nő hysteriá lévén, megnyugtattam, hidegvíz kúrát rendeltem neki, melyet itt fenn 3 hétig használt, s azóta baja igen tűrhető, csak akkor van panasz, hogy ha sokat beszélt.

#### Orrkő-esetek.

*Morelli Károly*. Az első esetet, mely egy 13 éves fiúra vonatkozik, még 1886-ban észleltem a kórházban; augusztus 27-dikén jött azzal a panasszal, hogy jobb orrlyuka be van dugulva. A vizsgálatnál constatáltam, hogy ott kő van, melyet habarez-fogóval sikerült kivennem; kiinduló gőceza egy szilvamag volt (a kő be lett mutatva). A második eset m. év május 5-dikén került hozzám; a betegnek jobb orrnyílása kemény varakkal kitöltött, kutaszszal vizsgálva, kemény, érdes tárgyat találtam, de a vérzés miatt öblítéseket és kenőcsnek tamponokkal való alkalmazását ajánlottam, s néhány nap után újabb vizsgálatra berendeltem a beteget; a kórismét jegyzetem szerint nem „kőre” tettem, hanem nekrosisra kérdőjellel; a 4 dik napon, a mint egyik gyakornokomtól értesültem, a száj felé a bemutatott kő kiürült. A beteget első látogatása óta — sajnos — többé nem láttam.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

A pozsonyi m. k. bábaképezde. 1873—1894/95. Irta *Velits Dezső* dr., igazgató-tanár.

Közel negyedszázad óta működik, mint az ország egyik legrégibb vidéki bábaképezdéje, nagy szorgalommal és kitartással szolgálva a hazai tudományt, hírnév- és elismerésre téve szert az ország legfinyásabb vidékén, a szomszédos, régebbi kulturára támaszkodó osztrák intézményeket tisztelő északnyugati vármegyénkben.

Hogy az intézet derék munkát végezzet a multban és a legszebb reményeket fűzhetjük jövőjéhez, arról bőséges alkalmunk van meggyőződni e füzetke elolvasásakor.

Az 52 oldalra terjedő, az intézet két fényképével és 3 alaprészével, valamint a forgalmat feltüntető 3 táblázattal ellátott

kimutatás azon alkalomból készült, hogy a közoktatási minister rendelete értelmében az intézetnek a millenáris kiállításban részt kellett vennie.

Előszavában maga szerző hangoztatja, hogy mint alkalmi munka nem kizárólag szakemberek számára készült, hanem a nagy közönség érdeklődését óhajtja felkelteni.

Az I. fejezetben megtudjuk, hogy nagynevű *Trefort*unk rendeletére 1873. január 1-jén nyílt meg a pozsonyi bábaképezde, élén *Ambró János* dr. igazgató-tanárral. Az intézet 10 évig az orsz. kórháznak egyik osztálya volt csak, s a legkezdetelegesebb viszonyok között teljesíthette csupán feladatát. A gyermekági láz minduntalan felütötte fejét és fennállása 3. évében oly mérveket öltött, hogy 1876. január 27-dikén a felvételt be kellett szüntetni, s a tanítás poliklinikus úton folytattatott.

Néhai *Ambró János* dr. örök érdeme, hogy röpirataival sikerült *Trefort* érdeklődését felkelteni s ennek eredményeként 1885. január 1-től új, a modern igényeket kielégítő nagy szabású intézetben folytathatta nemes tevékenységét. Az építési költségek 73,051 frtra rúgtak, de fennállása óta sok befektetést alkalmaztak, hogy a mai aseptikus igényeknek megfelelőbbé tegyék. E tekintetben kiváló elismerést érdemel az intézet jelenlegi igazgatója, a ki igen sok czélszerű újítással tökéletesítette az épületet.

Terhesek, szülők, gyermekágyasok és nőbeteggek számára 45 ágygyal rendelkezik.

A bábaképezde 1873—1884-ig, tehát a míg az orsz. kórház kebelében működött, 12,930 forintig vette igénybe a közoktatási kormány segélyét; az új intézet 1885—1895-ben a számos újítással együtt 67,711 forintot emésztett fel.

Az 1890-ben felállított nőbeteg-osztály ápolási díj czimén évről évre fokozódó összeget térít vissza, mely évenként 1300—1500 frt között ingadozik.

Különösen kiemelendő, mint az intézet eddigi vezetőinek humanus gondolkozását jellemző tény, hogy 45 tanfolyam alatt 21,300 forint állam-segélyt eszközöltek ki a szegény bábatanulók számára.

*Ambró János* dr., kinek érdemeit szerző igen melegen méltatja, 1890. május 15-dikén bekövetkezett haláláig működött mint bábatanár. Velits 1890. októberben foglalta el hivatalát, az interregnum alatt *Bartsch József* dr. vezette ideiglenesen a képezdet.

Hogy az intézet nemcsak a bábák kiképzésében bir fontos szereppel, hanem az orvosok kiképzésében is hézagot pótolni segít, annak bizonyossága 14 kartársunknak neve, kik mint tanársegédek, hosszabb-rövidebb időt eltöltve az intézetben, gyakorlatilag elsajátíthatták a praxisra oly nagy fontosságú szülészeti ismereteket. Közöttük nem egy jóhírű vidéki kollega nevére akadnak.

Az intézet 15 dolgozattal gazdagította a hazai irodalmat.

A II. fejezet a bábatanítást fejtegeti. Egy tanfolyam hallgatóinak átlagos száma: 27. Az intézet eddig 1136 oklevelet adott ki. Sajnos körülmény, a mit szerző felemlit, hogy a német anyanyelvűek jó részét még ma is Bécs vonja el. Igen czélszerű intézkedés, hogy a bábatanulók, a pozsonyi lakosok kivételével, az intézetben teljes ellátást kapnak havi 12 frt 50 krért. Minden esetre oly intézkedés, a mely minden bábaképezdében meghonosítandó volna, s kivétel még a helybeli növendékekkel sem volna teendő. Csakis az egész életmód megrendszabályozásával lehetne bábáink vérebe ojtani a tisztaság szeretetét, csakis az állandó ellenőrzés deríthetné ki, hogy melyik hajlamos a lomposagra, saját személyének elhanyagolására, s az ilyennek, akármilyen jó képzettséggel birna is, diplomát nem kellene adni. Nagyon könnyen felfogható, hogy internatussal a tanítás is sokkal tökéletesebb, hisz minden szülésnél az egész hallgatóság jelen lehet.

A tanítás alapja a magyar, német és tót nyelven megjelent *Kézmárszky* tanár-féle tankönyv.

A mi a tanítás módját illeti, az theoretikus és praktikus. Utóbbiban szerepelnek a belső vizsgálatok is, melyeket nagyon helyesen *Velits* tanár is a tanítás érdekében elengedhetleneknek tart, a hogy azt *Manu* is hangsúlyozta kimutatásában. A tanítás módjában talán csak egy pont volna kifogásolható, esetleg vita tárgyává tehető. „Mindezen kívül a nőgyógyászati ambulancián és a nőgyógyászati osztályon a bábákra nézve tanulságos női betegségek is demonstratio tárgyát képezik.” Ha ezen női betegségek alatt *Velits* tanár nem ért egyebet, mint pl. a traumatikus eredetű



fistulákat, gátrepedéseket stb., melyek a szem számára demonstrálhatóak, úgy kifogásunk elesik. De semmi esetre sem tartanók czél-szerűnek a bábák oktatását oly értelemben, hogy belső vagy kombinált vizsgálat útjain győződjenek meg egy szülés vagy gyermekágyra visszavezethető betegségről, mert ez igen kétélű fegyver volna, könnyen arra a felfogásra vezetné a bábákat, hogy ők a gynaecológiában is kiképezvők s így a kuruzslást, mely sajnos, különben is második természetük, elősegitené. Szerény véleményünk szerint bábanövendéket olyan helyre nem kell bocsátani, a hol női betegek ambulans kezelését láthatja!

Rendkívüli előnye, s ez Velits tanár érdeme, a pozsonyi bábaképezdének, hogy 1891. november havában életbeléptették a poliklinikus intézményt, a mely Pozsonyban sokkal szebben felvirágzott, mint Szegeden. Alig 4 év alatt 350 szülésnél segédkeztek a városban. Minden esetre a népfaj különbségében rejlik a magyarázat. Pedig a poliklinika nélkül nagyon nehéz a klinika fényes viszonyaihoz szokott növendéket megtanítani arra, hogy miképen viselkedjék a gyakorlat nyomorúságai közben.

Az oklevelet nyert tanulók közül: 422 magyar, 288 német, 426 tót. Érdekes és Mann Jakab tapasztalatainak ellentmondó tényt registrál szerző, midőn azt mondja: Általános tapasztalat szerint legtöbb értelmet a tót, legcsekélyebbet a német ajkújak árultak el.

A III. fejezet az intézettel kapcsolatos klinika anyagára vonatkozó adatokat közli.

A szülő osztályt 3 periodusra osztja.

I. Az országos kórházban, 1873—1884. 1706 szülés 30 halálessel, ebből 23 puerperalis = 1.34%. Morbiditas átlaga: 7.3%.

II. Az új intézetben: 1885—1890. 1314 szülés, 14 halál-ossal, ebből 8 septikus = 0.60%. Morbiditas: 7.8%.

III. 1890/91—1894/95-ig, mialatt több a hygieine és a sepsis igényeinek megfelelő újítás történt: 1167 szülésre 2 septikus halál esik = 0.17%; a morbiditas pedig: 4.1%.

A szülők körüli elbánás azonos a budapesti klinikákon divóval. Desinficiens: 1:2000 sublimat. Prophylactikus hüvely-öblítést nem végeznek, a gyermekágyasokat is csak külsőleg tisztogatják. A gyermekágyasok a 9. napon kelnek fel.

Igen érdekes és örömdetes bizonyosága annak, hogy az alapos szakismeret vidéki viszonyainak között és tért tud hódítani, az a tény, hogy mily gyorsan fellendült az 1890. november 12-dikén létesített nőbeteg-osztály, mely 4 év alatt 1308 nőbetegét részesített ambulans kezelésben (3044 rendeléssel) és 18 ágygyal rendelkező osztályán 291 nőbetegen 184 műtétet végzett.

A kimutatás, nem tisztán szakemberek számára készülvén, csak táblás összeállításban mutatja be inkább a nőbeteg osztályt. A kommentárból kiemelendő, hogy perineoplastika 12, prolapsus műtét 20 esetben történt. Egy totalis eversio vag. et prolapsus uteri esetében 60 éves nőnél igen jó eredménnyel végeztet Velits uterus exstirpációt.

Fistula urinaria 13 volt. 27 ülésben lettek megoperálva; 9 teljesen gyógyult.

Uterus carcinoma 1308 nőbeteg közül 50-nél fordult elő, de sajnosan jellemzi mai vidéki viszonyainkat, hogy ezek között csak 1 volt, a kinél az exstirpacio feltételei megvoltak, s ez sem hagyta magát megoperálni. Három esetben az operatio „technikailag” még végezhető volt. Kettőnél 6 hó illetve 1 év mulva recidiva állott be, a harmadik 1 év mulva ismeretlen bajban halt el.

Curettagé 49 izben történt, majd mind vérzés miatt.

Igen érdekes a laparotomiák táblája, számszerint 36. E közül 12 osteomalacia miatt végzett castratio; 10 ovariectomia simplex, 8 ovariectomia duplex, 1 salpingo-ovariectomia, 2 myotomia, 1 extrauterin petezsák kiirtása, 2 próba incisio. Halálozás: 4—11%.

A IV. fejezet a poliklinikumot ismerteti. Az esetek száma évről évre szaporodik; az utolsó esztendőé: 132. A 4 év anyagát alkotó 350 eset 199 műtétet tett szükségessé (közte: 32 lépény eltávolítás Credé szerint és 23 hüvely és gátvarrat, 56 vetélszél eltávolítása). A poliklinikum szülönői közül meghalt: 9.

Végül 3 táblázatban részletezve találjuk a szülőosztály három periódusának szülőanyagát, a szülés és gyermekágy rendellenességeit és a műtéteteket.

Velits tanár könyve méltán sorakozik Mann tanár kimutatása mellé, és egy újabb bizonyítéka annak, hogy a szülészet tudományának eme vidéki gócpontjai mily nemesen szolgálhatják a tudományt, az emberiséget és a hazát, ha lelkiismeretes, szakavatott kezekbe van sorsuk letéve.

## II. Lapszemle.

### Bőr- és bujakórtan.

**Molluscum contagiosum giganteum** czime alatt értekeznek *Kaposi*. (Wiener klin. Wochenschr. 1896. Nr. 26.) Ezen bántalom egy 6½ hónapos gyermeknél születésének 5. hónapjában kezdődött először a karokon, némsokára kiterjeszkedett az arcra és hajzatos fejbőrre, kisebb göczokban az alsó végtagokra. A jelenlegi állapot a következő: Az egész hajzatos fejbőr hatalmas varral fedett, hasonlóképen mindkét fülkagyló. Az egész bal arczfél egy az egészséges bőrből 1—2 cm.-nyire kiemelkedő, kissé rózsaszínű és tejszerűen áttetsző lapos dag fedt, hasonló, de valamivel kisebb a jobb arczfél. Az egész homlok és áll számos lenesényi, fillérnyi egész krajczárnnyi részint szétszórt, részint összefolyó dagoeskákkal fedett, melyeknek nagyobb része úgy néz ki, mint varokkal fedett szemölcszerű növedékek. Mindkét felső végtag a válltól a kézgyökig terjedve egyenletesen belepett hasonló dagoeszkák által. A bal alszár elülső felületén tallérnyi, az arcon levőhöz hasonló plaque, a jobb alszáron több hasonló kisebb plaque. A nyakon és tarkón száz meg száz pontszerű, gombostűfejnyi, alig látható és kitapintható, vagy pedig tömött tapintatú göböcskék majdnem átlátszó bennékel. A jól táplált gyermek köztakarójának többi része egyébként rendes küllemet mutatott. K. molluscum contagiosum egyik ritkább esetét kórismézte, mely kórismét a göresői lelet meg is erősítette. A mi a gyermek gyógykezelését illeti, kénytelen volt a baj nagy kiterjedésénél fogva minden művi beavatkozást mellőzni, hanem helyi kezeléssel kellett beérnie, mely azonban szintén teljes gyógyuláshoz vezetett. Ez abban állott, hogy a beteg helyeket rendszeresen és felváltva sapo viridissal, emplastr. saponat. salicylicummal, unguent. sulfurat. Wilkinsonival, bőrkenőccsel befedte, mindig arra ügyelve, hogy sehol lobosodási tünetek fel ne lépjenek. Ezen eljárás a göbcsék sorvadásához és kihullásához vezetett. *Aschner Arthur dr.*

**Húgycső-eszközök üvegből** czime alatt értekeznek *Grünfeld* (Wiener med. Wochenschrift, 1896. 24. sz.). A modern therapia mindinkább törekszik eszközeit olyan anyagból előállítani, mely leginkább megfelel a teljes asepsisnek. Ezen anyagok között nagy szerepet játszik az üveg. Szerző is húgycső-eszközöket készített és alkalmaz üvegből és pedig cathetereket 15—22. sz. Ch., endoskopokat 18—25. sz. Ch. és sondákat 10—30. sz. Ch. nagyságban. Ezen üvegeszközök következő fölényvel bírnak a fémcszközök fölé: sokkal olcsóbbak mint a fémcszközök; könnyebben desinfiálhatók és vezethetők be a húgycsőbe, a nélkül, hogy vaselinnel, glycerinnel, olajjal stb. bekenetnének és végre felületük rendkívül sima, kisebb mértékben izgatják ennél fogva a húgycsövet mint a fémcszközök. Hogy az eszközök alkalmazása alatt egyik-másik eltörne, erre nézve eddig 5 évi használat után a legcsekélyebb panasz sem volt. *Aschner Arthur dr.*

### Apró jegyzetek az orvogyakorlatra.

1. **Tüdővészések köhögése ellen** *Rolland* következő mixturát ajánlj: Rp. Bromoformii guttas 30; Spir. vini rectific. 10.0; Syr. ipecacuanhae, Syr. thebaic., Syr. laurocerasi aa 100.0. M. D. S. 3—4 evőkanálnyit naponként az étkezések közötti időben. Hogy az oldat átlátszó legyen, az említett alkotórészek a fenti sorrendben keverendők. (Therap. Wochenschrift, 1896. 33. sz.)

2. **Antipyrin okozta stomatitis ulcero-membranacea** egy esetét írja le *Dalché*. Az illető egyénnél 1 gramm antipyrin bevétele után 4—8 órával jelentkeztek a baj első tünetei, a melyek bórsav-oldattal öblögetésre és chlorkalium belső adagolására csakhamar visszafejlődtek. A tünetek antipyrin-adagolásra mindig ismétlődtek. (Wiener mediz. Presse, 1896. 43. sz.)

3. **Az analis és genitalis tájak eczemájánál** a viszketés ellen *Cantrill* 10—20%-os ichthyol-oldattal mosogatásokat rendel és az eredményekkel nagyon meg van elégedve. (Practitioner, 1896. szeptember.)



## TÁR C Z A.

## A húgykőmorzsolás Guyon klinikáján.

Ezelőtt harmincz évvel mondotta az angolok nagy sebésze *Fergusson*, hogy a sebészet terén nem ismer még egy műtétet, melyhez annyi tudás, ügyesség és helyes ítélőképesség volna szükséges, mint a húgykőmorzsoláshoz. Harmincz év alatt számos oly sebészi eljárás honosult meg, melynél a műtő sikerrel küzd meg oly akadályokkal szemben, a melyeket ezelőtt sejtetni sem lehetett. A kőmorzsolás műtete mindamellett ma is „nehéz“ műtét hírében áll. Műtőnek egyáltalában születni kell; de ehhez a műtét-hez egyesek meggyőződése szerint egy egész különleges talentum szükséges.

Ezzel szemben látjuk, hogy azok száma, a kik a kőmorzsolást gyakorolják, újabb időben megsokszorozódott. A közlemények százával hoznak új eseteket; a műtétet mindenütt végzik, mindenütt jó eredménnyel. Így négy évi időköz alatt 1891—94-ig Indiában egyedül csak Punjab és Bombay tartományok kórházaiban angol orvosok 7694 esetben végeztek kőmorzsolást és a műtét 345% halandóságot okozott. (Lásd: *Freyer*. Modern treatment of stone. London, 1896.)

Majdnem beláthatatlan azon közlemények és viták száma, melyeknek *Civiale* óta (1824) csak a francia orvosi akademia színhelye volt. E század legjelesebb műtői álltak vitában e tárgy felett; újabb tervek és újabb műszerek követték egymást szakadatlanul és mikor egy-egy újítás nem vált be, ilyenkor mindig az egész műtét veszített hiteléből. A többség véleménye így kezdettől fogva inkább a kőmorzsolás ellen szólt. A tapasztalat megtanította az óvatos sebészeket, hogy ismételt ülésekben támadják meg a concretiót; ez volt sokáig a leginkább követett módszer. A törmelék kiürülése a természetes útra volt bízva.

*Bigelow* mutatta ki 1878-ban, hogy a hólyagot egy és ugyanazon ülésben az idegen test minden maradványától meg lehet szabadítani. Csak ennek a ténynek a felismerése biztosította a kőmorzsolásnak mindenkorra a fölényt a hólyagmetszés minden módja felett. *Bigelow* találmánya lényegében nem volt új; a sebészetben, mint minden tudományban, sokszor a legegyszerűbbnek látszó felfedezéseket számos elme munkája, számtalan kísérlet előzi meg.

Már 1843-ban készített *Cornay* (Rocheport) egy aspiratort a kő törmelékeinek eltávolítása czéljából. De csak *Bigelow*nak sikerült az elvet úgy megvalósítani, hogy utóbb általános alkalmazást nyerjen. Azonban sem műszereit, sem eredetileg ajánlott módszerét nem fogadták el változtatások nélkül, a régi „*lithotripsia*“ (lithotritia) helyébe ajánlott új elnevezése, „*litholapaxia*“, pedig alig van használatban.

*Thompson* az új eljárást „*lithotrixy at one sitting*“, *Guyon* „*lithotritie à séances prolongées*“ elnevezéssel különbözteti meg; mindketten az „egy ülésben“ végzett kőmorzsolás alatt a törmelék azonnali kiürítésével végzett műtétet értik. Újabb szerzők egyszerűen *modern* kőmorzsolásról beszélnek.

Ha a kőmorzsolás előnyei és szép eredményei által meggyőzve e műtétnek híveivé lettünk, úgy *Guyon* eljárásában egy utánzásra méltó módszert ismerünk fel. A műtét kezei alatt egy természettani kísérlet szabályosságával folyik, mintegy alkalmazása mindazon törvényeknek, melyek a hólyag physiologiája és kórtanából a helyes megfigyelés által levonattak. Ezen törvények ismerete a műtő munkáját lényegesen megkönnyebbíti, mert képessé teszi arra, hogy a műtét minden mozzanatában világosan lássa, hogy miféle jelenséggel áll szemben és mi a teendője. A modern műtétnél a húgyfertőzés ellen való prophylaxis a főfeladat; ennek fontosságát akarta jelezni *Boeckel* azzal, midőn a műtétet „anti-septikus kőmorzsolás“-nak nevezte el. Azon eljárás, mely a húgyfertőzés prophylaxisának legjobban megfelel, egyszersmind a műtét utáni szövődmények és a recidiva ellen is a legtöbb biztosítékot nyújtja. Csak e megfelelő övrendszabályokkal vált jogosulttá, hogy a húgykőmorzsolás a súlyosabb esetekre is kiterjesztett annyira, hogy a hólyagmetszés kő miatt ma inkább csak kivételszámba megy.

*Guyon* már az általános érzéstelenítésnél különös szempontokat tart szem előtt. Betegei műtét előtt 1—2 órával egy

morphiuminjeciót kapnak. Az érzéstelenítés czéljából szabály szerint chloroform alkalmaztatik főképen azért, mert ezen anaestheticum adagolásával sokkal inkább hatalmában áll a műtőnek a beteget a narkosis bizonyos stadiumában állandóan fenntartani. A mély narkosisra ugyanis ezen műtétnél csak ritkán, a hólyagnak nagyfokú kóros hyperaesthesiájánál van szükség. A kóros érzékenységnek még egy bizonyos foka mellett is a hólyag már korán, a narkosisnak kezdeti stadiumában, annyira türelmes lesz, hogy a műveleteket belsejében végre lehet hajtani, holott a beteg még sokszor a megszólításra is felel.

Irodalmi munkálataiban több helyen hangsúlyozza *Guyon*, hogy csakis a hólyagfal érintésére való reactio az, mely ily korán megszűnik, vagy helyesebben kifejezve: a mely korán kiesik az öntudatból. Ellenben azon reactio, mely a hólyagtartalom növelése — tensio-emelés — által idéztetik elő, csak a legmélyebb narkosisban, jóval az általános izomelernyedés után szűnik meg. A lobos hólyag, a melyben úgyszólván szárazon kell elvégezni a műtétet — és ezt minden baj nélkül meg lehet tenni —, a legerősebb görcsös összehúzódásokkal felel, ha tartalma csak néhány grammnyi folyadékkal is növeltetik.

Ezért nem lehet szabályt felállítani arra nézve, hogy mennyi folyadékot kell a hólyagba a kőmorzsolás megkezdése előtt befecskendezni. *Bigelow* a hólyagot 300—400 grammnyi folyadékkal tölti meg; ez a mennyiség nem is maradhat másként a hólyagban, mintha a húgycső elastikus alakötéssel leszorítottatik. Ilyen traumának már azért sem kell a húgyszerveket kitenni, mert a megnagyobbított ürben a kő fragmentumai könnyebben elrejtőznek a műtő elül.

A bevezetett műszerek érintésére a hólyagban minden részben szoktak létrejönni összehúzódások; legerősebbek azonban ezek a hólyag hátsó falának alsó részében. Ezen összehúzódások által a műtétnek területe mintegy mozgóvá válik; a képezett öblök hol elrejtik, hol újra előhózzák a törmelékeket. Fontos azonban a tény, hogy mindeme változások közepett a hólyag harántátmérője alig rövidül meg még akkor is, ha a többi átmérők a minimumra vannak reducálva. A műszerek tehát jobbra és balra ilyenkor is van helye a kitérésekre.

*Guyon* leggyakrabban a „2-es számú“ kőmorzsolót használja, melynek vastagsága 7 mm.; a legnagyobb méretű műszer, a mely csak igen ritkán jön használatba, 9 mm. átmérőjű kősondának felel meg. A műszerek zúzó része tág ablakkal van ellátva, hogy a zúzó szárai között a törmelék fel ne halmozódjék. A műszerek inkább csak mérsékelt erő kifejtésre vannak berendezve. A midőn a concretio közönséges kézi erőre nem reped meg, *Guyon* beszorítván azt a műszer szárai közé, a csavaró fejére mér apró kalapácsütéseket. Azok a molecularis repedések, melyek ezáltal létrejönnek, könnyűvé teszik azután a csavaró munkáját. A morzsolás mindaddig folytatattatik, míg a kő lehetőleg finom törmelékékké át nem változtatattatik.

A törmeléknek eltávolítására *Bigelow* példájára általában aspiratorokat használnak. *Guyon* a tulajdonképeni aspiratio előtt egy egyszerű fogáshoz folyamodik. Bevezeti az aspiratorhoz tartozó tágkaliberű ezüst csövet, mely a rendes kőkutató hajlásával bir és görbült végén két különböző magasságban elhelyezett nyílással van ellátva; és e csövön át több ízben hirtelen nyomással híg ezüstnitrát-oldatot fecskendez be. Az erős összehúzódás, melylyel a hólyag e behatásokra reagál, most a műtét czéljait szolgálja; a folyadék erős sugárban löveltetik ki és magával sodorja a törmelék nagy részét, úgy hogy néha csak kevés marad vissza az aspirator számára.

A sokféle aspirator közül bármelynek is előnyt adni akár az összehasonlító kísérletek alapján (*Desnos* 1882), akár az eredmények összehasonlításából nem lehet. Franciaországban *Guyon* modellje a népszerű, mint a hogyan Angliában főképen a *Thompsoné*. Ha az újabb aspiratorok jobbak: ez tagadhatatlan a műszerész technika haladásának eredménye. Az aspirator leglényegesebb része 500—600 cm<sup>3</sup> űrtartalmú gummiballon, melynek üre folyadékkal megtöltetvén, összeköttetésbe hozatik a hólyag tartalmával. A folyadék a ballontra gyakorolt hirtelen összenyomások által váltakozó áramlásban tartatik. A folyadékáram



a gummiballon alatt elhelyezett üvegedény felett vonul el, melybe a törmelék nagyobb fajsúlyánál fogva leülepszik. *Clover* aspiratora 1866-ban már ezen elv szerint készült és ezt az eszközt *Thompson* is sok esetben sikerrel alkalmazta. De az első olyan eszközt, melynek működése minden esetben kielégítő volt, mint említettett, *Bigelow* készítette.

Könnyen belátható, hogy az aspirator összenyomása által a hólyagba fecskendezett folyadék a törmelék felzavarja és hogy midőn ez megtörtént, a negatív nyomásnak pillanatnyilag és nagy intenzitással kell fellépnie, hogy az áram a törmelékkel magával sodorja, mielőtt annak ideje lenne a hólyagban újra leülepednie. Ezen erőváltozásokat a gummiballon rugalmassága segítségével képesek vagyunk a czélnak megfelelő módon előidézni. A hólyagfal saját rugalmassága nem elég nagy; a tensionövelés által okozott összehúzódások pedig nem illenek be a végbemenő erő- és áramváltozások rythmusába és így a törmelék kiürítésében nem működnek közre. Ellenben a kiürítő csőnek lehetőleg tág kalibere és az egész készüléknek mély elhelyezése által a kiürülés megkönnyíttetik. Hosszú függelékcsövek az új aspiratorokon nem találhatók és a csapokat is lehetőleg kerüljük.

A szivattyúzás alatt hallani lehet a fémcsőhöz ütődő törmelék odakocczanását és ez úton meg lehet győződni arról, hogy maradt-e vissza törmelék a hólyagban. *Harrison R.* szerint az aspiratorral végezett ily vizsgálat egyáltalában a legbiztosabb módszer kisebb concreciók felismerésére. *Guyon* azonban az összes műveletek után egy kisebb, nem-ablakos kőmorzsolóval kutatja át a hólyag belsejét és győződik meg arról, hogy a kő minden maradványa kiürült.

Hogy a műtét alatt a húgyszervek nagyobb erőszakot nem szenvedtek el, annak legszebb bizonyossága az, hogy vérzést alig, vagy általában nem látunk, eltekintve azon vérzéstől, a mely a gyakran szűknek talált külső húgyesőszájadék bemetszéséből ered.

A mint a fentebbiekben körvonalozott műtétet szemünk előtt lefolyni látjuk, azon benyomást nyerjük, hogy a hólyag a húgyutak lehető legkisebb traumája árán szabadult meg az idegen testtől. A húgyfertőzés aetiologiájában a húgyeső nyálkahártyájának sérülései elsőrangú szerepet játszanak; ezért kell a húgycsövet kímélni, kerülvén a nagyobb méretű műszereket és tartózkodván a legkisebb erőszaktól is azoknak bevezetésénél. A köztakaró szőrtelenítése és desinfectiója, a műszerek sterilizálása, antiseptikumok — befecskendésre főképp ezüstnitrát-oldat — használata itt ép oly fontossággal bír, mint minden sebészi műtéténél. A praeventív rendszabályokhoz tartozik végre az a szokás, hogy az operált beteg 24 órán át állandó katheterrel fekszik.

Ezen idő eltelte után azonban *Guyon* betegei az ágyat elhagyhatják és megtörtént az az eset, hogy a beteg egy elég súlyos műtét után harmadnapra elhagyta a kórházat. Az 1895—96. tanév alatt végzett 40 kőmorzsolás után jelentékeny incidens egyáltalában nem fordult elő. Az utolsó évek statistikáit összesítve a húgykőmorzsolás utáni mortalitás 1%-ot sem tesz ki.

Kő beékelődés — a régebbi módszereknél oly gyakori szövődés — nem fordul elő és azon esetek száma, a midőn hólyaghurut marad hosszú időn át vissza (*Guyon* 1880. előtti eseteinél 38%), a lehető legkevésbé. A gondos utókezelés, a sokszor hosszú időn át folytatott hólyagmosások, különösen a phospat képződésnek egyszersmind a recidiva ellen is biztosít. Az uratoknál a recidiva ellen az egyén jó táplálkozási viszonyai, úgy látszik, a legjobban megvédnek. A recidivaműtétek azonban a modern módszer alkalmazása óta hasonlíthatatlanul ritkábbak, miután a hólyagban nem maradhat vissza kőrészet, mely új concreció képződésnek szolgálna kiinduló pontul.

Rége *Thompson* a concreció átmérőjében 2½ cm.-re szabta meg azt a határt, a meddig a kőmorzsolás sikerrel kivihető; ma 5 cm. átmérőnél és ezentúl is morzsolással távolítják el a követ, ha csak nem túlságosan kemény.

Az elmúlt évben *Guyon* négy esetben végzett kő miatt felső hólyagmetszést. Az egyik esetben 380 gramm súlyú, 152 darabból álló concreciót, a másikban pedig egy 250 gramm súlyú követ távolított el; az első 24 órán belül halálosan végződött. Hogy azonban a hólyagmetszés általában milyen gyakori, azt illusztrálja *Freyer* fentebb idézett közleménye. E műtétnek legutóbbi

406 esete közül mindössze 6 esetben kellett a hólyagmetszéshez folyamodnia.

A hólyagmetszésnek javallatait felesleges pontokba foglalni. Túlságos nagy concreciók esetén, vagy midőn a hólyag súlyos infectiója a kezelésre nem javul és a beteg elgyengült állapota gyors beavatkozásra készítet: ilyenkor a véres műtét viszonylag kevésbé veszélyes. Nem kevés előny ilyenkor, hogy e műtét alkalmas ad a hólyagnak kiadó drainezésére. A hólyagmetszésnél jelenleg a balandóság azért nagy, mert a legsúlyosabb esetekben végzik. A kőmorzsolást pedig oly kiváló előszeretettel azért végzik, mert a beteg egyetlen ülés után úgyszólván teljes testi épességét egyszerre visszanyeri. Azonban a két műtét eljárás egymást kiegészíti, de ki nem zárja; a műtét, a ki a kőmorzsolás határait alacsonyabbra szabja, végeredményben nem fog rosszabb statistikát felmutatni.

Annyi bizonyos, hogy a hólyagkő műtét kezeléseben a tökéletesség magas fokát értük el; csak az volna kívánatos, hogy az újabb módszerek nálunk is szélesebb körben terjedjenek el.

Páris, 1896. július hó.

*Kiss Gyula* dr.

## Londoni dermatologia.<sup>1</sup>

(Vége.)

Rendelés végeztével *Pringle* a *Midlessex Hospital* orvosképző iskolájába vezetett, hogy megismertesse velem a módot és helyet, a melyen és hol az angol új orvosi nemzedék egy részét nevelik. Londonban az orvosképzés teljesen magándolog, az állam nem segíti az iskolákat, de bele sem avatkozik dolgaikba. A kórházak leg többjénél van egy-egy orvosi tanfolyam, melyen a hallgatók anatómiától egészen az orvostudomány történetéig az összes elméleti és gyakorlati tárgyakból nyerhetnek oktatást. A *Midlessex* kórház iskolája a kisebbek közzé tartozik, de azért teljes orvosi tanfolyam van benne. A kórházhoz épült házban van elhelyezve, számos szép világos teremmel, gyűjteménnyel, laboratóriummal bír, e helyiségek olyanok, mint más városok orvosi iskoláin vagy egyetemén. A brit orvosi iskolának nem ez adja meg sajátos jellegét, hanem az iskolai internatus, a bennlakó élet, a hallgatók szerepe, foglalkoztatása, életmódja különbözteti meg őket a német, meg a mi egyetemeinktől. A legtöbb deák benne lakik a kórházban, még pedig igen kényelmes, sőt mondhatnám fényűző módon vannak elhelyezve. Külön szép tanuló, szivarzó, könyvtári helyiségek van, hol együtt mulatnak, dolgoznak. A kórház udvara nagy kertté van alakítva, ebben játékpályák készítték a hallgatók számára, kik igen fontos, a tanulással egyenlő fontosságú feladatnak tekintik a lawn-tennis-ben sikerekre tenni szert, akár mint a szigorlatokon megfelelni. Mikor egy alkalommal a *Thomas' Hospital* előcsarnokában várakoztam, két hallgató áll mellém. Meglátva szomszédom kezében egy *St. Thomas's Hospital Gazette* című füzetet, elkérem tőle és végig lapozom. A nevezett kórház orvosi iskolájának személyzete adja ki e hetenként megjelenő lapot és voltak benne: érdekesebb, a kórházba felvett esetek leírásai, egy Afrikában szolgált orvos élményei, ez volt a lap fele. A másik fele pedig a sportnak, a gymnastikának volt szentelve, ki hol győzött, miféle játékokban, ezen vagy azon kórház versenyén hány számmal van előnyben *Smith* medikus *Litte* collega felett, mi reménye van Oxfordnak, hogy áll Cambridge az idei evező versenyt illetően, ez volt a másik fél tartalma. Hogy végig néztem a mellettem ülő két athleta termetű deákon, kikről sugárzott az egészség meg az erő, önkéntelenül összehasonlítottam velük a mi medikusainkat, kiknek derekabb részét a tanulás, a kórtermek levegője meg az anyagi gondok sápasztják halaványra, a másik részét pedig fehérré teszi a kávéház meg a kártyajáték.

Természetes dolog, hogy a Londonban létező számos orvosi iskola terjedelmre, meg népességre nem vetekedhetik a continens fakultásaival, de egészen más kérdés, vajjon a tanítás eredménye, vagy hogy pontosabban fejtszem ki magamat, az orvosi tudásnak és képességnek azon átlagos mértéke, a melylyel a hallgató az iskolát elhagyja, nem mulja-e felül a mi tanítómódunknak sikerét? Ha a hallgató az egyetemen él, társai és tanárai körében

<sup>1</sup> L. Orvosi Hetilap 1896. 42. sz.



tölti el egész napját; ha mint kórházi alkalmazott korán kezd tapasztalatokat gyűjteni, s ha a betegágyánál az orvosi szolgálat minden nehézségével és apró rejtelmével egész fiatal korában kezd megismerkedni: úgy bizonyos, hogy gyakorlati ügyessége magasabb fokon áll majd, mint a szárazföldi collegáé, a ki harmadéves korában lát először beteget és azt is úgy, hogy valamely magasan fekvő padból nézi és hallja(?), miként kopogtat az előadó professor a beteg mellkasán. Vagy legjobb esetben az asszistentől vett külön cursuson sajátítja el a physikalizs vizsgálati módszerek elemeit. Az az egy-két beteg, a kit félévenként, vagy esztendőnként észlelni köteles a klinikumot látogató medikus, a kiknek kórtörténeteit a gyakornok meg az assistens segítségével összerója, bizonyára nem ad elegendő alapot arra, hogy tanulmányai befejezte után önállóan és öntudatosan vizsgálja meg, kezelje betegeit, míg az angol hallgató, a ki sokkal önállóbb klinikai tevékenységében, nem fogja az átmenet nehézségeit oly annyira megérezni. Másrészt bizonyos, hogy a mi hallgatónknak theoretikus kiképzése magasabb fokú, mint az, a mit az angol deákok a két esztendőre szabott theoretikum alatt nyernek. S hogy röviden fejezzem ki magamat, a brit orvos kevesebbet tud mint a magyar, de ezt a kevesebbet jobban tudja.

A dermatologia tanítására minden iskolán van külön lecturer, a ki egyszersmind az illető kórház orvosa. Nem ritka dolog, — különösen a fiatalabb tanárookra nézve áll ez — hogy egy tanár két tárgyat ad elő még, pedig gyakorta egy theoretikus és egy klinikus szakot és szinte elvül tüzték ki az angolok, hogy a míg csak valaki szakmájában általánosan ismert névre szert nem tesz, addig lehetőleg ne zárkózzék el egyetlenség klinikai tárgy buvárkodásába, hanem tanítói hivatásánál fogva is kényszerüljön más szakmával törődni meg foglalkozni. A specialismusként természetével járó ferdeségei ilyen módon erősen megesőkkennek és épen nem ritkák az olyan tudósok, a kik két vagy három szakmában vívtak ki maguknak nemcsak megbecsült nevet, de olykor vezető positiót is. A hallgatók a bőrkórtan fontosságát megzűkességét átérzik és a rendeléseken, a melyeket meglátogatni alkalmam volt, bár a rendes előadások azon időben szüneteltek, mindig jelentékeny számban láttam őket összegyülekezni. Különösen, ha egy-egy tanár tanító módja, előadó tehetsége tudja őket lebilincselni, nem sajnálják hetenként kétszer egy-egy félnapjukat rászánni, sőt nem sajnálják más városokból a drága Londonba felrándulni, hogy egy pár héten át dermatológiát tanuljanak, vagy a mikép ők kifejezik magukat, a szemüket gyakorolják. *Malcolm Morris* ambulantiáján igen szép számmal voltak jelen a hallgatók, hogy a szépszavú előadónak világos és beható fejtegetéseit hallgathassák. A bemutatott esetek között három lepra casusra emlékezem, pityriasis rubrára, a melyet coniin adagolásával kezel és egynéhány acné rosacea, a melyek állítólag ichthyol belső adagolására nagyon szépen javulnak. Még *Colcott Fox* rendelésén a Westminster Hospitalban jártam, a hol már a congressusra érkezett *Boeckkal* Christianiából és *Dubreuil*találkoztam, s a hol az ott töltött délután érdekes vitatkozás közben ugyancsak hamar telt el. Egy arsenel kezelt eset alkalmából az arsen okozta keratosisok kerültek szóba. *Dubreuil*, a ki a congressusra a keratosisok referatumával volt megbízva, érdekes adatokat mondott saját tapasztalata és kutatásai eredményeképp. Azért említem fel ezeket, mert a német és a mi irodalmunkban arsen használata után fellépő bőrelváltozások közül jóformán csak az arsen-melanosis szerepel, a parakeratosis ellenben figyelembe alig részesült. Pedig a dolog némi gyakorlati fontossággal is bír, ha például számba vesszük, hogy a psoriasis ellenében adagolt arsen hosszas használata után a vétagokon fellépő parakeratosis újabb psoriaticus eruptiónak nézték egészen megbízható szakemberek is és megint arsenel rendeltek ellene. *Colcott Fox* rendelésén is igen sok a ringworm és csak megegyezhetünk a véleményével, mikor azt mondja, hogy a parasiticid szerek a bőrön és a bőrben székelő gombákat megölni nem képesek és hogy hasznukat csak akkor látni, a mikor lobossá tették a hosszas alkalmazás következtében megtámadott bőrfelületet; vagyis egy szóval desinfiálni a bőrt az ilyen chronikus bántalomnál nem lehet, ép oly kevéssé, mint a hogy eddigelé nem sikerült a bélhuzamban vagy másutt székelő microbionokat parasiticid szerrel előlni. A sok gyermek között volt kettő, kiknek öröklött syphilise ulcerosus alakban mutatkozott

az alszárakon. *Fox* figyelmeztetett, hogy a gyermekeknél elég gyakori a lues-okozta synovitis. Érdekes volt még egy acné cornea vagy lichen pilosus spinolosus eset, egy epidermolysis tünetét mutató pemphigus, scarlászterű, magas lázzal járó, az egész törzsre kiterjedő erythema, mely valószínűleg gonorrhoea következtében állt elő, s a hol az endocardium is meg volt támadva.

*Radcliffe Crocker*nél érdekes lepra eseteket és psoriasis universalis után fellépett dermatitis universalist láttam. *Galloway*nél, a Charing-Cross Hospitalban a Werlhoff-kór oly súlyos alakját láttam, a minőt minálunk nem igen ismernek. A nyákhártyákra is kiterjedő bőrvérzések nyomán nagy terjedelmű ulceratiók fejlődnek, melyek azután az egyes nyákhártyafelületek összenövésére, mindenféle functionalis súlyos zavarokra vezetnek.

Tulajdonképen a congressusról szóló jelentésbe tartozik, de mivel állandóan létező dolog, mégis már ez alkalommal akarok *Hutchinson*-nak a West-Endben levő dermatologiai muzeumáról megemlékezni. *Hutchinson*, az angol dermatologusok nestora és elismert vezetője, úgy a sebészet valamint a szemészet és a dermatologia terén világszerte ismert nevet vívott ki magának. Kórházi functiót már nem teljesít, de a tudománnyal való foglalkozást azért épenséggel sem hagyta abba. A congressus megnyitása napján egyéb iratok között minden résztvevő meghívót is kapott, a melylyel muzeuma látogatására szólítja fel *Hutchinson* az idegeneket. E muzeum emeletes nagy házban van elhelyezve számos felülről világított nagy teremmel s tartalmaz képeket, könyveket, készítményeket a dermatologia és syphiligraphia köréből. Mintaszerűrendben mondhatni fényűzően vannak a dolgok elkészítve és elhelyezve, s ha az ember a tudományos értéktől eltekint is s tisztán csak az épület és a benne tartalmazottak anyagi becsét veszi figyelembe, akkor is tisztelettel kell viseltetnie e nagy ember iránt, a ki saját költségén teremtett egy ilyen fényes hajlékot a dermatologia tudományának, a melyhez fogható a continensen még az államok vagy hatóságok is csak ritkán tudtak létrehozni. A congressusi vendégeket a tulajdonos és fia a legnagyobb szívélyességgel fogadták és kalauzolták. Megmutattak és magyaráztak nekik annyit, a mennyit csak látni és hallani kívántak, s hogy ha az idegenek közül valamelyik kifejezte kételetyét, vagy csodálkozását az angol eredeti vagy eltérő felfogásán, ha valamely festett kóreset diagnosisát módosítani kívánta volna, az angol dermatologusok legtekintélyesebbje nem tartotta méltóságán alulinak addig magyarázni és okadatolni a saját felfogása helyességét, a míg rá nem sikerült birni a vendéget, hogy elfogadja vagy legalább komolyan mérlegelje annak értékét. Egész hasonló módon viselkedett e tekintetben a nagy nevű párisi kutatóval szemben, mint akár a legfiatalabb nem ismert dermatologus iránt. S a nyugati műveltségnek azt a valóságos kifejezését úgy gondolom, hogy nálunk sem lesz egészen hiábavaló, ha nem is utánzásra ajánlani, de legalább megdicsérni.

A sok kép közül feltűnt egy, a mely lupus syphiliticus felírást viselt. A continensen ilyen diagnosis nem csinálunk s ha valamikor régebben használták, úgy csak azzal okadatolták, hogy nem tudják eldönteni vajjon az adott esetben luposus vagy syphilitikus bőrelváltozással állanak szemben. Minthogy azonban a luposnak mint kórfolyamatnak a syphilishez semmi köze sincsen, s mivel ez a két dolog pathologicé s kóroktanilag egymástól egészen távol áll, egész jogosnak hittem kifogásomat, a melylyel az elnevezés ellenében éltem. Mivel az ifjabb *Hutchinson* az ő elnevezésük helyességéről meggyőzni nem tudott, az öreg mestert szólította fel, hogy ő oszlassa el az én kételyeimet. Ez az eset — így mondám — ha a képből itélni szabad, ulcero-serpiginosus syphilid, mely az arczon lépett fel, s a mely valami hasonlóságot mutat a lupus vulgarishoz. Csakhogy ezen a réven ilyen hybrid kóralak felállítása épenséggel sem jogos. De megváltozott a nézetem, mikor *Hutchinson* kifejtette, hogy több ilyen esetet észlelt, hol kétségtelenül syphilitikus az elváltozás, mint itt is, csakhogy alakjának és tovaterjedésének a lupushoz való hasonlósága nem lehet a véletlen műve, mert ahány egyénen ilyen elváltozást észlelt, valamennyi 1—2 év alatt tüdőtuberculosisban pusztult el, úgy hogy ő azt hiszi, hogy e kóralak létrehozásában nemcsak a syphilisnek, hanem az egyén tuberculosisának is van szerepe és azért nevezte el lupus syphiliticusnak. Azután



még a híres Hutchinson-féle fogaknak, melyek tudvalevőleg az öröklött syphilisre jellegző elváltozások egyikét képezik, egynehány hiteles példányát és rajzát mutatta meg az öreg mester. Praktikus jelentőségükkel fogva kíváncsi voltam rájuk, mert az irodalomban annyi ellentétes adatot olvastam, hogy úgy jártam, mint nem régen a berlini „Verein für innere Medicin“ tagjai, a kik egész ülésen át eldisputáltak azon, hogy milyen a Hutchinson-féle fog és végül kisült, hogy egyik sem tudja.

Még egyről kell megemlékezni, a mi a londoni orvosok életét sok más város orvosai számára irigylést keltőnek tünteti fel, azaz a collegialis jó viszony, a mely az előbbieket között uralkodik. Lehet, a város nagysága járul hozzá ahhoz, hogy egymás működési körével nem érintkezhetnek, de elvégre közös betegek, megváltozott diagnózisok és felváltott therapiák ott se hiányozhatnak. A személyes érintkezés nagyon eleven, mert a dermatológusok majdnem valamennyien egy utcában laknak, csak hogy az érintkezést kissé másképen használják fel mint a continensen és a személyes érintkezésből sohasem lesz személyeskedő érintkezés. Az elbeszélte példákban láthattam, hogy feladatuknak tartják vállvetve működni és egymást segíteni, s hogy például, épen nem ritka dolog, hogy a tanító az önállóvá lett tanítványt hívja meg, valamelyik fogasabb esetben consiliumra. Árnyoldala van a collegialis életnek ott is, de talán még ez is csak hozzájárul az általános niveau emeléséhez. Ez az árnyoldal a túlságos szigorúság, a melylyel az orvosi rend becsülete ellen vétőnek tettét megítélik. Egy hús esztendő előtt megessett hirdetés még mai nap is kerülté teszi azt, a ki a hírlapot ilyen czélokra felhasználta, pedig azóta semmi kifogásolni valót sem említhettek róla. Az a magas színvonal, a melyen az egész nemzet áll, az az eredetiség, a mely már szinte közmondássá vált, az áldozatkészség, a mely semmit sem vár az államtól vagy az előljáráságtól, de mindenre kész és képes egymaga, s az energia, mely egy felismert hiány kipótlását minden körülmények között eléri, jellemzi az angol orvostudomány és benne a dermatológiának állapotát és biztosítékát képezi annak, hogy *Bateman* és *Willan* iskolája mindenkor meg fogja érdemelni a becsülést, a melylyel otthon és külföldön környezik.

Justus dr.

### Vegyesek.

**Budapest, 1896. október 30-dikán.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. október 11-től október 17-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 391 gyermek. elhalt 203 személy, a születések tehát 188 esettel multak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 3, ronesoló toroklob 4, hökhurut —, kanyaró 2, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 10, agyvérömleny 4, rángások 8, szervi szívbaaj 17, tüdő-, mellhártya- és hörgőlob és hörgőhurut 22, tüdőgümő és sorvadás 32, bélhurut és bélob 22, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák —, Bright-kór és veselob 2, angolkór 3, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 9, erőszakos haláleset 12. — A fővárosi közkörházakban ápolatott e hét elején 2027 beteg, szaporodás 629, csökkenés 587, maradt e hét végén ápolás alatt 2069. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1896. október 21-dikétől október 28-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 21 (meghalt 3), bárányhimlőben 9, vörhenyben 25 (meghalt 2), kanyaróban 29 (meghalt 1), ronesoló toroklobban és torokgyikban 7 (meghalt 4), trachomában 13, vérhasban 2, hökhurutban 8 (meghalt 1), orbánczban 20 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Czakó Zsigmond dr.-t** a vallás- és közoktatásügyi minister a debreczeni bábaképző-intézethez tanársegéddé kinevezte.

— **Meghívó a budapesti kir. orvosegyesület ideg- és elmekórtani szakosztályának** f. é. november hó 4-dikén, szerdán este 6 órakor az orvosegyesület helyiségében tartandó VI. szakülésére. Bemutatók: *Ranschburg Pál*: Idegkórtani bemutatások. *Décsi Károly* mint vendég: Hemiatrophia faciei egy esete. Napirend: *Hajós Lajos*: A hysteriás amnesziákról.

† **Elhunyt: Özvegy Ferencz dr.** csapvidéki körorvos 45 éves korában Csapon.

— **r. Czirfusz Dezső dr.** orvosi gyakorlatát *San Remóban* az olasz Rivierán ezen évben is folyó hó végén kezdette meg.

— **Kitüntetés.** A Pesti Alfréd által szerkesztett és a „Petőfi“ magyar központi kiadó-vállalat kiadásában megjelenő „Magyarország orvosainak évkönyve és czímtára“, melynek hetedik évfolyama néhány hét múlva megjelenik, a berlini nemzetközi iparkiallítás bíráló bizottsága által az arany éremmel egybekötött díszoklevéllel jutalmaztatott.

— **Karácsonyok** jelenik meg a Pesti Alfréd által szerkesztett „Orvosi könyv és czímtár“ VII. évfolyama, aktualis, érdekes tartalommal. Melléklete egy czélszerű, kényelmesen elhelyezhető és négy részre osztott zsebnaptár lesz.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

### Szt. Lukácsfürdő

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-metes nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő fürdők. Olesó és szép lakások. Prospectust küld ingyen az igazgatóság Budapestén.

Téli és nyári gyógyhely.

### HIRDETÉSEK.

<b>DR. DOLLINGER GYULA</b>	
TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE	BUDAPEST VII., KEREPESI-ÚT 52.

**Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.**

## HUNYADI JÁNOS

*A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.*

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnye:

**Gyors, biztos enyhe hatás.**

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

*Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható*

„Saxlehner András“

*név figyelembe ajánlatik.*

## GYÓGYMECHANIKAI INTÉZET

(Dr. Zander rendszere szerint).

TESTEGYENÉSZET, SVÉD GYMNASTIKA,  
MASSAGE.

**Budapest, VIII. ker., Muzeum-körút 2. sz. a.**

(Nemzeti színház bérháza, I. emelet.)

Rendelő orvosok: **Dr. REICH MIKLÓS, Dr. SÜMEGI JÓZSEF,**

## SAN REMO

az olasz Riviera legkeresettebb és legelőkelőbb téli klimatikus gyógyhelye. Kitűnő ellátás. Mérsékelt árak. Kimerítő magyar ismertetést bérmentve küld; és egyéb felvilágosítással is készséggel szolgál a gyógyhely magyar orvosa: **Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ.** Lakása: **Via XX. Settembre 1. szám.**

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

**dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA** a labororium vezetői.

Poliklinika: **VII., Dohány-utca 31. szám.**



**Dr. Fischer Izidor**, a bécsi „Charité” nevű nőgyógyászati intézet orvosa a jodoform némely pótszerét tárgyaló jelentésében következőleg nyilatkozik az

# „AIROL“-ról

„Aiol” szagtalan, szürkés-zöld, külső alkalmazásnál **méregtelen**, középfinom por. Használható direct mint **hintőpor**, mint minden ilyféle szer, **gazeban impregnálva**, mint a **jodoformgaze** pótlója, továbbá **Urethral- és Uterin-pálczikák** alakjában cacaovajjal. Sebekre és fekélyekre **gyorsan szárító és tisztító hatása van** s ekkép kedvezően befolyik a nemző szervek **fekélyes folyamataira** (Ulcerata puerperalia, Ulcera mollia stb.) Az Aiol sebfeleletekre alkalmazva, szintén színét változtatja s sárgás-vörössé lesz, miután jodtartalmának egy részét elveszti. A **hintőport** az Erosio-therapiánál is legjobb sikerrel lehet alkalmazni, mert ez esetben a Gallus-sav adstringens hatását a **jod** fertőtlenítő hatásával egyesíti. Idült genyedő méhnyakhurutoknál a méhnyakba gondos tisztítás s a nyál és geny eltávolítása után **airolpor hintett** s ilyen eljárás jelentékeny javulást eredményezett; de ezen kezeléssel gyakran nehéz a cervixet teljesen tisztítani, még ha szénsavas natront is alkalmazunk.

**Az Aiolgaze teljesen pótolja a Jodgazet**; vajjon a szagtalanságon kívül egyéb előnye is van-e az utóbbi fölött? azt nehéz eldönteni.

**Az Aiolpálczikák** alkalmazása a méhnyakbártya lekaparása után (20%), valamint a **női húgycső blenorhoeájánál** (10%) **mindig kielégítő sikert aratott**. Az erősen bűzös jodoform pótlása Aiol-bougiekkal kivált ambulatórius kezelésnél rendkívül előnyös.

(Wiener therap. Wochenschrift 36. szám, 1896. szept. 6.)

*Irodalom és ingyenminták az orvos urak rendelkezésére állanak.*

**HOFFMANN, TRAUB & Comp., chem. pharm. készletek gyára**  
**BASEL (Schweiz).**

## Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

**Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben**

III. ker., Leonhard-utca 3-5. szám alatt. 22

## DR. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 15. szám.

(A Kiváló-utcai villamos vasút mentén.) 9

Ujjonnan épült, minden komforttal és gyógyeszközzel ellátott magángyógyintézet. Felvétetnek bármely gyógyszerkérdésbe vágó beteg nők. — Gyógykezelés kivánság szerint bármely specialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Állandó orvosi felügyelet. Kitűnő ellátás. Telefon. Kívánatra prospectus.

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER

— LYON —

Ar és irodalom iránt  
prospectus kérende

Továbbá kital védve.



**HELYI ANAESTHESIA  
IDEGZSÁBÁK**

VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilvános

**TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE**

TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

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

50 egyénre (kb. 1 gramm) .....	3.—
100 " (kb. 2 gramm) .....	6.—
1 phiola 2-3 egyénre .....	—60
10 vagy több ilyen phiola á .....	—50
1 phiola 15 egyénre .....	2.50

☛ Csomagolásért 20 krajczár ☛

## Dr. PÁPAY VILMOS-féle

**VÉDHIMLŐNYIRK-TERMELŐ-INTÉZET**

Budapest, Teréz-körút 31. szám alatt.

Igazgató-orvos: **Dr. SZÉKELY ÁDÁM.**

Alapítva 1897.



BEJ. VÉDŐJEGY

Szállít egész éven át biztos fogamzású, friss oltóanyagot következő árakon:

1 phiola	2-3 egyénre .....	—50 kr.
5 v. több "	" " .....	—40 "
1 "	10 " .....	1.— "
1 "	20 " .....	1.50 "
1, 2 v. 5 "	összesen 50 " .....	2.50 "
1, 2, 5 v. 10 "	100 " .....	5.— "

Csomagolásért és szállításért 30 kr.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Korányi Frigyes tanár I. belgyógyászati klinikájáról.

Adatok az arterio-sclerosis aetiologiai viszonyaihoz.

Irta Ritoók Zsigmond dr., klinikai gyakornok.

Az arterio-sclerosis, mely egyik legelterjedtebb betegség, sőt bizonyos korban csaknem physiologikus állapot, még ma is egész sereg vitás, vagy egyáltalában nem is tanulmányozott kérdést tartalmaz úgy aetiologiájára, mint fejlődési módja, kórboneztana és következményeire nézve. Hogy mennyi itt a felderítendő kérdés, legfeltűnőbbben bizonyítja a sok nézeteltérés a bántalom kórboneztanában. Marchand szerint maga a folyamat „az edényfal táplálkozási zavara, mely az intima szövetének duzzadásával, vastagodásával és sclerosisával indul meg és számos partialis elhaláshoz, szétesés- és elmeszesedéshez vezet, míg máskor az intima kiterjedt, kérges megvastagodását hozza létre“. Ezen — a gyuladással járó folyamatot kizáró — felfogás jellemzi a francia szerzőket is, de azért még ma sines teljesen eldöntve, hogy a folyamat lobos-e, vagy degeneratív. Az atheromatosis általában a folyamat részjelenségének tartják, Martin a vasa vasorum obliteráló gyuladása következtében beállott, különálló következménynek tekinti, mint pl. az interstitialis vesegyuladást. Virchow, Marchand acut endarteriitis lehetőségét tagadják, Landouzy klinikai eseteket hoz fel létezésére bizonyítására.

A mi az arterio sclerosis aetiologiájában szereplő physiologikus vagy kóros tényezőket illeti, azok mint ható okok valószínűleg ismeretesek, bár nem kételkedhetünk benne, hogy egyes részleteikben még szaporodni fognak, míg lesznek olyanok, melyeket még egyesítenek későbbi búvárlatok. Azonban ez okok hatásmódja minden eddigi kísérletek daczára még legnagyobb részt a hypothésisek körében van. Mert azzal, hogy Houchard óta az arterio-sclerosis összes okait diathesikus, toxikus és infectiós csoportokba osztják be, csak a tényeket látjuk rendszeresítve, melyből kétségtelen nagy nyereségünk, hogy a kutatás iránya és köre pontosabban körül van írva, de a „diathesis“ szó még ma is olyan meg nem magyarázott kifejezés a kórtannak, mint pl. a meghűlés, a toxikus és infectiós kifejezést pedig sok esetben egyesíteni kívánja a bacteriologia.

Általában elfogadott nézet, melyet Fraenkel úgy körvonaloz, hogy „az ütőfal megbetegedését rendszeren oly bántalmak előzik meg, melyek a szív nagyobb munkáját és az ütőrendszer nagyobb ellenállását okozzák“. Szóval minden létrehozhat arterio-sclerosis, a mi a vérnyomást általában, vagy körülírt területen emeli, utóbbi esetben természetesen csak a megfelelő edényrendszer részleten. Így Dittrich már 1850-ben leírta a bal vívőeres szájadék bántalmainál a tüdő edényrendszerében jelentkező, s az arterio-sclerosis mindenben megegyező elváltozásokat. A májra nézve Sabourin említi, hogy a pangás következtében a májvénákban áll be edényfal-sclerosis, hasonlókat találtak a vénán aneurysma arterio-venosumnál. A neuralgiák mellett a megbetegedett oldalon észlelt arterio-sclerosisok néhány esete, mint e terület edény-

göresére visszavezethető vérnyomás-fokozódás eredménye tekinthető. Fraenkel, Bollinger, Marchand, Houchard megegyeznek abban, hogy az elsődleges folyamat az arterialis hypertensio, „ennek következménye, nem oka“ (Houchard) az arterio-sclerosis. Nem lehet azonban kétkedni, hogy Traube helyesen hozta be a tensio fokozódása mellé a véráram lassulását. Ezt bizonyítja Thoma, ki szerint az ébrény véredényrendszere még nem tartalmaz az intimában kötőszövetet, s ez csak az extrauterin életben kezd fejlődni és ki a képződő edényfalvastagodást compenzáló endarteriitis eredményének tartja, miután a media rugalmas elemeinek összehúzódása a megfelelő áramgyorsaság létrehozására nem kielégítő. E véleményekkel határozottan szemben áll a Duplaix-féle, mire a vese sclerotizáló folyamatánál visszatérünk.

Ez a magyarázata a mechanikai hatásnak e bántalom aetiologiájában. S mivel a kórtani magyarázatot, ha hypothetice is, de mégis megadja, leghelyesebbnek, s a mai felfogással leginkább megegyezőnek tartjuk, ha mindazon alakokat, melyek mechanikai alapra vezethetők vissza, az aetiologia szempontjából egy közös csoportba foglaljuk. Ezzel nem adunk valami újat, mert a Houchard beosztása nagyjában szintén ezt követi. E csoportba kell ezek szerint tulajdonképen valamennyi megmagyarázható hatásmóddal bíró aetiologikus tényezőt soroznunk: tehát azokat is, melyeket az említett szerző mint toxikus és infectiós csoportokat foglal egybe.

A toxikus tényezők csoportjának t. i., mint ható okoknak háromféle magyarázatát ismerjük: Traube functionalisnak tartja és az illető anyagoknak a vasomotorikus idegek útján beálló edényszűkítő hatására vezeti vissza. Bollinger toxicofunctionalisnak véli, tehát szerinte közvetlenül az edényfalra gyakorolt mérgező hatás is szerepel, mely maga is sclerotizáló folyamatot indít. Dujardin-Beaumez tisztán toxikusnak, közvetlen hatásnak tartja a kötőszövet-túltengést. Legvalószínűbb a Bollinger nézete.

A fertőzéses csoportban szereplő betegségeket minden valószínűség szerint szintén mint mérgező behatásokat kell helyesen felfognunk, a mint általában a kórtan mai álláspontjának az infectiós betegségek, illetve a fertőzés magyarázatában leginkább megfelel. Tudjuk ugyan, hogy némely betegségnél irnak le újabb bacillus bevándorlásokat az intimába (Roux, Balzer<sup>1</sup>), melyeket utóbbi scleroses parasitaires-nek nevez, mely alakok alkothatnák az önálló fertőzési oktannal bíró csoportot. De e kérdés még nagyon is a kísérletek kezdetén áll ahhoz, hogy már arra valamit alapítani lehetne.

A mechanikai aetiológiát képező tényezők közé kell soroznunk továbbá azon idegbefolyásokat, melyek mérgező hatás nélkül edénygöresőket, s ez által hypertensiókat eredményeznek, milyenek pl. a neuralgiás alakok és a szellemi túlesigázás.

Ezen elvek alapján állítottuk össze a 20 év alatt (1875—1895.) klinikánkon kezelt arterio-sclerosisok aetiologiájának statistikai beosztását a következő csoportokba:

I. Diathesikus tényezők. 1. Köszvény (diabetes). 2. Chronikus rheumatismus. 3. Öröklés.

II. Mechanikus hatásmóddal bíró tényezők.

<sup>1</sup> Houchard idézeteiből.



A) *Toxikus befolyások.* Alkohol, dohány, ólom. Chron. táplálkozási zavarok. Túltáplálás. Testi túlfáradás. Öregség. Infectio. a) Acut. b) Lues, malaria, tuberc.

B) *Idegbefolyások intox. nélkül.* Neuralgiák, szellemi túlcigázás.

Az összes tiszta arterio-sclerosis, vagy ezzel complicált eseteket a következő táblázatban állítottuk össze aetiológiájuk szempontjából.

Az összes esetek száma	381
ezek közül férfi	270 = 70.8%
nő	111 = 29.2%
Korra nézve: 15—20 éves	13 = 3.4%
21—30 "	29 = 7.6%
31—40 "	62 = 16.0%
41—50 "	108 = 28.4%
51—60 "	105 = 27.9%
61—70 "	57 = 14.9%
71—80 "	7 = 1.8%
	381 100.0

Aetiológiára nézve:

Nem volt kimutatható semmi	103 esetben	= 27.0%
I. A diathetikus tényezők: Öröklés	57 "	= 14.9%
Köszvény (diabetes)	— "	—
Rheumatismus chr.	43 "	= 11.3%
II. A) Toxikus befolyások: Alcoholismus	28 "	= 6.5%
Nicotinismus	— "	—
Saturnismus	2 "	= 0.5%
Chron. tápl. zav.	9 "	= 2.3%
Acut infectio	133 "	= 34.9%
Lues	43 "	= 11.3%
Malaria	96 "	= 25.2%
Tubercul.	4 "	= 1.0%

E csoportba osztható túltáplálást vagy testi túlcigázást, s a B) csoportba sorolt neuralgiák és szellemi túlfáradást illetőleg nincsenek adataink a rendelkezésünkre álló anyagban.

A mi az első csoportot illeti, ez az egész aetiológiának leghomályosabb s legkevésbé hozzáférhető kérdése, azon tényezőket foglalván magába, melyeknek hatásmódját alig tudjuk magyarázni. Minden magában vett részlete ez ideig csak tüneteiben ismert bántalom, melynek összefüggését az arterio-sclerosis legfeljebb csak a statistika mutatja.

Az öröklésről *Martin* azt mondja, hogy ennek behozatala nem magyarázza, csak complicálja a kérdést. S e tekintetben nem szorítkozhatunk csakis azon esetekre, melyekben maga az arterio-sclerosis mutatható ki az elődöknél, hanem össze kell foglalunk mindazon eseteket, melyekben a felmenőknél az említett bántalom, ez által feltételezett szívbetegség (a francziák „aortisme hereditaire”-je), vagy feltételezhető egyéb szervi elváltozások voltak kimutathatók, kizárva ezekből azon eseteket, melyekben az elődök köszvény-, arthritis- vagy lues-sel voltak terhelve, melyek maguk is öröklékenyek s az arterio-sclerosis aetiológiájában különálló szereppel bírnak. E felvételünkkel abból indultunk ki, hogy „nem mindig ugyanazon szervnek bántalma az öröklékeny, hanem az egész edényrendszerre kiterjedő bántalom: az arterio-sclerosis, mely folytatódik több nemzedéken át cerebral haemorrhagiák, aneurysmák, aorta-bajok, arterialis szívbetegségek, kötőszöveti vesegyulladások alakjában”. El kell, vagyis kellene tehát választanunk azon eseteket, melyekben az előbbi okok is szerepelnek, de annál a kevésbé intelligens anyagnál, melyet a klinika szolgáltat, ez jó formán keresztülvihető. Az esetek nagy száma azonban mérsékli az így keletkezett hibákat. A 381 eset közül 63-ban (16%) lehetett öröklést ezen alapon kimutatni, elég nagy százalékban arra, hogy — bár magyarázni nem tudjuk — elfogadjuk a benne foglalt tényét.

A köszvényt és diabest illetőleg: *Houchard* a köszvény és nem a diabetes következményének tartja az edény megbetegedést, mivel csaknem mindig olyanoknál látott diabetes után vagy mellett arterio-sclerosis, kik egyúttal köszvényesek voltak. S *Croqui* tényleg mindkettőt a diathetikus testalkat közös következményének mondja, magát a diathesist pedig egy öröklékeny, az idegrendszer alterációjával összefüggő elváltozásnak tekinti; s e felfogás nagyon megegyezik az előbbi szerző azon véleményével, hogy az arterio-sclerosis praecox

egyetlen tünete lehet köszvényvel terhelt családokban az átöröklött bántalomnak. Hogy a klinikai esetekben ezen aetiologiai tényezőnek nem jutott szerep, az könnyen érthető, ismét az itt kezelt társadalmi osztály minőségéből.

A *chronikus rheumatismus* 43 esetben (11.3%) okolható mint előidéző tényező, mely bántalomról a mai felfogás úgy alakult, hogy az a diathetikus betegségek közül kiválóban van, s bár még nem végleges megegyezéssel, általában a legtöbb nézet szerint a fertőzéses csoportba volna helyezendő.

Azon tényezők közt, melyeket mint toxikus befolyásokat a mechanikai hatásmóddal bírók közé soroztunk, az *alcoholismus* az összes esetek közt csak 28-szor, azaz csekély 6.5%-ban szerepel. Különösen a klinikai beteganyag körében erősen elterjedt visszaélést a szeszes italokkal figyelembe véve, ezen százalék mellett nem lehet esodálcoznunk, ha vannak tekintélyek — mint pl. *Oettinger* —, kik ezen hatálynak tulajdonított aetiologiai szerepet túlzottnak tartják, vagy teljesen kétségbevonják. Hogy az említett százalékot kellőleg mérlegelhesünk, 400 olyan betegnél, kiknél arterio-sclerosis nincs jelen, s minden ezzel összefüggésbe hozható bántalom hiányzik, kik között a férfiak 65.7, a nők 33.3, tehát a tárgyalásnál alapul szolgáló 381 eset arányának megfelelő százalékban szerepelnek, kiknek kora 30—50 év között váltakozik, összeszámítottuk az alcoholistákat. Mindössze 10-et találtunk ilyen, azaz 2.5%-ot, szemben az arterio sclerotikusoknál talált 6.5%-kal. Figyelembe véve ezt és megfontolva, hogy a statistikánkban szereplő 95 hepatitis interstitialis közt 50 esetben (52.6%) alkohol volt kimutatható, mint fő előidéző tényező, s ez 50 között 19-szer — tehát 38%-ban — kisért a májbetegségét az arterio-sclerosis, továbbá, hogy az összes arterio-sclerosisok közt az alkoholhatás alatt fejlődhetett 28 esetnek az említett 19 eset 64.2%-a, azt kell mondanunk, hogy statistikánk alapján azok mellett kell helyet foglalunk, kik (*Bollinger, Houchard, Fraenkel* stb.) az alcoholismusként lényeges szerepet tulajdonítanak.

Saturnismus csak 2-szer (0.6%) szerepel az összes esetek aetiológiájában, ezek is csak a beteg foglalkozása kapcsán, egyéb ok hiányában, vétettek ide, a mi nagyon kevés arra, hogy következtetések alapja legyen. Az edénybetegedés magyarázata arterialis összehúzódás és tensio-emelkedés itt is. Ez lehet közvetlen oka a folyamatnak, de arthritis urica közvetítésével is létrehozhatja azt. A nicotin- és ergotin-hatás ugyanilyen alapú. És ugyanerre vezethetjük vissza a chronikus táplálkozási zavarok által feltételezett eseteket (381 közt 9 = 2.3%), melyekben a vesé relativ insufficientiája a felhalmozódó, nagy mennyiségű ptomainokkal szemben teremti meg a mérgezés lehetőségét. Ide kell sorolnunk a *Fraenkel* által kiemelt eseteket, melyekben a *túltáplálkozás*, főleg ha ülő életmóddal párosul, a köszvény és diabetesnek megfelelő oktani alapon — s éppen ezért ezekkel együttesen — eredményezi az arteriosclerosis.

A *testi túlfáradás* hasonló — tehát mechanikai alapon —, intoxicatio útján okozhat endarteriitist. A munka közben felhalmozott anyagok, melyeknek, megfelelő pihenés alatt elegendő idejük nincs a kiürülésre (*Ranke*: acidum lacticum; *Challan*: kreatin, kreatinin), hatnak így.

Végül az intoxicatiók csoportjába helyezzük az *öregkor befolyását*. Tudvalevőleg az agg korban élettani állapotnak tekintik a tárgyalta bántalmat és *Demenge*<sup>1</sup> 50 éven felül elhaltaknál, 500 autopsia közt egy esetet sem talált, melyben az arteriosclerosis hiányzott volna. Minden szerző (*Houchard, Oettinger, Bäumlér, Fraenkel*) említ ugyan eseteket, melyekben a legmagasabb korban is hiányzott az arteriosclerosis; sőt *Bäumlér* szerint az ütőerek senilis elváltozása lényegesen különbözik az arteriosclerosisától: mint csekély fokú, teljesen diffusz kötőszövet hypertrophia, mely minimalis bal szív túltengést okozhat, de tünetekkel egyébként nem jár. Ha ezen felfogást elfogadjuk is, természetesnek kell tartanunk, hogy a bántalom az idősebb kor tulajdonsága, s főleg a 41—60-ig terjedő 20 évé, mely az összes eseteknek 56.3%-át foglalja

<sup>1</sup> *Oettinger* idézetéből.



le, ha meggondoljuk, hogy a folyamat aetiologiájában mekkora szerepe van a legkevesebb ember által elkerült heveny fertőzéses bántalmaknak, a megbetegedések oly nagy százalékát kitevő malariának és luesnek, s hogy a társadalmi osztályok közt az alacsonyabbakban a testi túlesigázás egyestül az alcoholismussal, a magasabbakban a szellemi túlesigázás, ülő életmód, túltáplálás, alcoholismus mennyire elterjedt. Nos, mindezek, ha kiindulásul szolgálnak, mint csaknem minden eset mutatja, oly lassú folyamatnak vetik meg alapját, mely észrevehető tünetekben csak évek, évtizedek múlva nyilvánul. A folyamat szabály szerint a legnagyobb mértékben chronikus, ha a *Houchar* és *Martin* által felhozott acut esetek megállanak is, melyeknek lehetőségét ugyan *Fraenkel*, *Marchand* s a német szerzők általában kétségbe vonják. Számolnunk kell azután azon ú. n. korai öregséggel is, melyet az itt tárgyalt aetiologikus momentumok teremthetnek, s létrehozhatják az edényfal megbetegedését már a gyermekkorban, mint az néhány esetből ismeretes. De ezt a korai öregséget tulajdonképpen nemesak a 20-as, hanem a 40-es évekre is ki kellene terjesztenünk, melyekben szintén csak a kisebb évszámokban levő betegek aetiologikus tényezői teremtik meg a bántalmat, s ezért valódi senilis arterio-sclerosisnak csak azon eseteket kellene tartanunk, melyeket, a felsorolt tényezők hiányozván, egyedül a vérkésztetés zavara, s a szervezet desassimilációjának megindulása intoxicatiós alapon eredményez. Ezt pedig maga *Houchar* sem választja úgy külön, a ki klinice és boncztanilag kiemeli a két alak közötti különbséget. (A praecox arterio-sclerosisnál a zsigeri sclerosis, a valódi senilisénel az arterialis atheromatosis a túlnyomó, előbbinél subacut, utóbbinál idült a lefolyás.) A mi 381 esetünk közt 15 éven alul egy sincs, s 80 éves a legidősebb. A 40. évig folyton emelkedik a betegség százalékos aránya, ettől két decenniumban körülbelül állandó, minimalis eséssel az 50 és 60 között. Ezen túl nagy az esés: a kor maga megfogyasztván az alapul szolgáló anyagot.

(Folytatása következik.)

## A nervus facialis viszonya a hallószerv bántalmaihoz.<sup>1</sup>

Irta: *Tomka Samu* dr., fülörvos Budapestén.

Észleleteim és az irodalomban szétszórt esetek alapján a következőkben az arczideghüdések kórtana fogja megbeszélésem tárgyát képezni, melyet rendszeres képbe iparkodtam egybefoglalni.

Hogy minél nagyobb beteganyag felett rendelkezsem, melyből az otitikus arczideghüdések kórtana, lefolyása és kimenetelének eredményei levonhatók legyenek, nemesak az idevágó irodalomra és a bécsi fülklinikán több évi működésem, valamint magángyakorlatom alatt szerzett észleleteimre szorítkoztam, hanem nagyszámú esetet is bevontam e munkába, melyeket több kiváló fülörvos szívességből e célra rendelkezésemre bocsátott.

Célszerűnek tartottam e munkámban az otogen arczideghüdések kórtanát az arczideg boncztanai viszonyának leírásával kezdeni; ehhez csatlakoznak az összes észleletekből levont, az otogen arczideghüdések kórtanára vonatkozó általános következtetések és végül a fontosabb kóresetek rövid felemlítése.

### Boncztanai rész.

Az arczideg az oliváktól oldalt, a pons Varoli hátsó szélén, a nyúltagy törzséből két gyökkel lép ki. A mellső nagyobb gyök a negyedik agygyomrocs fenekén a szürke magból ered, a hátsó kisebb gyök ugyanitt a medial barázdától oldalt, saját eredési maggal. Ezen gyök neve portio intermedia Wrisbergii. Mindkét gyök a hallóideg barázdájába fekszik és ezzel együtt az arachnoidea és lágyagyburok folytatása által körülveve, belépnek a basalis dura mater folytatásától kibélelt belső hallójáratba. Ennek fenekén alulról két rostaszerűen átlikasztott mélyedés van a hallóideg ramus

vestibularis és ramus cochleae ágainak belépésére és ezek felett egy nyílás, a melyen az arczideg a halánték sziklaesontjába lép.

A belső hallójáratban az arczideg és hallóideg között létező összeköttetés felső és alsó; előbbi a portio intermedia Wrisbergii, utóbbi a ganglion geniculiból lép ki.

Miután a portio Wrisbergii egy finom ágacska által a hallóideggel anastomozált, az arczideg mellső ágával összeolvad; a n. acusticus és facialis úgy futnak le együtt a belső hallójáratban, hogy a facialis felül, az acusticus alól fekszik. A pyramisba belépő facialis a vestibulum felett a esiga és előcsarnok közt fut, belép azután a canalis Fallopiába és annak térdén, rostjainak egy részével a ganglion geniculit képezi. A geniculumhoz érve a facialis a belső dobüregfalán az ovalis ablak felett rézsutosan hát- és lefelé eső irányban a dobüreg hátsó fala felé fut; ezután csaknem derékszög alatt lefelé hajlik és a belső és hátsó dobüregfal határán az eminentia stapeditól medialis a foramen stylomastoideumba fut. A Fallop-esatornának az ovalis ablak felett futó része hátulról a canalis semicircularis externustól határoltatik és a dobüreg felé lécszerűleg emelkedik ki.

A Fallop-esatornának ezen részlete rejti magában az arczidegnek a hallószervhez közeli viszonyban álló részét. Ezen ideg két ága a chorda tympani és a nerv. stapedius már a ganglion geniculinal elágaznak, de kilépésük előtt egy darabig a facialis törzsével futnak. A nerv. stapedius a Fallop-esatorna kis nyílásán a musc. stapediusához hatol; a hol az izom közvetlen az arczidegen fekszik, az idegágacska direct az arczideg törzsétől az izomba lép (*Politzer*). A chorda tympani valamivel lejjebb a canaliculus chordaen keresztül a hátsó dobüregfalán lép a dobüregbe; végig fut a dobhártya belső felületén, a hátsó dobhártyaredő alsó szélé mentén az üllő hosszú nyújtványa és a kalapács markolata között a Glaser-féle hasadékhöz, itt elhagyja a dobüregtet és a nerv. lingualishoz lép.

A boncztanai variációk közül, melyek a hallószerv megbetegedésénél az arczideghüdések keletkezését elősegítik, megemlítenők:

1. A dobüregben a Fallop-esatorna dehiscenciája. Már rendes viszonyok közt is igen vékony a Fallop-esatornának eminentia pyramidalis felett eső része és gyakran esontheányokat mutat, melyeken a facialis szabadon fekvő ideghüvelyke közvetlenül a dobüreg nyákhártyájától van bevonva. *Henle* szerint<sup>1</sup> az előcsarnok ablak felett csaknem állandóan előfordul egy fibrosus hártával bevont ovalis nyílás, melynek analogiája némely gerinces állatnál a dobüregben szabadon fekvő arczidegnél található.

A dehiscencia egyszerűen a halántékesont fejlődéséből magyarázható. Az ébrényeknél ugyanis a Fallop-esatorna hártás, nyitott, a mely később annak széleitől kiinduló esontosodás által záratik be.

A esontosodásnak egyes helyeken való megakadása által jönnek létre a Fallop-esatornán a dehiscenciák.

Némelyek nézetei szerint a dehiscencia nyomás általi resorptio útján jön létre; mások szerint aggsági atrophia; azonban azt látjuk, hogy fiataloknál is előfordul.

Ezen esontheányok annyiban bírnak arczideghüdések keletkezésére gyakorlati jelentőséggel, a mennyiben a facialis ideghüvelykének a dobüreg nyákhártyájával közvetlen érintkezése által a lobos dobüreg folyamatok az arczidegre továbbterjesztetnek.

2. A legtöbb tankönyvben található ama körülmény, hogy az arteria stylomastoidea szintén a facialis-esatornában halad és úgy a facialis burkolatához, mint a középfül egy részéhez ágakat bocsát és így a táplálkozásban bizonyos mértékben egymással összefüggésben állanak, mi által az arczideghüdések keletkezését elősegíti. Ezen állítás azonban csak hypothesis-ként fogadható el.

### Aetiologia.

Az arczideghüdések aetiologiája számtalan esetben pontosan megállapítható, nem ritkán azonban határozott ok nem

<sup>1</sup> Előadás a budapesti kir. orvosegyesület 1896. márczius hó 28-dikán tartott rendes ülésén.

<sup>1</sup> Handbuch der Anatomie 1855. I. 147. old.



mutatható ki. Az otitikus arczideghüdések okaiul a következők említendők.

### 1. Meghülés. (1—14. eset.)

A behatás módja itt igen különböző. Egyszer az egész test általános meghülése után lép fel arczideghüde, máskor inkább localis ártalmak után, melyekhez a fejre és a fül tájékára beható léghuzam, hideg szél, hideg fejuhanyok és a külső halljáratba behatolt hideg víz számítandók.

### 2. A hallószerv localis megbetegedései

#### A) A fülkagyló és a külső halljárat bántalmái. (15—19. eset.)

A fülkagyló és külső halljáratra localizált megbetegedések igen ritkán vannak arczideghüdevel szövődve.

A hol a lobfolyamatnak az arczidegre való közvetlen behatása nem mutatható ki, valószínűleg a legtöbb esetben reflectorikus hűdés forog fenn. Ide számítandók a facialis paresisek és paralyisok herpes zoster auricularisnál (Politzer, Tomka), fülzsirdugasznál (Böke,<sup>1</sup> Czaiq<sup>2</sup>) és otitis externánál (Treitel).<sup>3</sup>

#### B) A középfül bántalmái.

##### a) Savós és nyákos hurutok. (20—28. eset.)

Ezeknél rendkívül ritkán fordulnak elő arczideghüdések. Egyes észleletek Politzer,<sup>4</sup> Tröltsch,<sup>5</sup> Wilde<sup>6</sup> és mások által közöltettek. Ezen esetekben valószínűleg legtöbbször a n. facialis ideghüvelyének és idegkötegeinek a dobüregből kiinduló időleges savós átmedvesülése forog fenn.

##### b) A középfül heveny lobja. (29—35. eset.)

Ezen alaknál valamivel gyakrabban fordulnak elő facialis paresisek, mint az egyszerű hurutoknál. Mindazonáltal csekély számúak az ezen csoportba tartozó esetek.

Az azelőtt oly gyakran „rheumatikus“ arczideghüdéseknek leirt esetek közül nagy töredék ezen csoportból határozottan kizárható, minthogy a leirt esetek legnagyobb számában a hallószerv vizsgálata hiányzik és nem szenved kétséget, hogy arczideg megbetegedéssel szövődött heveny középfüllobok gyakran a rheumatikus arczideghüdések csoportjába soroltattak.

Már Bérard és utána Deleau (1857.) arra figyelmeztettek, hogy arczideghüdeknél soha sem szabad a hallószerv megvizsgálását elmulasztanunk.

##### c) A dobüreg heveny, genyes lobja. (36—47. eset.)

A dobüreglob ezen alakjánál ritkán jönnek a facialis paresisek észlelés alá, és vagy mulók, de miként egyes észleletek mutatják (Böke), igen sokáig tarthatnak és a Fallop-esatorna cariosus szétroncsolásánál gyógyíthatlan hűdést okozhatnak.

##### d) Az idült dobüreg-genyedések. (48—76. eset.)

Ezeknél igen gyakran fejlődnek a facialis paresisek. Csekély fokú, csak pontos vizsgálat mellett észrevehető facialis paresisek egyszerű idült középfülgenyedéseknél meglehetősen gyakran észlelhetők. Ezek, a felületes vizsgálat mellett fel nem tűnő paresisek csak a nasolabial barázda gyenge elsimulása, a hűdött arczfélnek erősebb kiemelkedése és a megfelelő oldal arcizmának csökkent energiája által vannak karakterizálva. Kifejezett arczideghüdések Bezold<sup>7</sup> szerint az összes középfülgenyedéseknek csak 1%-ánál észleltettek. Az összes középfülgenyedések közül 0.5—0.6% facialis hűdés fordul elő.

##### e) A halántékesontnak genyes középfülfolyamatokból kiinduló cariosus nekrotikus megbetegedései, a melyek által a Fallop-esatorna a roncsolásba vonatik. (77—158. eset.)

Ezek az otitikus facialis paresisek leggyakoribb okai. Bezold<sup>8</sup> által saját észleleteiből és az irodalomból összegyűjt-

tott labyrinth-neerosisok között a facialis 83%-ban volt meg-támadva. Legjobban van veszélyeztetve az arczideg a töm-keleg tökéletes sequestratiója mellett, a felső előcsarnokrész-let necrosisánál és a belső dobüregfalnak a Fallop-esatornát magában rejtő hátsó részének cariesénél, míg egyedül a csiga necrotikus kilökésénél az arczideghüdések sokkal ritkábbak.

A heveny fertőző bántalmaktól, vagy az általános meg-betegedések által előidézett középfülgenyedések közül, melyek a fertőzés vagy egy fekélyesedési folyamatnak a Fallop-esatornára való áttérjedése által facialis hűdésekhez vezetnek, megemlítendők: 1. A vörhenyes-diphtheritikus középfülfolya-matok (Blau, Wreden). 2. A kanyarós középfülgenyedések (Schwartz). 3. A középfül nyákhártyájának tuberculotikus lobja (Gomperz, Habermann). 4. A typhosus középfülbántalmak (Hoffmann). 5. Syphilis (Buck, Tillmanns). 6. A leukaemia (Gellé).

Wreden 18 otitis media diphtheritica eset között 12 facialis paralyisist látott.

Widal és Isambert szerint a leukaemiánál az összes észlelt esetek 10%-ánál fordul elő arczideghüde.

### 3. Traumák.

a) A sértésnek a facialis-esatornára való közvetlen behatása által (159—201. eset) (szúrás, lövés stb.), vagy mint követ-kezménye a halántékesont türegeiben a trauma által előidézett genyes lobnak, továbbá a koponyaalap töréseinek, a melyek a halántékesontra áttérjednek és a melyeknél a repedés a Fallop-esatornán halad keresztül (Bruns).

A traumatikus facialis paresisekhez azon esetek is szá-mítandók, a melyek az idegen testeknek a fülből való eltávolítási kísérleteknél, továbbá a csecesnyujtványnak és a dobüreg-nek operatív megnyitásánál ismételtén észleltettek. A véső által ennél a facialis-esatorna sértése ép úgy bekövetkezhetik a csecesnyujtványnak tipikus megnyitásánál, a belső dobüregfal felé történő túlságos behatolás mellett, mint a Stacke és Küster által ajánlott, a dobüregnek és az antrumnak operatív megnyitási módszerénél. Ezen műtéteknél tehát, a melyeknek technikájába itt mélyebben nem bocsátkozhatom, figyelembe veendő a halljárat hátsó falának a facialis-esatorna leszálló ágához való topographikus viszonya, melynek leírását illetőleg a megfelelő szakkönyvekre utalunk. Megjegyzem azonban, hogy a sértés iránt a már különben is beteg facialis fogékonyabb, míg az ép ideg a traumák ellen sokkal ellenállóbb és a sérülés elég jó kórjóslatú.

b) Chemikus és thermikus behatások által (202—207. eset), a melyekhez a hallószervnek savak, alkaliák, olvasztott fémek, forró víz stb. beöntése által okozott marása számítandó.

#### 4. A hallószerv új képletei. (208—234. eset.)

Ide tartoznak a középfülből kiinduló polypok, a halán-tékesont sarcomái és carcinomái, a halántékesont exostosisa és hyperostosisa, a melyek az idült középfüllobok bizonyos alakjai-nál és a halántékesont syphilitikus bántalmainál fejlődnek és a facialis-esatorna roncsolása által az arczideg nagyfokú hűdését okozzák.

#### 5. A koponyaalap daganatai. (235—242. eset.)

A koponyaalap azon daganatai tartoznak e csoportba, melyek a belső halljáratba behatolnak és az arczideg és halló-ideg összenyomását vagy roncsolását okozzák.

Ezen esetekben a facialis-hűdés Politzer szerint mint első tünete lép fel a koponyaalap tumorjának, a miért is a köz-ponti megbetegedés gyanujánál a facialis beidegzési viszonyai-nak pontos vizsgálata mindig megejtendő.

\*\*\*

Röviden egybefoglalva, facialis-hűdés létrejöhet reflec-torikus úton, továbbá vérkeringési zavarok, a dobüreg vérbő-sége által, a mennyiben az arteria stylo-mastoidea nagyon megtelt és a n. facialisra nyomást gyakorol; ha a hyperaemia az ideg neurilemmájára áttérjed. A Fallop-esatorna deliscentiájá-nál elegendő a dobüreg nyákhártyájának duzzanata nyomás általi facialis-hűdés létrehozására, szintúgy létrejöhet nyo-mási facialis-hűdés hurutoknál, a váladéknak a dobüregben

<sup>1</sup> Arch. f. Ohrenheilk. XX.

<sup>2</sup> Canstatt 1869. II.

<sup>3</sup> Arch. f. Ohr. XXXI.

<sup>4</sup> Lehrbuch der Ohrenheilkunde.

<sup>5</sup> Lehrb. d. Ohrenh.

<sup>6</sup> Lehrb. d. Ohrenh.

<sup>7</sup> Zeitschrift f. Ohrenh. XVI.

<sup>8</sup> Labyrinthnecrose.



történt felhalmozódása által. Idült genyedéseknél, a heveny fertőző bántalmaknál fellépő facialis-hűdéseknek rendszeresen caries az oka. A dobüreg és csecsesont cariese a Fallopesatornát megnyithatja és ez által az idegnek genyes roncsolását okozhatja, minthogy az a lobosodási folyamatba bevonatik. A dobüregből kiinduló polyp vagy nyomás által okoz facialis-hűdést, a mennyiben a geny lefolyását meggátolja, vagy pedig magát az ideget nyomja. Nyomási hűdés létrejöhet továbbá hyperostotikus esont, újképletek, esontsarjadzások, syphilitikus vagy idült periostitis, az ideghüvely megvastagodott kötőszövetének, genynek nyomása által, miáltal az ideg felpuhulása és roncsolása okoztatik. Létrejöhet továbbá facialis-hűdés, ha a dobüreg lobja a n. stapedius vagy a chorda tympani által tovavezettetik, végül traumák által.

(Folytatása következik.)

## Közlemény az egyetemi II. belklinikáról.

### A paralysis spasticáról és az öröklött idegbajokról általában.

Irta: Jendrassik Ernő dr., egyetemi ny. rk. tanár.

(Folytatás.)

III. család. D. E családban a szülők egészségesek s idegrendszerük tekintetében sem mutatnak eltérést a rendestől. A szülők rokonságában hasonló baj nem fordult elő, sem más idegbaj. E szülőknek gyermekei a következők: 1. fiú, ma mintegy 25 éves, a ki egészségesnek tudja magát, testileg elég jól fejlett, de állandóan rossz arczsinnel bír, e mellett daczára szülei kiváló intelligenciájának, tanulmányaiban sehogys képes a haladásra, a munkától irtózik. 2. nő, mintegy 23 éves asszony, egészséges csecsemő anyja, szintén sok éven át volt fakó arczsinű. 3. K. és 4. I. a két beteg; mindkettő rendszeren időben született, s első életkorukban rendszeren fejlődött.

1. D. K., jelenleg 18 éves, elég jól fejlett, magas természetű nyulánk nő. 10 éves koráig egészséges volt, jól járkált, szaladgált (orvosuk ekkor már észrevette a széttérő kancsal-ság kezdetét s talán a járásban is némi rendellenességet), a midőn a beteg skarlátba esett, ezen betegség lefolyta után járása gyorsan rosszabbodott. Jelenleg, tehát 8 évvel a baj kezdete után a következő kóros tünetek állapíthatók meg rajta. Ülő helyzetben egyenes háttal egészen szabadon tartja felső testét, karjait is eléggé jól képes használni. Feltűnő azonban bizonytalan tekintete, a melynek leginkább szembe-ötölő oka széttérő kancsalításában rejlik. Szemmozgásai nagy fokban korlátozottak s ámbár szemei minden irányban képesek némi kitérésre, ez csak a rendesnél kisebb szöglet alatt, s ingadozó, rángatózó módon megy végbe. Belső szemizmai jól működnek, pupillái egyenlők, látása azonban alig képes többre mint ujjak számolására, de ezen látóképességét sem használhatja fel egészen, mert egyenesen fixálni egy pontot nem tud, miután látó centrumában skotomája van, a mely mindkét szemén mintegy 5—10°-nyi kiterjedésben állapítható meg, ennek folytán csak a centrumhoz közel eső, de abba nem jutott képeket veszi észre. Így a kártyákat, dominót, nagyobb betűket mintegy lopva, az által ismeri meg, hogy tekintetét az illető tárgy irányában vezeti el. A mit így egy pillantásra felkap, azt megismeri, sőt egyes nagyobb betűket is megnevez, de arra már nem képes, hogy egymás mellett álló betűket szóvá fonjon össze, mivel a látóérzékünk természetében rejlik, hogy a periferián észrevett, de jobban megismerni kívánt tárgyat a látás központjába juttatja, ennek az ilyen beteg sem képes ellenállni, s azon pillanatban eltűnik szeme elől a kép. Hasonlóan kergetjük *mouches volantes*-jainkat, iparkodva azokat látásunk központjába hozni. Látóterei a periferián, a mennyire ezen vizsgálat a tekintet folyton ingadozó volta mellett lehetséges, nem látszanak jelentősen szűkültek, pontosabb vizsgálatot kivinni nem lehet. A színérvés nagy mértékben csökkent, sőt látóterének csak igen csekély részén ismer fel egyáltalában egy-két színt, s ezen területet sem

találja meg mindig. A szemtükör az atrofia n. optici legkifejezettebb képét tárja elénk: a papillák krétafehérek, éles határuak, az erekben nincs változás.

Az arcizmok, a nyelv jól mozognak. A felső végtagok valamint a törzsök és hasizmok úgy erőben mint ügyességben teljesen épek. A beteg lehajolni, kiegyenesedni egészen rendszeren képes, kezeit jól használja. Kezei folyton izzadnak. Az alsó végtagokon fekvő helyzetben feltűnő a pes varo-equinus állás, e mellett a lábtalp homorulata erősen kifejezett, s az ujjak befelé fordultak. A lábikrák vékonyak, de izomatrofiának nyoma nélkül, a gastroknémusok tömött tapintatúak. A czombizmok jól tápláltak. A czombok mozgása úgy erőben, mint kiterjedésben jó, csak hogy a mozgások kissé lassan történnek. A térdizületben is elég jól mozgatja a beteg alszárát, lábát felhajlítani azonban nem képes, sőt ezen mozgás jobb lábán passiven is csak nagy nehézséggel, a balon pedig még nagy erő kifejtése mellett sem lehetséges. A beteg ülő helyzetéből felállani csak támaszkodás mellett képes, s egy helyben megállani nehezebbre esik; a lakásban (a padló nincs viaszkkal beeresztve!) meg a kertben bátran járkál, s el nem esik. Járása igen nagy mértékben hibás: a lépésben az előrejutó láb cipőjének orra befelé fordul s a földet súrolja, s e mellett a beteg elég nagyokat lép, törzsöke azonban ingómozgásban minden lépéskor a testsúlyát viselő láb oldalára dől; ezen ingadozás oly nagy mértékű, hogy a törzsök hossz tengelyének elhajlása mindkét oldalt a 45°-ot eléri, s a néző alig tudja megérteni a test egyensúlyának fennmaradását.

A térdreflexek nagy mértékben fokozottak, ismételt ütögetésre állandóan összehúzódik a quadriceps. A lábtünet is kiváltható.

Az érzés az egész testen hibátlan. A vizeles és szék rendesek. Szervi baj nincs jelen.

Sajátságos a beteg kedélyi állapota. Szülei makranczosnak, akaratosnak mondják; beszédben úgy látszik élénk fel-fogású, bár tanulni sohasem szeretett s jelenleg egész napját dominózás, kártyázással, beszélgetéssel s a kertben való foglalkozással tölti. *Látás zavaráról nincs teljes tudomása* (legalább nem arányban látása rosszabbodásával), úgy annyira, hogy ezen irányban nem igen panaszkodik s szülei sem voltak tisztában látóképességének állapotával.

2 D. J., jelenleg 10 éves, jól fejlett, értelmes arcú leány. E kis beteg 9 éves koráig egészséges volt, könnyen és jól szaladt, ugrott. Ezen időtájt azonban szülei észrevették, hogy a kis leány minden felismerhető ok nélkül, mind rosszabbul jár, néha el is esik. Ezen állapot fájdalom nélkül fejlődött ki, s néhány hónap alatt elég jelentékeny fokra hágott. Jelenleg (1896. telén) a következő állapotot jegyezhettem fel róla. A gyermek szemeivel szabadon tekint minden irányban, két szemmel nyugodtan fixál egy pontot, azt asszociáltan követi, s csak, ha egyik szemét eltakarjuk, tér ki ezen szemre igen könnyen. Látása a rendes ötödrészenek felel meg, színérvése 1—2 méter távolságban már nem nagyon megbízható, a sötét színeket feketének látja. Csinosan ír, jól olvas. Látótere jelentékenyen nem szűkült. Pupillái egyenlők, jól reagálnak. A szemfenékben erősen kifejezett atrofia n. opt.: a papillák, kivéve belső felüket, a hol még halvány rózsaszínű árnyalat vehető ki, kissé kekesbe játszó fehérek. A szemek egyébként rendszeren viszonyok.

A kis beteg arc-, nyak-, hát-, mell- és hasizmai jól működnek. Fekvő helyzetben lábai szintén pes equino varus tartásban vannak, bár nem annyira kifejezetten, mint idősebb nőtestvérén. A lábak felhajlítása passiven sikerül, aktiven csak tökéletlenül. Egyébként az alsó végtagok mozgásai a rendszeren terjedelemben s jó erővel, de feltűnő lassúsággal s merevséggel történnek. Állani jól tud, ámbár ilyenkor felső testével szintén kissé előredől, járásban lábai befelé fordulnak, derekában oldalingást nem végez, de apró lépésekkel halad az által, hogy medenczéjének a megtámasztott lábbal ellenkező felét tolja előre.

A térdreflex erősen fokozott; a lábtünet is kiváltható. A többi reflex rendszeren magatartású. A hipertonia az alsó végtagok izomzatában nyilvánvaló.



Az érzés minden alakjában teljesen ép.

A vizelés és szék rendesek.

A belső szervek teljesen épek.

A beteg türelmes, engedelmes gyermek, de úgy látszik szintén nincsen tisztában látása gyengülésével, sőt erről még szülei sem tudnak. Úgy látszik, hogy az ilyen igen lassan támadó látóideg sorvadás ilyen fiatal egyéneken nem jön annyira öntudatra mint a látás-zavarok különben; a betegek arányban látásuk fogyásával hozzászoknak látóképességük megmaradó részletéhez és soká nem is sejtik, hogy többet is lehetne látni. Ha saját indítatomból ezen gyermekek látását nem vizsgálom, talán észrevétlenül maradt volna ezen tünet, s meglehet, hogy ha ezentúl több figyelmet fogunk ezen tünetre fordítani, gyakrabban fogunk a látóideg sorvadásával ilyen kórállapotban találkozni.

\*\*\*

Összegezve ezen észleleteket kitűnik, miszerint súlyos családi kóralakokkal van ezen esetekben dolgunk; a klinikai kórkép első sorban a paralysis spastica tüneteit mutatja s a kórjelzést lehetetlen másra mint ezen bántalom családi alakjára tennünk. Ezen bántalom még igen kevéssé ismert s az irodalomban alig van pár eset feljegyezve, ezeknek is egy része más czim alatt.

Az alábbiakban megkísérlem ezen kóralak klinikai és kórtani részét fejtegetni eseteim és az irodalomban található adatok alapján.

A kórtörténetekből láttuk, hogy az első családban, a melynek csak egy tagját vizsgálhattam meg, a betegség tünetei, ámbár kisebb fokban, már a harmadik generációban jelentkeznek, a másik két családban ellenben a felmenő rokonok közt hasonló betegséget nem észleltek. A kórkép súlyossága az első családban sokkal kisebb, mint az utóbbiakban, ez magyarázhatja azon körülményt, hogy amott öröklési viszony forog fenn, míg emitt a baj csak egy nemzedékre terjed. De végre is ezen esetekben ugyancsak meg kellett lenni a hibának már a szülőkben is, ha kifejezésre nem is jutott az, ép úgy a mint hasonló kórformák gyakran az egészségesnek látszó, s mozgási képességükben teljesen megmaradó nők útján (*Seeligmüller*, *Pelissaeus*) jöttek világra. Feltűnő ezen esetek átöröklésének hasonlósága a hemofiliás családok öröklési viszonyaihoz. Eseteimből a megbetegedett nők száma nagyobb mint a férfiaké (4:2); ezen körülmény eltér az eddigi tapasztalatoktól, s bár általában a férfi-nem többségben látszik lenni, úgy mégis ezen többség talán nem oly nagy, mint azt eddig hitték.

Kórokilag kimagasló jelentőségű körülményként a szülők közeli rokonsága vagy egyik szülő közeli rokonságban levő szülőtől származása emelkedik ki. Az első családban, a melyben a kórkép sem oly jellegzetes, a rokonsági viszony nem sokat mond. A fiú anyjának dédszülei testvérek voltak, ha azonban meggondoljuk, hogy a bántalom a fiú apjának állítása szerint már a fiú nagyanyján kimutatható, úgy ezen kórokilag tényező jelentékenyen közelebb jut a megbetegedett családtagokhoz. A második családban a gyermekek nagyszülői testvérek (az atyjok anyja és anyjok apja), a harmadik családban pedig a leányok szülei unokatestvérek (a gyermekek anyjának nagyanyja és a gyermekek apjának anyja testvérek voltak).

A szülők rokonságának tényleges befolyása még feltűnőbbé válik, ha az irodalmi adatokban széttekintünk. *Erb* betegeinek szülei többszörös közeli rokonságban állottak egymással; *Freud*<sup>1</sup> két kis testvér — betegének anyja atyjuk — nőtestvéreinek lánya volt; idevágó esetet találunk *Naef*<sup>2</sup> merevgöresös bénulásban szenvedő betegei között: másodfokú rokonság az atyai ágon; *Rupprecht*<sup>3</sup> egy valószínűleg ide tartozó esetében a szülők nőtestvérek gyermekei voltak. Az észlelők figyelme azonban ezen némileg szokatlan tényezőre csak ritkán terjedt ki, s ha talán ezen irányban nagyobb gondal fogjuk gyűjteni adatainkat, valószínűleg ezen oki momentum is gyakrabban fog felmerülni. Értelmezni ezen jelenséget, úgy vélem, akként lehetne, hogy ha ilyenkor hasonló diszposíciók

kerülnek össze mindkét szülő részéről, az utódok még nagyobb mértékben vannak a kórfolyamatnak kitéve. A dispositio néha bizonyos testalkotási sajátosságokban jut kifejezésre s gondosabb megfigyelés valószínűleg fog ezen tekintetben még értékes adatokat eredményezni; eseteimből feltűnő az első családban a kezek és lábak kurta szabása, a harmadik családban a gyermekek atyjának nőtestvérei izmos, férfias végtagokkal bírnak, vékony lábikrákkal, testalkotásuk élénken emlékeztet főleg idősebb betegünkre. Hasonló viszonyt láttam egy dystrofiás fiú épmozgású 20 éves nővérén, a ki többi testével nem arányos, vékony, nem nőies lábikrákkal bír. *Souques*<sup>4</sup> esetében a betegek anyján felülően fokozott térdreflex volt, hasonlóan *Newmark* két családban észlelte ezen magatartást. Ide tartozik még eseteim harmadik családjában a többi gyermek fent jelzett nem egészen rendesnek látszó szervezete.

Egyes esetekben a betegek hozzátartozói más, alkalmi okokat is sorolnak fel, a melyekből a bántalom eredetét származtatják. Így harmadik családban idősebbik betegének baját anyja skarlátból kifejlődöttnek mondja, ezzel szemben azonban kiderült, hogy a gyermek széttérő kancsalsága már előbb kezdődött, sőt házi orvosuk már a kis leány járását előbb nem találta egészen rendesnek. *Souques* egyik betegén is némi lázas bántalom után látszott kezdődni a merevgöresös állapot, de mindkét család eseteiben a valószínű eredetre világot vet a testvérek teljesen hasonló megbetegedése ilyen alkalmi ok nélkül.

A mi a kórképet illeti, úgy az észlelt eseteink közül egy a paralysis spin. spastica tiszta alakját tárta elénk, második és harmadik esetünkben némi beszéleti nehézség, a második és negyedikben főleg a strabismus divergens ragadja meg figyelmünket. Ezen tünetre vonatkozólag felemlíthetem, hogy az a közölt esetek jelentékeny számában van feljegyezve: *Schultze*<sup>5</sup> 3 gyermekben, *Bernhardt* s mások is több esetben jelezték, úgyannyira, hogy *Feer*, a ki a gyermekek diplegiáinak eseteit tanulmányozta, ezek között mintegy 30%-ban látta. Legtöbbször strabismus convergens van jelen; mi, úgy azon még elég jó látó (K. H.), mint másik nagyon hibás látású (D. K.) betegünkön széttérő kancsalságot állapítottunk meg. Hajlandó volnék azonban ezen széttérő kancsalságot a látás esőkkedésére visszavezetni.

Csaknem páratlanul áll az irodalomban utóbbi négy esetünk, a melyekben a paralysis spin. spastica tiszta kórképét a látóidegek igen előrehaladott sorvadása kíséri. *Nonne* és *Freud* betegein is kifejlődött ugyan az optikus atrofia, de ezen esetekben a kórkép más súlyos tünetekkel is volt szövődve, hasonlóképen *Pelissaeus* és *Sachs*<sup>6</sup> betegei a merevgöresös bénulás s látóidegsorvadás mellett még idiotává is lettek. *Bernhardt*<sup>4</sup> esete sem egészen tiszta s ott látási zavar nem is volt, a papilla pedig csak „talán kissé halványabb”-nak látszott a rendesnél.

(Folytatása következik.)

## Apróbb klinikai, kórházi és laboratoriumi tapasztalatok.

### Thanatol.

Abban az időben, a midőn a klinikusok a bükkfakátránykreosotnak bactericid hatását jobban kezdték méltányolni és ezért a therapiában kiterjedtebben alkalmazni, arra a gondolatra jöttem, hogy előállítom a pyrocatechin aethylaetherét, s azt úgy bactericid hatására, mint gyógyértékére kipróbáltatom. E szándékra az a gondolatmenet vezetett, hogy a kreosotnak fő alkotó része a guajakol lévén, a kreosot hatása bizonyára ezen alkotórésznek tulajdonítható.<sup>5</sup> Úgy de a guajakol nem más, mint a pyrocatechin-

<sup>1</sup> Revue neurologique. 1895. 1. sz.

<sup>2</sup> D. med. Wochenschrift. 1889. 15. sz.

<sup>3</sup> Sachs. A treatise on the nervous diseases of children. London. 1896. 398. l.

<sup>4</sup> Virchow Archiv 126. k. 61. l.

<sup>5</sup> Magának a tiszta guajakolnak therapiái hatása ez időben (1889.) tudtommal még nem volt kipróbálva.

<sup>1</sup> Neurol. Centralblatt. 1893. 512. l.

<sup>2</sup> Naef. Die spastische Spinalparalyse. Zürich, 1885. 21. l.

<sup>3</sup> Sammlung klin. Vorträge. 198.



nek a methylaethere, s ha már most figyelembe vesszük azt a tapasztalati tény, hogy a magasabbrendű alkoholgyököket tartalmazó származékok (legalább egy bizonyos határig) általában energikusabb physiologiai hatásúak, mint az alacsonyabb rendűeket tartalmazók, a priori valószínűnek látszott, hogy a pyrocatechin aethylaetherének fokozottabb bactericid hatása és analog, de fokozottabb gyógytani értéke lesz, mint a guajakolnak és még sokkal fokozottabb, mint a tisztátalan guajakolnak tekinthető kreosotnak.

A tények úgy látszik igazolták e feltevést. A pyrocatechinnek még elő nem állított aethylaetherét kisebb mennyiségben aránylag könnyen sikerült tisztán előállítanom. E mennyiség azonban a készítmény azonosságának és chemiai viselkedésének megállapítására volt szükséges. Később valamivel nagyobb mennyiséget állítottam belőle elő, s *Udránszky László* dr. egyet. tanár urat kértem fel bactericid hatásának kipróbálására, ki úgy ezt, mint az állatkísérleteket elvégezni szíves volt. Nem terjeszkedhetem itt ki az e téren elért eredményekre, a mennyiben bizonyára *Udránszky* tanár lesz szíves azt alkalmilag megtenni, csupán annyit említek meg, hogy a bacteriologikus kísérletek eredménye és a szernek bebizonyult relatív ártalmatlansága kiváló helyet látszanak annak biztosítani az újabb gyógyszerek sorában, s jelentékeny fölényt a ma már annyira elterjedt guajakol felett.

*Thanatol*-nak neveztem röviden ez új vegyületet, részint erős bakteriumölő hatására való tekintettel, részint pedig hálás reflexióval *Than Károly* úrnak, a budapesti egyetem ismert chemiai tanárának nevére, kinek tanszéke mellett akkoriban assistens voltam. Az oly végzet a phenolokra, minő (félíg) e vegyület is, obligát.

E néhány felületes sort ez alkalommal azért publikálom, hogy prioritásomat megóvjam e vegyület előállítására és gyógyászati czélokra való alkalmazására tekintetben, a mennyiben a németországi és osztrák gyógyszerészeti lapok e heti számában azt a rövid közleményt olvasom, hogy *Merck E.* ismert darmstadti gyáros e vegyületet előállította és *guacetholnak* nevezte el. Hatásáról csupán annyit ír, hogy *J. v. Mering* tanár azt lényegesen jobbnak találta a guajacolénál.

K. Karlovsky Géza.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIX. rendes ülés, 1896. október 31-dikén.)

Elnök: *Pertik Ottó*; jegyző: *Imrédy Béla*.

#### Pillaszór az elülső csarnokban.

*Grósz Emil*. K. Gy., 20 éves férfi bal szeme október 16-dikán szegelés közben sérült. Ez alkalommal juthatott be az elülső csarnokba az abban barántul helyet foglaló pillaszór. A klinikán október 19-dikén jelentkezett, s mivel izgalom máris mutatkozott, október 20-dikán *Schulek* tanár a bemeneti nyílást tágtíva kis iridectomia kíséretében a bemutatott pillaszórt kihúzta. A gyógyulás zavartalan, a látás teljes, s mivel — mint rendesen — gondoskodtak, hogy az irisből a sebben semmi se maradjon, a gyógyulás végleges is. Néha ugyan a pillaszórök évekig izgalom nélkül bennmaradhatnak a csarnokban, végül az eltávolításra mégis csak reákerül sor. Hogy az csak előnyös, ha ez minél előbb történik, azt adott eset is igazolja.

#### Cataracta congenita esete.

*Grósz Emil*. G. R., 13 hónapos kis leány szürke hályogját már születése után észrevették. Minthogy discissio alkalmával a tok ellentállónak s maga a hályog duzzadásra és felszívódásra alkalmatlannak bizonyult, egy héttel utóbb narcosisban linearis seben át csipővel tokostól távolították el a hályogokat: az egyiket *Blaskovics Fridolin* tanársegéd, a másikat *bemutató*. A gyógyulás zavartalan, s a pupilla koromfekete. Mint az eset igazolja, az extractio ily korban is jó sikerrel végezhető.

Öröklékenységre nincs adat, bár mint ismeretes, *Grósz Frigyes* 1839-ben egy napon 6 e bajban szenvedő fiútestvért operált. Ismeretes továbbá, hogy e baj az angol királyi családban is öröklékeny volt.

#### Ektopia lentis esete.

*Grósz Emil*. F. A., 12 éves fiú születése óta rosszul lát. Bal szemét 1894-ben másutt operálták, mire nagy gyuladása keletkezett, úgy hogy e szemét el is távolították. Jobb szemén pár nap előtt még j obban megromlott a látása, a klinikára való felvételkor + 6.0 D-val  $\frac{5}{30}$ -t látott, iris rezeg, lenese csak alul fixált, s élénken libeg. Minthogy e helyzetéből csak végzetessé válható üvegtest veszteséggel lehetett

volna eltávolítani, a beavatkozást pedig az élénk libegés, a glaucoma, a retina-leválás, a sugártest gyuladás miatt sürgette: *bemutató* a fiúcskát térdkönyökkló helyzetbe hozta s így sikerült mesterséges pupillatágítás után a lenesét az elülső csarnokba hozni. Pilocarpinnal megsűkítve a pupillát, cocain-érzéstelenítés mellett aláfélé készített sebon eltávolította a lenesét. A gyógyulás zavartalan s a látás:  $\frac{5}{30}$ .

*Bemutató* tehát adott esetben eltért az általa a Szemészet 1894. 3. számában ajánlott és ismételve sikeresen gyakorolt módtól, mely abban áll, hogy ellenkezőleg az általános szokástól inkább felfelé ejt lebenyes sebet, mivel a felülről való eltávolítás ez esetben csak erőszakos kanalizálás útján lehetett volna. Az eredmény igazolja az eljárás helyességét. Az ektopia öröklékeny; *bemutató* ismer családot, melyben 3 fiú anyjától örökölte a bajt. adott esetben nincs reá adat. Eredete nem világos, mert hogy nem lehet egyszerűen az ébrényi szemrésszel összefüggésbe hozni, azt ez eset is igazolja, melyben ellentétben a szokott módtól épen aláfélé volt helyezve a lenese.

*Goldzieher Vilmos*. A f. év márciusában mutatott be a poliklinikai egyesületben egy ektopia lentis esetet, mely egy 23 éves, legnagyobb mértékben myopiás egyénre vonatkozott, kinek másik szemén már évek óta észlelte az ektopiát, s ajánlotta az operációt, mibe azonban a beteg csak akkor egyezett bele, mikor a lenese a mellő csarnokba előesett és nagy fájdalmak léptek fel; az extractiót lefelé végezte; mikor a szaruhártyára bemetszett, a lenese beesett és nagy mennyiségű üvegtest folyt ki; ekkor az operációt abba hagyta, s csak a harmadik operatív beavatkozás óta sikerült a lenesét eltávolítani, a mikor ismét oly nagy mennyiségű üvegtest folyt ki, hogy a szemteke, mint egy üres zsák, összeesett, s a cornea még a 2—3-dik napon is ráncokba volt szedhető; a szem azonban szépen gyógyult és az illető lát; ezen eset is bizonyítja, hogy az üvegtest veszteséget a szem jól tűri.

Érdekes ezen eset további lefolyása; ugyanis a lenese eltávolítása után, melyet iridectomiával végzett, úgy hogy széles coloboma maradt vissza, glaucoma lépett fel, a szemteke igen kemény lett, fájdalmak jelentkeztek, papilla-excavatio fejlődött ki, s csak a folytonos pilocarpin becseppentéssel sikerült a glaucomát meggyógyítani; hogy mi volt a glaucoma oka, nagyon homályos szöveg előtt: talán az igen nagy mérvű chorioidealis sorvadás, mely oly nagy fokú volt, hogy az üvegtesten át a szem hátterét látni lehetett; az érhártya sorvadását a glaucoma előidézésében okul tudja be.

A cataracta congenita esetet illetően, épen 9 éve, hogy az orvos-egyesületben hasonló esetet mutatott be, akkor még egy esetről tett említést és e tárgyról bővebben szólt; az operatív beavatkozás módját illetően osztja előadók nézetét, hogy mielőbb kell operálni és pedig nem árt extractiót végezni, mert a discissio sok esetben épen nem használ, mint arról, mint consiliarius is, egy esetben meggyőződött, miután a lenesetek sokszor oly vastag és kemény, hogy a tű nem hatol be a lenesébe; adott esetben tehát nem kell sokáig várni, hanem extractiót kell végezni.

*Grósz Emil*. Azt hiszi, hogy igaza van *Schulek* tanárnak, mikor azt mondja, hogy ha a luxált cataracta operáláskor nem távolítható el könnyű szerrel, akkor is erőszakolni kell, mert más alkalommal még rosszabbak lesznek a viszonyok, de jobbak nem.

Az aphakiában szenvedő betegek glaucomájának pedig legtöbbször a benőtt iris az oka, persze ez nem adott esetre áll, melyet nem látott. Ezért *Schulek* iskolája mindig nagy súlyt helyez arra, hogy operáláskor iris ne maradjon a sebben.

#### Alsár-törés ambuláner gyógyított esetei.

*Dollinger Gyula*. *Dollinger* bemutat egy betegét czombtöréssel és két betegét alsár-töréssel, a kiket fennjárólgyógykezel. Eddig összesen 77 esetben alkalmazott az alsó végtagok csonttöréseinél járókötést és pedig 49 alsár-törésnél és 28 czombtörésnél. A kötést fedett, nem complicált törésnél azonnal alkalmazza, a mint a betegét a kórházba hozzák, egyik-másik esetben egy-két órával a törés létrejötte után. A betegek rendszeren a maguk lábán mennek a műtőteremből a kórterembe és csak törődött aggok vagy oly betegek nem bírnak a kötéssel járni, a kik egyéb sérüléseket is szenvedtek, pl. kulcsesonttörést vagy erős izomzúzásokat a másik alsó végtagon. A kórházi ápolást a járókötés nagyon megkönnyíti s a kötés eltávolítása után a betegek úgyszólván azonnal járhatnak, míg a fekvő kezelés után a betegnek erre több napra van szüksége. D. a járókötések feltevését újabban több tekintetben egyszerűsítette. Ezen egyszerűsítések az alsárkötések feltevésére egyszerű haránttörésnél, továbbá erős rövidüléssel járó ferde alsár-törésekre és végre a czombtörésnél alkalmazott kötés pelottájának helyes és könnyebb alkalmazására vonatkoznak. D. ezen módszereket bemutatja. Általuk a kötések feltevése meg van rövidítve és könnyítve.

#### A diphtheria elleni serum alkalmazásának eredményei Magyarországon.

*Békéssy Géza*. Az egészségügyi legfelsőbb hatóság már 1894. év végén gondoskodott arról, hogy a diphtheria-serummal való kezelés az országban minél terjedtebb körben bevezetessék. A midőn 1895. február havában körrendeletileg értesítették a törvényhatóságokat, hogy a belügyi kormányzat a rendelkezésére álló Roux-féle serumból az ország szegénysorsú lakóinak díjtalanul jutattani hajlandó, egyúttal felhívta, hogy a gyógyító oltások eredményéről a leküldött kérdőívek kitöltésével kimutatásokat szerkeszzenek a végből, hogy az ily módon összegyűjtött adatokból a kinalkozó tanulságok levonhatók legyenek.

Az országból ily módon összegyűjtött adatok, a melyek részben 1896., nagy részben pedig 1895. évben végzett curatív és praeventív oltásokra vonatkoznak, az alábbiakban vannak csoportosítva.



A gyógyító esetek száma kerületenkint a következő:

	Serummal kezelt esetek száma	Gyógyult	Halálozás
Duna balpartja . . . . .	872	706	19.20%
Duna jobbpartja . . . . .	1380	1141	17.30%
Duna-Tisza köze . . . . .	1494	1247	16.50%
Tisza jobbpartja . . . . .	878	695	20.90%
Tisza balpartja . . . . .	1093	881	19.30%
Tisza-Maros szöge . . . . .	793	652	17.70%
Erdély . . . . .	1167	974	16.50%
Fiume város és ker. . . . .	146	124	15.00%
Kórházakban . . . . .	1090	788	27.70%
Összesen . . . . .	8912	7208	19.10%

Ezek szerint az összes kezelt betegek 19.10%-a halt el. Magyarországon a mortalitás a serum használata előtt a járvány kimutatások szerint 40–43% között ingadozott, tehát 20–23% javulás éretett el a serummal kezeltéknél. A kórházi esetektől, melyeknek halálzási %-a mindig kedvezőlenebb volt, valamint azon 40 bejelentett halálesettől, melyek haldokolva vétekkel kezelés alá, vagy a befecskenés után 12 órán belül bekövetkezett halálesetektől eltekintve, 17.30% a halálozás. E szám egészben egybehangzó a külföldön elért eredményekkel.

A kórházakban kezelt esetek mortalitása 27.70%. A kórházi jól kórimézett súlyosabb esetek mortalitása a serum bevezetése előtt 45–55% között mozgott. Tehát a javulás ép oly mérvű, mint a magán-gyakorlatban kezelt eseteknél.

A serum alkalmazásának az eredménye a járvány kimutatásban is feltűnő. Míg 1894-dik év november haváig (ez időben nyert kiterjedtebb alkalmazást hazánkban a serum) a halálozás 37–52% között hullámzik, addig december hóban, mikor rendszeren legmagasabb a halálozás, évi minimumára: 35.6%-ra süllyed alá; 1895-ben már a halálozás maximuma (37.6%) 14.8%-kal, 1896-ban pedig 18.8%-kal kisebb az 1894. évi halálzási arányszámmal.

Ez évben 30.4% az általános halálozás a járvány kimutatások szerint, a mi arra enged következtetni, hogy mintegy 13% serummal nem kezeltetett.

A serum korai alkalmazásának fontosságát tanúsítja, hogy a két első napon beoltottak halálzási mintegy 14%-kal kedvezőbb a 3. és 4. napon beoltottakénál.

A beoltottak halálzási kóralak szerint: torok diphth.: 13.40%, gége diphth.: 38.70%, vegyes alak: 42.10%. Ezek szerint a larynx affectiójával feljegyzett esetek halálzási 39.70%. Operatív eset összesen 372 jegyeztetett fel, 182, vagyis 48.90% halálzással. A befecskenés után fellépett kútegről 44 esetben, veselobról 22 esetben, az ízületek affectiójáról 6 esetben, hűdésekről 48 esetben, a befecskenés helyén fellépett tályogról 17 esetben találni feljegyzéseket.

A feljegyzett 344 praeventive beoltottból a feljegyzések szerint 8 betegedett meg diphtheriában.

A kezelt betegek és praeventive oltottak között oly haláleset, mely a serum alkalmazásával okozati összefüggésben lett volna, nem jegyeztetett fel.

## Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1896. október 21-dikén.)

Elnök: Boleman István; jegyző: Tihanyi Mór.

### Lingua geographica syphillisben szenvedő egyénen.

Róna Sámuel. A 18 éves virgo szeptember 5-dikén jött az osztályra ajksclerosis nyomaival, általános foltos syphilliddel, papulákkal a tonsillákon és egy a syphillistől független nyelv-laesióval: lingua geographica. Ezen utóbbi bántalom már régen meg volt a syphillis szerzése előtt és nem javult absolute az antilueses kezelésre, 40 bedörzsölés á 5 gm. sem.

A lingua geographica a nyelv felhámjának felső rétegeitől megfosztott vörös, a nyelv niveauja alatt álló foltok láthatók, melyek feketés-sárgás 1–2 mm. szegélyvel körülvettek. Főleg a nyelv szélein és alsó felületén a szélhez közel keletkeznek, azonban néha a nyelv egész háti felszíne telve van ilyen foltokkal és terjeszkedésük, összeolvadásuk által kigyózó, sárga csíkokkal bekerített vörösebb területeket képeznek. Az egész folyamat lényege egy *glossitis superficialis exfoliativa, serpiniginosa*.

Igen gyakran észlelhető a glossitis geographica mellett *glossitis dissecans* is; mint a bemutatott esetben is, a mikor a nyelv felületén és szélén keresztül-kasúl barázdák képződnek, melyeknek fenekén néha felhámfoszlások, repedések láthatók. Mindkét alaknál néha nagy fájdalom nyilvánul evésnél, beszédnél, dohánzásnál. A baj igen chronicus. Én még nem láttam egy esetet sem gyógyulni, jóllehet egyes eseteket évekig észleltem, olyanokat, a kiket sorban kezeltek a legkitünőbb hazai és külföldi szakemberek.

Az idültég mellett még az a nagy baj a betegre nézve, hogy igen sok orvos a laesiót syphillisnek nézi és a beteget az ellen kezeli. Észleltem egy beteget, a ki 4 kgm. jodkalit szedett be egy pár év alatt lingua geographica miatt. E bajnak a mint mondom semmi köze a syphillishoz, de nincs a *teukoplakiához* sem. Aetiologiája teljesen homályos.

### Meningo-myelitis syphilitica gyógyult esete.

Hochhalt Károly. Cs. B., 36 éves férjes asszony állítja, hogy hajadon korában teljesen egészséges volt, 15 év előtt férjhez ment, házassága első évében abortált, azután meddő maradt. Négy év előtt száj- és torokfekélyei támadtak, miért a gégészeti osztályon hat ciklus bedörzsölés alkalmaztatott nála; azután még hosszabb ideig jodkalit vett. Utolsó baja 1894. év december havában keletkezett, mely időben derékfájdalmi támadtak, s ehhez lassanként járási gyengeség párosult, úgy hogy csak vezetés mellett képes csoszogva tovább vándorolni.

A kórházban mult év június hó 6-dikán került következő kór-állapottal: Az alsó végtagok paraparesise, járás spastico-paretikus, térdreflexek mindkét oldalt erősen fokozódtak, lábtünet kiváltható, nagy-mérvű izomerevség az alszárakon, legkisebb érintésre spastikus izom-rángások válthatók ki. Hátizmok feszültek, a gerincoszlop az 5. háti csigolyától kezdődőleg a keresztcsontig nyomásra érzékeny, a 7. hitecsigolya magaslatában, főleg baloldalt kisugárzó övszerű fájdalom áll fenn, mely a beteg éjjeli, nappali nyugalmaát zavarja. Ezen övszerű fájdalom vonala mintegy hyperaesthesiás zonát képvisel, mert ettől lefelé hypaesthesia, majd a törzs és alsó végtagok bőrterületén mindkét oldalt egyaránt teljes anaesthesia következik. Ezen sensorius zavar az érzés minden kvalitására kiterjedő. Azonkívül a vizelet kiválasztása nehezített, a hólyag állandóan tele. A különböző kórismét illetően a Pott-féle bántalom eliminálható volt; ellenben jogosítva voltak a fajlagos meningo-myelitis felvételére, már a kórelőzmény következtében is, de még inkább a jellemző syndroma alapján.

Tehát egész czéltudattal, s nem pusztán ex juvantibus elvénél fogva alkalmazhattak a betegnél erőlyes bujakór-ellenes gyógykezelést. Összesen 90 gm. higanyir, 6 hydrarg. soziod. injectio, s belsőleg folytonosan jodkali használata után a tünetek gyorsan enyésztek. Legelőbb megszűntek a kínzó övszerű fájdalmak, s vele az álmatlanság, azután lassanként a bőr érzékenysége tért vissza, eleinte az alsó végtagok területén, később a törzsön, legmakacsabb volt a köldök és kardnyujtvány közötti terület anaesthesiája, mely csak október hóban, midőn a beteg elhagyta az osztályt, szűnt meg végleg, vele az alsó végtagok paraparesise is, csak a térdreflexek maradtak meg bizonyos mérvben fokozva, s alszárizmai rendesenl feszültebbek. Jelenleg, egy év mulva ismét jelentkezett a beteg, s járása már teljesen normalis, az izomerevség nyomai is eltűntek, csak koronkint mutakoznak czombjain múló paraesthesiák.

### Peritonitis septica miatt végzett hasmetszés. Gyógyulás.

Herczel Manó. D. Mihályné, 36 éves napszámosnő Borsonyosról. Egészséges családból származik Gyermekeketi betegségekre nem emlékszik. Havi baját 15 éves korban kapta meg, mely azóta hét normalis szüléstől és egy abortustól eltekintve mindig rendszeren jelentkezett. Utolsó szülés f. é. július 10-dikén fogoműtéttel. Szülés utáni 3. nap rázóhűdég kíséretében iszonyú fájdalmak léptek fel hasában, mely nagy mértékben felpuffadt, ezen idő óta folytonosan hányt, csuklott, szél- és székrekedésben szenvedett, igen magas lázai voltak. Étvágya teljesen megszűnt s nagy fokban elesett. E miatt f. é. augusztus 1-én következő jelen állapottal kereste fel az osztályt:

A nagy mértékben lesóványodott nőbeteg bőre száraz, sub-icterikus, szemei beesettek, orra megnyult, nyelv deszkaszáraz, erősen bevont. Légzés felületlen, szapora, sz. p. 44. Pulsus debilis, p.: 112. Tüdők felett diffus hurut, has igen puffadt, a legkisebb érintésre is igen fájdalmas. A has jobb felében, a meso- és hypogastriumot, regio inguinalist kitöltő és részben a bal alsó hasfélre is áterjedő resistencia, mely fölött tenyéryi területen tompa a kopogtatási hang, mely a beteg fektetésénél, helyzetváltozásánál a magasabb fekvő helyen némiképp feltisztul. A hasfal kopogtatásánál undulatio észlelhető. Étvágy teljesen hiányzik, szelek és szék csak magas beöntésre távoznak nagy fájdalmakkal.

A vagina tág, fellazult, belőle piszkos, eves váladék ürül, a méhszaj erősen tátong, lepedékkel fedett. Jobboldali parametrium kis fokban elődomborodó, fájdalmas.

Mindezen tünetek folytán a szabad has ürben elhelyezkedő izzadmányt kellett felvenni. Ennek jellegére nézve felvilágosítást adott az említett resistencia helyén megejtett próba punctio, mely egy rendkívül bűzős, eves folyadékot emelt ki.

Ennek következtében f. é. augusztus 2-dikán betegem Herczel főorvos narcosis nélkül laparotomiát végzett.

Egy a tompulatnak megfelelő jobboldali harántmetszéssel (Ponpart-szalaggal párhuzamosan) megnyitott a hasúr, miközben több mint 3 liter eves, szerfölött penetráns bűző, sötétbarna lésszerű folyadék ürült ki. A hasúr megtekintésénél láthatóvá lett a geuyes piszkos czafatokkal és álhártyákkal fedett paralytikus béltractus, kis ujjnyi vastag egészséges processus vermiformis, nemkülönben a kis gyermek-karnyi vastag jobboldali tuba nagy megduzzadt, vastag gnybe mártott fimbriáival. E leletből biztossá vált, hogy a septikus peritonitis a szülés alatt létrejött infectio folyamánya, mely az uteruson, tubán át a szabad hasúrra terjedt.

A hasúrnak steril vízzel való kiöblítése és kitörlése után Mikulicz-tamponnal az egész ür ki lett töltve.

Lefolyás meglepően kedvező volt, a mennyiben a műtét után a láz rögtön lecsent és többé nem is jelentkezett, a has fájdalmassága teljesen megszűnt, a bélparalysis engedett, úgy hogy spontán is székürülései voltak. A tamponok naponta váltva, fokonként rövidítve lettek, három hét lefolyása után pedig teljesen eltávolíthatók voltak. E közben beteg étvágya visszatért, úgy hogy testsúlyban meggyarapodva, szeptember első felében a seb teljesen bezárult és beteg felépült.

(Folytatása következik.)



## IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

Sigg: Beiträge zur Lehre von der acuten Miliartuberculose. Mittheilungen aus Kliniken und medizinischen Instituten der Schweiz. 1896. IV. Reihe, Heft 4.

Szorgalmas és kimerítő munka, mely a Hannau klinikáján 1887-től 1894-ig észlelt 43 acut miliartuberculosis-eset alapján több rendbeli érdekes adattal járul ezen baj kórtanához és főleg aetiológiájához. A 43 eset közül 28-ban (65·1%) lehetett a tuberculosis betörési módját és helyét megállapítani és pedig 12-szer venák útján (ezek közül 11-szer a tüdővenák útján, 1-szer pedig a vena suprarenalis útján), 1-szer az aorta és 15-ször a ductus thoracicus útján fejlődött az acut miliartuberculosis. Egyébként még a következő érdekesebb észleletek említhetők a munkából: 1. Tuberculosis infarctusok előfordulása főleg a vesékben, ritkábban a lépben. 2. Elég gyakori részvétele a pajzsmirigynek a szóban forgó megbetegedésnél. 3. Acut miliartuberculosis előfordulása kiterjedt tüdőtuberculosisnál; ennek ritka voltát már Weigert is hangsúlyozta. 4. A több helyen egyidejűleg betörésnek aránylag gyakori volta (21·4%-ban). Az esetek pontos, histológiai vizsgálatokra is kiterjedő leírása után szerző táblázat alakjában tünteti az eddig között, elő genetice felderített acut miliartuberculosis-eseteket és statistikáját adja az eddig ismert betörési helyeknek. Részletesen tárgyalja ezután a véredényrendszerbe betörés különböző alakjait és a ductus thoracicus szerepét a betörés szempontjából. Végül még néhány észrevételt csatol a meningitis tuberculosa-ra és egyes a véredények útján a szervezetben elterjedő kóros folyamatokra (főleg rosszindulatú daganatok) nézve. A munkához Hannau írt előszót, melyben az acut miliartuberculosis fejlődéséről szóló tan mai állását behatóan tárgyalja.

## II. Lapszemle.

## Gyógyszertan.

A blenorhoea urethra kezelése ichthyollal. Werner S. dr. hamburgi közkórházi segédorvostól. (Monatshefte f. pract. Dermatologie XXIII. k. 3. sz.) 1894-ben Janet és tanítványai a kankó kezelésénél új módot, t. i. öblögetéseket ajánlottak kalium-hypermanganicum-oldattal; midőn ezen szernél azonban kellemetlen izgatási tünetek merültek fel, *Jadassohn* az öblögetésekhez ichthyol 1—2%-os oldatokat ajánlott. Szerző az öblögetéseket naponta egyszer 4 liter tartalmú üveg irrigátorral és gummiesővön át használtatta, s az oldatot hol melegen, hol hidegen alkalmazta. 82 ichthyol-öblögetésekkel gyógykezelt urethritis beteg közül *tíz*nél gyógyulás nem következett be, s ezeknél csak a szer vagy gyógykezelési mód változtatása után állott az be. *Gyógyultnak* csak akkor tekintette a bajt, ha a kezelésnek 24 órai beszüntetése után a húgyeső nyákhártyájába sem váladék nem mutatkozott, sem fonalak és gonococcusok többé nem találtattak. A többi 72 gyógykezelt, részint urethritis anterior, részint posterior esetén a gyógyulás ezen öblögetések mellett aránylag rövid idő alatt következett be (átlag 19 esetben 17·4 douche után, 53 esetben 19·2 douche után). Szerző ezt igen részletes táblázatokban mutatja be, melyek szerint az ichthyol-oldat ilyen alkalmazása mellett kedvezőbb volt az eredmény mint egyszerű befecskendésekénél és mint hasonló szerek ú. m. kal. permang. argonin és alumnol-oldatok alkalmazásánál. E mellett szerző azt hiszi, hogy a *mechanikus mozzanat* is szerepet játszik, a mennyiben öblögetés által a kóros felület sokkal gyökeresebben tisztított meg, mint a befecskendésekénél.

## Gyermekgyógyászat.

A berni gyermekórház 1895-diki évkönyvében *Stooss* következőkről értekezik:

A) *Stomatitis aphthosa diplostreptococcusa*. Szerző összes eseteit bacteriológikus vizsgálatnak vetette alá, s diplostreptococcusokat talált, melyek nagyságuk, alakjuk s elhelyezkedésük által, az egészségesek szájában található diplococcusoktól különböznek. Egyszersmind észlelt esetei alapján a stomatitis aphthosa ragályos voltát hangsúlyozza. Kapcsolatban felemlíti, hogy egy

esetben az anyának stomatitise, a gyermekének pedig clinice diphteritis fauciuma volt, a bacteriológikus vizsgálat mindkét esetben diplostreptococcusokat mutatott ki.

B) *Diplococcus lanceolatus* által előidézett gonitis. Brunner eseteivel szemben, ki 11 pneumococcus Fränkel által előidézett ízületi lobot észlelt pneumonia kíséretében, *Stooss* esete tüdő elváltozásoktól függetlenül jelentkezett. A kiürülő geny híg, sárgás volt, míg rendszeren a pneumococcus produkálta geny sűrű és barna.

C) *Delormes-féle eljárás pleura empyemáknál*. Míg acut empyemáknál az egyszerű aspiratiót, drainaget vagy borda resectiót ajánlja a szerző, addig chronikus eseteknél *Delormes* után következőkép jár el. A III—VI. bordáig egy vertikális metszést végez, a bimbóvonalon kívül, azután a lágyrészeket úgy fejtí le, hogy a lebeny alapja hátra felé nézzen; végre elől a bordákat s bordaközi lágyrészeket, hátul csak a bordákat metszi át; az így képezett csont-lágyrész lebenyt felemelve, a most már szabadon fekvő pleuralis összenövéseket s kötegeket kanállal lekaparja, a bordákat visszahelyezi s drainiroz. Ez eljárásnál a comprimált tüdő teljes mértékben nyeri vissza előbbi térfogatát.

D) *Diphtheritis diagnosis s therapiája*. Szerző feltétlenül csatlakozik *Roux* véleményéhez, miszerint a diphtheria felismeréséhez a bacteriológikus lelet okvetlenül szükséges. Clinice a diphtheritis faucium négy alakját különbözteti meg: I. Vaskos, fehér, gyorsan fejlődő s a garat hátfalára áttérjedő felrakódás, szemben a coccusok előidézte sárgás, lazább összeállású, lassabban fejlődő s a garat hátfalára nem terjedő hártákkal. II. Szürkés, vékony, fátolszerű lepedék. III. Az angina lacunarishoz hasonló pontszerű folyamat. IV. Kásás összeállású felrakódás utal arra, hogy minden helyen, hol diphtheritis epidemia van, a csecsemők náthája figyelemmel kísérendő, nincsen-e álhártyás folyamat az orrban. Figyelmeztet kiterjedt stomatitis aphthosának diphtheriával való összetéveszthetőségére. *Tavel-féle* serumot használt, minden kellemetlen complicatio nélkül, curativ fényes eredményvel, a praeventiv oltásokkal szemben reservált álláspontot foglal el.

*Deutsch Ernő dr.*

## Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Pruritus scrotalis gyógyítása.** *Brocq* szerint sokszor jó eredménnyel jár a carbolsav helyi alkalmazása: Rp. Acidi carbolicum 20·0; Glycerini neutr. 75·0; Spir. vini rectific. 25·0; Aqu. destill. 300·0. Ebből 1 rész 4 rész meleg vízzel keverendő és azután 8—10-szeresen összehajtott gaze-t mártunk az oldatba, melyet a scrotumra helyezünk és suspensoriummal rögzítünk. A pruritus-rohamok ellen antipyrin kísérelhető meg: 1/2 gramm minden roham előtt. Jó szolgálatot tesznek továbbá a valeriana-készítmények, főképen az ammonium valerianicum, továbbá a carbolsav valerianával összekötve: Rp. Acidi carbolicum 0·05; Extr. valerian. 0·1; Pulv. valerian. 0·2. M. f. pil. Da tales Nr. 30. Naponként 1—2 labdacot étkezéskor. Izgató ételek és italok, úgyszintén a dohányzás kerülendő és a rendes székelés is figyelemre méltatandó. E mellett még a psychikus kezelés is fontos; a beteget minden izgalomtól és tépelődéstől óvni kell. (Allg. med. Central-Zeitung, 1896. 81. sz.)

2. **A jodkalium rectalis alkalmazását** ajánlja *Kirstein* bizonyos esetekben, a mikor például a gyomrot kimélni akarjuk. Ily módon a jodkalium legfeljebb 5%-os oldatban használható ebben a concentrációban még meglehetősen indifferens a bélrű nézve. A bélbe fecskendésnél 10 köbcentimeter ürtartalmú fecskendőket használ, így tehát egy befecskendéssel 1/2 gramm jodkalium juttatható a szervezetbe. Naponként 3 ízben végzett befecskendezéseket heteken át eltűrték a betegek minden kellemetlen helyi tünet nélkül. Szerző ezen kicsiny esőrök (Medicamentöse Minimalklystiere) használatát más gyógyszerekkel is megkísérelendőnek véli. (Allg. med. Central-Zeitung, 1896. 77. sz.)

3. **Arterio-sclerosisnál előforduló szédülés és fejtájás ellen** *Giovanni* következő összetételű labdacsokat ajánl: Rp. Ergotini 3·0; Extr. fab. calabar. 0·50; Extr. gentianae qu. s. ut fiant pil. No. 30. Eleinte naponként egy labdacsoat kell bevenni, azután pedig növelni a naponként bevett labdacso számát egészen 10-ig. (Practitioner, 1896. szeptember.)



## TÁR C Z A.

## A francia szemészekről.

Weisz Gyula dr., a pesti izr. kórház szembeteg-osztályának alorvosától.

Trousseau, a Hospice des Quinzevingts párisi nagy kórház egyik szemész főorvosa, egy a német iskolában felnőtt collega ama kérdésére, hogy miért nem méri a műtét előtt a kancsalsági szögletet, következőképen válaszolt: mi a kancsalságot a valóság szerint és chic-vel operáljuk. Ha ezzel vezetem be a párisi szemészekről írott cikkemet, úgy ezzel csak akarom jelezni, hogy a francziák még az orvostudományok művelésében és gyakorlásában is az örök igazságot a széppel kötik össze. Valóban, ha a francia sebészeket vagy szemészeket figyeljük, úgy önkénytelenül feltűnik az az elegancia, az a könnyedség, melylyel operálnak, az a páratlan ügyesség, melylyel a legcomplicáltabb plastikai műtétek kivitelénél eljáznak.

A párisi orvosi facultás egyetlen rendes professora a görög származású Panas, kinek szemesztálya a Hôtel Dieu-ben van elhelyezve. Az osztály 80 ágygyal bir, tágasan van berendezve, de nem szépen. Ő az egyedüli rendes tanár, míg a többiek csak professeur libre nevet viselhetnek. Szép anyaga van, de 30—40 hallgatójánál nincs több; hetenként, kétszer az ambulantiát vezeti, a frissen jelentkező betegekkel consultál a hallgatóság előtt és annak befejezése után kikap egy érdekesebb esetet a látottak közül, arról előadást tart, körébe vonja a vele hasonló betegségeket, felállítja a differential diagnoszt és különösen nagy szakértelemmel fejtegeti a bonczani és bacteriologiai viszonyokat. Panas eredetileg sebész volt, de miután a szemészet előadásával bizták meg, ott is érvényesíti sebészi ügyességét. Klinikájának egy chef-je, több interne-je van, laboratóriumát szintén egy chef vezeti. Laboratóriumából több számottevő munka került ki. Újabban kiváló tanítványa Rochon-Duvigneaudtól a szem összehasonlító és fejlődéstani anatómiájáról igen érdekes munka jelent meg.

A professeur libre-ek között első helyet foglal el az európai hírnevű és nagy tudományú Wecker. Nagy anyaga és remekül berendezett klinikája van. Nem akarom Wecker tudományos munkálkodását méltatni ez értekezés keretében — hiszen azt mindnyájan ismerjük —, csak ama specialis viszonyokat akarom fel- említeni, melyek tisztelt kartársaimat vagy szaktársaimat érdekelni fogják. Világos, tágas műtőterme be van rendezve az asepsis minden követelményeinek megfelelőleg. Előadásai correctek, behatóak. Nem régi dolgokról beszél, hanem újakról és előadásai- ban gyakran polemizál a szaklapokban újabban megjelent közleményekkel. Nem orvostanhallgatók, hanem specialisták számára tartja előadásait. Ott tartózkodásom alatt a reczehártya leválásról tartott előadást, különösen méltatta annak fejlődési és bonczani viszonyait és a reczehártya-leválás későbbi stadiumában fel- lépő cornealis elváltozásokat három esettel illusztrálta. Előrehala- dott leválást electrolysis útján akar meggyógyítani. Tűt mélyeszt be a szemtekébe a leválásnak megfelelőleg, villanyos áramot vezet 2—3 percig keresztül rajta és nemcsak vegyi szétbontást, hanem adhaesionalis lobot is akar előidézni. Az eredményt megfigyelni nem volt alkalmam, mit igen bajos is. Hályogot mindig jobb kézzel operál a beteg feje mögött vagy előtte, de mindig állva. A methodus megválasztásánál irányadó a hályog stadiuma, a beteg állapota, de előszeretettel végez iridectomiát minden esetben. Esz- közeit forró vízben sterilizálja, a szem mosására sublimatot haszná- l, de a beteget az operációra elő nem készíti, hanem a négy órákor jelentkező beteget már öt órákor operálja, úgy a hogy jött, lefekteti a műtőasztalra. Eszembe jutottak a német szem- orvosok előkészítései, methodusai; eltekintve a beteg megfürdetésé- től, egy-két napig előkészítik a beteget a nyugalomra és a sze- met minden irányban való mozgatósi képességre gyakorolják. Károly Tivadar herczeg a beteg szemét két nappal a műtét előtt gombostű fejével érinteti, mozgási gyakorlatokat végeztet, hogy annál nyugodtabban tartson a műtétnél. A műtét után száraz sublimatgaze jön a szemre, mely két keresztirányban elhelyezett csik segítségével collodiummal leragasztatik, felébe pólyakötés, műtét után a beteg felkel az asztalról, bemegey szobájába, ha szükséges az emeletre és pár napig nyugodtan marad, de korántsem moz-

dulatlanul. A szemészek többsége már régen elhagyta ama szo- kásokat, hogy a beteg hályogműtét után mozdulatlanul maradjon. Kevesebb figyelem a beteg mozgására, több gond a műtétek körüli asepsisre, ez képezi a főgondot. Kancsalsági műtéteknél a szöglet mindig méri, a szerint dosirozza az operatiót. Convergentianál a külső izom elővarrását, a belső átmetszését gyakorolja. A fran- cziák különben az elővarrás két methodusát gyakorolják, az avancement capsulaire-t és musculaire-t. Előbbinél az izom helyén marad, a conjunctivát a Tenon-tokkal együtt alsó és felső varrat- tal előrehúzzák. Utóbbinál az izmot szintén két varrattal való fixálása után a tapadási helyről lemetszik, szükség szerint rese- cálják és előrevarrják. A belső izmot persze mindkét esetben át- metszik. Wecker tanítványa Abadie e célra külön eszközt is construált. A horog — melyre a kikeresett és elővarrandó izom akasztatik — a kampón felül éles és ezzel mihelyt annak két szélén a fonal áthuzatott, átmetszi az izmot. Felesleges dolog, de jellemzi a francia leleményességet, hogy mindent egyesít egy eszköz- ben, mi kényelmére szolgál. Friss cornealis sérüléseknél az infec- tio megakadályozása céljából a corneát a limbusról meglazított és leválasztott conjunctivával teljesen befedi és bevarrja. Állítólag megakadályozza az infectio kifejlődését, de csak úgy, ha még a seb fertözve nem lett. Felesleges munka, mert utóbbi esetben az asepsis véd bennünket a fertözéstől.

Wecker műteteinél mindenkor villanyos világitást használ.

Landolt egyike a legérdekesebb és leggenialisabb szemészek- nek; folyékonyul beszéli a német, angol és olasz nyelvet és elő- adásait — tekintettel az internationalis hallgatóságra — mind a négy nyelvben tartja. Örömeire szolgál, ha valakit a saját anya- nyelvén szólíthat meg. Nagy anyaga, jól berendezett klinikája van, de műtőterme korántsem oly fényes mint Weckeré. Alkal- mam volt a kancsalság különböző nemeiről tartott előadását hall- gatni. Ő ugyanis a kancsalság terén Javal híve és azt állítja, hogy a műtétet sok esetben el lehet kerülni, ha az ember a kancsalságot idejekorán elkezd gyógyítani. Landolt a műtét után betegeivel heteken keresztül stereoskopikus gyakorlatokat végez- tet. Eltérőleg a többiektől egyszerre operálja mindkét szemet, convergentianál mindkét externus előhelyezését végzi azaz rese- cálja, ha a kancsalsági szög nagyságából ezt indikálnak találja. A szemet atropinozza, melylyel csak akkor hagy fel, ha diver- gentiára van hajlam. Pár esetet demonstrált, hol a műtét után pár nappal kettős látás jelentkezett, mely annak a jele, hogy az eredetileg kancsal szem kezd a binocularis látásban részt venni. 5—6 éves gyermekeket már operál és eredményei igen jók. Persze a megfelelő corrigáló üveget mindig hordatja, szürke üveg- ből, hogy a tág láta daczára a fény ne bántsa. A kancsalsági szögletet mindig méri és pedig vagy egy szögletekre felosztott félkörön, melynek középpontját fixáltatja és egy gyertyalángot vezet vele párhuzamosan. A gyertyalángnak a kitérő szem corneá- ján megjelenő tükrökép állásából leolvassa a szögletet a félkörön. Másik methodusa pedig abban áll, hogy a beteget a faltól bizo- nyos távolságra ülteti — 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> m. — és fixáltat egy lángot és a beteg szeme elé egy veres üveget helyez. A fal fel van osztva 5° szögletekre vagyis minden 5°-nak megfelelő távolság egy gombbal van jelezve minden irányban alul, felül, bal és jobb- oldalon. A kettős képek megjelenéséből és mikénti helyezkedésé- ből megtudja, milyen távolságra vannak azok egymástól és a szerint kiszámítja a szögletet. Landolt állítja, hogy a binocularis látás sok esetben összetér, persze nagyon sok függ a kitartó stereo- skopikus gyakorlatoktól.

Hályogot rendszerint iridectomiával operál, állva jobb kézzel. Nagy súlyt fektet a műtétnél kifejtett asepsisre. Kezeit a mosa- kodás után sterilizált keztübe bujtatja, melyet csak akkor vett le, ha a kést a kezébe veszi. Minden a kötéshez szükséges köt- szer külön itatós papírba becsomagolva lesz sterilizálva és így nyújtatik a műtő kezeihez. Hogy a kés mozgásai az elevateur által akadályozva ne legyenek, elevateur szerkesztett, melynek záró-készüléke az orrgyökön fekszik. Iridectomiát egy darabból való lándzsával végez, melynek hajlási szöglete sokkal nagyobb.

Galezowsky, kinek legnagyobb klinikája van, nem szépen van berendezve. Fáradhatlan ember, ki hallgatóinak a legnagyobb



előzékenységgel szolgál. A régi alapon áll, sok különös gyógyítási methodusa érdekli az embert. A szaruhártya fekélyeknél szorgosan kutatja az okot és számtalanszor véli megtalálni a lázban vagy rossz fogakban. Sehol sem láttam annyi keratitis herpetica-t, persze nem a valódit, mert ő a beteg egyszerű kimondására azonnal e bajt kórismézi. A fogak vizsgálatát sohasem mulasztja el és irgalom nélkül kihuzat minden cariosus fogat. Chinint kis adagban sűrűn rendel és natrium salicylicummal is bőven bánt. Ulcus corneae-nál 1%-os atropin-oldatot naponta kétszer és 1%-os eserin-oldatot naponta egyszer csepegtet be, mert ezáltal — mint mondá — a pupillát tágítván és szűkítvén, a szivárványhártya mozgást végez, vérkeringését mozdítja elő és megelőz glaucomás rohamokat. Nem érdektelenek azonban egyéb gyógyítási methodusai sem. Chorioiditis exsudativánál e célra szerkesztett kaucukballonok segítségével egy óráig tíz percenként felváltandó jéghideg és forró borogatásokat alkalmaz a szemre, mert ezáltal szintén a vérkeringést szabályozza és a felszívódást elősegíti. Szemfenéki bántalmaknál, hol higany van javalva, a bedörzsölést két évig folytatja. Kitűnő operateur, bár asepsise sok kívánni valót hagy hátra. Hályogműtét előtt a könnyutakat mindig kifecskendezi és azok átjárhatóságát vizsgálja. A tokhasítás után az elevateur kiveszi és a hályogot az alsó szemhéj által gyakorolt nyomással tolja ki, de előbb ujját az assistens által odanyújtott krétán jól bekrétázza, hogy a fixálás annál biztosabb legyen. A szemet egy általa feltalált ragadó flastrommal hermetikusan elzárja és felébe egy kaucukból készült, a szemnek megfelelőleg beillesztett csillámlappal ellátott kötést alkalmaz, másik szemet pusztán lefedi. Egyes műtétei is említésre méltók. Glaucománál, hol sclerotomia van indikálva, következő műtétet végez: a limbusztól 2—3 mm-nyire mind a négy oldalon a közepén egy lándzsaalakú tűvel beszúr és mihelyt a tű hegye a mellső csarnokban látható lesz, azonnal kihuzza a tűt. „Ophthalmotomia posterior“ nevű műtétje pedig abban áll, hogy reczehártyleválásnál egy e célra készített sarlóalakú tűvel a leválásnak megfelelőleg punctiót és contrapunctiót végez, a subretinalis folyadékot kiereszti. Gyógyulásnál, ha ilyen bekövetkezik, az adhaesiv lob is szerepet játszik.

Abadie, Wecker tanítványa valódi franczia. Remek klinika és műtőterem felett rendelkezik. Ügyes operateur a szó szoros értelmében és nagy híve az asepsisnek. Műtét előtt és után csak légmentesen elzárt sterilizált csövecskében tartott cseppeket használ, melyeket akkor tör fel. Hályog operálásnál a methodust a beteg és hályog állapota szerint választja ki. Specifikus bajoknál steril üvegfecskendővel 1%-os hydrargyrum cyanatum-oldattal intravenosus fecskendéseket végez.

(Folytatása következik.)

## Heti szemle.

Budapest, 1896. november 6-dikán.

**Külföldi egyetemek.** Német egyetemek. A német egyetemek főjellemvonása, hogy épen úgy a tudományos buvárkodás, mint a legfelsőbb oktatás székhelyei. Míg Angliában a főcél az, hogy az egyetemek kifogástalan gentlemanokat neveljenek, kiknek magas általános műveltségük legyen, míg a szakiskolák a gyakorlati képzést tűzik ki feladatukul, addig a német egyetemek e két feladaton kívül az önálló tudományos munkálkodást is felölelik. Az oktatás és tudományos buvárkodás egységében rejlik az ő főerejük!

A legrégebb német egyetemek a XIV-dik században keletkeztek, ezek közül a lipesei (1409) és rostocki (1414) ma is fennállanak; a XVI. és XVII-dik században minden territorium igekezett főiskolára szert tenni, de az alapítások a XIX. századig kiterjednek; a berlini, bonni, müncheni egyetemek a jelen század alkotásai.

A német főiskolák állami intézetek, de autonómiájuk széles körű és a tanulás s tanítás kiterjedt szabadságot élvez. A szervezet azonos a mienkével: a 4 fakultás élén dékán s az egyetemi tanács élén a rector áll. A tanárok 3 kategóriába tartoznak: magántanárok, kiknek engedélyük van a tanításra, rendkívüli tanárok, kiknek többnyire fizetésük is van, de nem vizsgáztatnak s nem kari tagok, s a tanszékek birtokosai a rendes tanárok, kik a tanári kart képezik. Valamennyi tanár között egészséges verseny van, melynek kiegészítője a leczképzérendszer. A tanulósg sűrűn cseréli az egyetemet. Ritkaság számba

megy, ha valaki összes tanulmányi éveit ugyanazon egyetemen tölti. Az egyesületi élet igen nagy szerepet játszik; számos kinövéseik ellenére is a jellemképzés jelentékeny szolgálatot tesznek. Még fontosabb az a csereviszony, melyben az összes német egyetemek egymással a tanárok meghívása által állanak. Mindegyik főiskola a legjobb erőt igyekszik meghódítani.

Németország 20 egyetemén 28,000 tanuló tanul, ezek között 8600 orvostanhallgató. A nagyvárosi egyetemek a leglátogatottabbak (Berlin, München, Lipcse). Az idegenek nagy számmal vannak képviselve, körülbelül 2000-en. A nagy számú hallgatóshoz hatalmas tanári kar csatlakozik, összes számuk 2275, közülük 1029 rendes, 591 rendkívüli és 655 magántanár. Az orvosi fakultáson sok a magántanár (37%), míg a rendes tanárok csak 33%-ot tesznek. A német egyetemek rendes budgetje: 20 millió márka. Ez összegből a tanári kar 7.772,726 márkát kap, a dologi kiadás 7.839,808 márka. A többi egyéb személyi járandóságra megy. Az építkezések külön kiadáskép szerepelnek s a tandíjak s intézetek jövedelmei e számításban nincsenek is benne. A tanárok összes jövedelmének csak 63%-a fizetés, a többi tandíjakból származik. Poroszországban 534 rendes tanárnak 3 millió márka fizetése volt, a 187 rendkívüli tanár 457,740 márkát kapott s csak 92 rendkívüli tanárnak nem volt fizetése. Az orvosi facultáson a rendes tanár fixuma 3000—8400 márka között ingadozik. Az orvostanhallgatók tandíja egy semesterre átlagban 145 márka (343 márka a maximum), ez 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> semesterre: 1479 márka. Berlinben átlagban 2049 márka. Németországban az egyetemek a tudományos élet hatalmas tűzhelyei, tekintélyük jelentékeny, s úgy az állam mint a társadalom erélyesen támogatja törekvéseiket. E támogatásra a mi főiskoláinknak is szükségük volna, hogy fejlődésüket tovább folytathassák. (Lexis. Die deutschen Universitäten.)

G. E.

\*\*\*

**Budapest székes főváros közegészségi állapota 1896. évi augusztus hóban.** A tisztí főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz általános halálzás tekintetében változást alig mutat. Elhalt ugyanis július havában 1059, e hóban 1049 (—10). A heveny ragályos kórok közül a hasi hagymáz e hóban is emelkedett (68, 102 + 34). A többi ragályos kórok a mult havihoz képest csökkentek. Volt ugyanis július hóban 709 heveny ragályos eset, e hóban csak 540 vagyis 169 e-ettel kevesebb mint július hóban. A heveny gyomorbelhurut e hóban is a nyári hónapokban észlelt módon emelkedett. (Augusztus 302, július 213 + 89, mult év augusztus 292, most + 10.) Elveszülte e hóban 1810, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 115 egyén levonásával 1049, így a születések 761-gyel multák felül a halálozásaiakat. Augusztus hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezelte 6334 fekvő és 8025 járóbeteg, vagyis 104-gyel kevesebb mint az elmúlt hóban. A kerületi orvosok által gyógykezelte 460 fekvő és 1361 járóbeteg, összesen 1821, kórházba küldte 61 egyén. Augusztus hóban a lipótmezei országos tébolydában 947, az angyalföldi elmebeteg ápolóban 342, az irgalmasoknál 208, a megfigyelő osztályon 136, dr. Schwartz-féle elme- és ideggyógyintézetben 135 elmebeteg ápoltatott. A székes fővárosi „Erzsébet“ szegényházban 936 egyén közül beteg volt 272 (elme- és eskóros 166), a székes fővárosi „Josephinum“ fiárvaházban 105 növendék közül nem volt beteg; a „Klotild“ szeretházban 58 növendék közül, a „Mayer“-féle árvaházban 70 növendék közül nem volt beteg. A lelenz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás volt e hóban 22, csákenés 26. Beteg volt e hóban összesen 16, meggyógyult 6, gyógykezelte 1, meghalt 9. Halál-okok voltak: aszkór 1, béllób 8 esetben. Beoltott 535 fiú, 428 leány, összesen 963, újraltatott 341 fiú, 108 leány, összesen 452. Ebmarás előfordult 32, veszettségre gyanus 5 esetben. Macskamarás 2, veszettségre gyanus 2 esetben. A köztisztaság a kerületek külső részeit kivéve általában kielégítő volt. A vízvezetési vizet illetőleg a székes fővárosi bacteriologiai intézet által augusztus hóban 135 esetben tétetett vizsgálat, melyből 19 vizsgálat esett a káposztásmegyeri, 20 a kiállítási, 76 a peripherikus csapokra és 20 a régi vízművekre. Ezen vizsgálatokból constatalható, hogy a káposztásmegyeri vízművek hatalmas dimenziói következtében a kétes minőségű vizet nyújtó régi mesterséges szűrőtelepre mindinkább kevesebb szükség lesz s e mellett a nvári szokásos vízhányok is elkerülhetők. A mesterséges szűrők alig működtek a lefolyt hónapban egy hétig; mihez képest a víz igen jó minőségűnek volt mondható. Egyéni fertőtlenítés alatt volt 53 személy, gőzzel fertőtlenített összesen 7324 darab tárgy. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen, s az ebek között a mult hóban szórványosan fellépett veszettség is alább hagyott. Okleveleiket e hóban bemutatták: Fried Samu, Heimann Rezső, Kanócz János, Öhler László, Steiner Simon, Sztanó Sándor, Koffler Adolf egyetemes orvostudorok és 8 szülésznő.

## Vegyesek.

Budapest, 1896. november 6-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. október 18-tól október 24-ig terjedő kimutatása szerint e



hétven élve született 399 gyermek, elhalt 223 személy, a születések tehát 176 esettel multak felül a halálozásokat. — A fővárosi közpórházakban ápolatott e hét elején 2069 beteg, szaporodás 664, csökkenés 607, maradt e hét végén ápolás alatt 2126. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1896. október 28-dikától november 4 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 20 (meghalt 2), állhímlőben 2, bányahímlőben 8, vörhenyben 28 (meghalt 4), kanyaróban 34 (meghalt 1), ronsoló toroklobban és torokgyékben 19 (meghalt 1), trachomában 18, vérhasban 1, hökhurutban 14 (meghalt —), orbánczban 14 (meghalt 1), gyermekági lázban 1 (meghalt —).

— **Kitüntetések:** A kiállítás jury ajánlata alapján a kereskedelmi minister Than Károly dr. és Högyes Endre dr. tanároknak mint kiállítóknak az állami kiállítási aranyérmét, Schwimmer Ernő dr., Dollinger Gyula dr. kiállítóknak az állami kiállítási ezüst érmét adományozta.

— Az „Orvosok Zsebnaptár“ának 1897. évi XXV. évfolyama Purjesz Ignéz dr. által szerkesztve folyó hóban fog megjelenni az Eggenberger-féle könyvkiadó cég kiadásában.

— **Karácsonykor** jelenik meg a Pesti Alfréd által szerkesztett „Orvosi könyv és ezimutár“ VII. évfolyama, aktualis, érdekes tartalommal. Melléklete egy ezészerű, kényelmesen elhelyezhető és négy részre osztott zsebnaptár lesz.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kívánatra prospektus.

**Szt. Lukácsfürdő**

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-meter nagyságu nyitott es zart medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő fürdők. Olcsó és szép lakások. Prospectust küld ingyen az igazgatóság Budapesten.

Téli és nyári gyógyhely.

## HIRDETÉSEK.

45

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI  
nyilvános.

**TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE**  
TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

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

50 egyénre (kb. 1 gramm)	3.-
100 " (kb. 2 gramm)	6.-
1 phiala 2-3 egyénre	0.60
10 vagy több ilyen phiala á	50
1 phiala 15 egyénre	2.50

Csomagolásért 20 krajczár

## Tamar Indien Grillon

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A *diagnózis* és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak, vértódulás, felfűtés, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyösen alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekeknek. — Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloés, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csak a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

A *Tamar Indien Grillon* Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Vegy-, górcsövészeti és bacteriologiai 45

**ORVOSI LABORATORIUM**  
Budapesten, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

**Dr. KELETI és KULPIN**  
min. enged. nyilvános borjú- hímhímlőnyirk- termelő intézete  
**Békés-Csabán.**

Szállít biztos, utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezesség mellett, kitűnő oltóanyagot a következő árakon:

1 phiala 3 egyénre	—	frt 30 kr.	1 phiala 10 egyénre	—	frt 80 kr.
1 " 5 " "	—	50 "	1 " 50 "	—	2 " "
			1 phiala 100 egyénre	—	4 frt.

Oltóeszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket postafordultával expedálunk.

Sürgőnyoz cím: KELETI, CSABA.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

**ORVOSI LABORATORIUMBAN**

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak 45

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GEZA a labororium vezetői.

Poliklinika: VII., Dohány-utca 31. szám.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

## HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

**Gyors, biztos enyhe hatás.** 44

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palack címkéjén olvasható

„Saxlehner András“  
név figyelembe ajánlatik.

**Dragée ferr. protoxalat. Dr. Budai.**

**Dragée ferr. protoxalat. c. arsen Dr. Budai.**

Minden nagyobb klinikán kiváló sikerrel alkalmaztatott

**anaemia és idegesség ellen.**

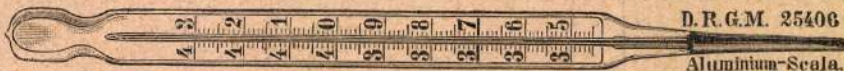
Egy doboz ára 1 frt.

Kísérleti célra az orvos uraknak ingyen és bérmentve küldetik.

Kapható:

Budapesten „Városi gyógyszerháza“ (Városház-tér).

Uj!!



D. R. G. M. 25406

Aluminium-Scala.

igen praktikus!

**Uebe percz-hőmérője aluminium-skálával.**

könnyen és biztosan fertőtleníthető. Megbízhatósága hitelességi bizonyítvány által garantizott, nikkel-tokban vagy patent-hüvelyben. — Ára 1 frt 50 kr. Tuzatja 14 frt. — Egyedüli gyáros: **WILHELM UEBE**, orvosi hőmérő gyára **Zerbst, Németország.** Minták 10 × 13 cm. hosszúak lapunk szerkesztőségében megtekinthetők.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Egyes ritkább nyelvbántalmakról.

Irta *Schwimmer Ernő* dr., egyetemi tanár.

A szájür nyálkahártyáján és a nyelven előforduló kóralakok nagyfontosságúak, nemesak a működési zavarokat illetőleg, melyeket okoznak, hanem még inkább a velük járó kisebb vagy nagyobb fájdalom miatt, mely az e fajta bántalmaknál ritkán szokott hiányozni. A nyelv önálló megbetegedéseivel vagy a felhám vagy a nyelv szövete szokott szenvedni; ha a felhám székkel a baj, akkor gyakran terjed a mélybe a kóros elváltozás, néha azonban ez csak a bántalmazott helyre szorítkozik. Épen ezen okból felette fontos az ilyen bántalom megvizsgálásánál igen szorgosan és behatóan a kórfolyamat székhelyét, annak kiterjedését és alakját megvizsgálni, mert gyakran látunk egyes — látszólag igen enyhe — kóralakokból súlyos, sőt életveszélyes folyamatokat kifejlődni, viszont azonban gyakran ismét az ellenkezőjét tapasztaljuk, a mennyiben egyes igen súlyosnak látszó szövethelyi elváltozások utólagosan nem annyira veszélyes és rosszindulatú bántalom gyanánt jelentkeznek.

Így — körülbelül egy év előtt — alkalmam volt egy beteget észlelni, ki rendelési órám — házi orvosa kíséretében — keresett fel, hogy tanácsomat kikérje, miután egy kiváló sebész a nyelv mellő harmadán székkel körülbelül babszemnyi nagyságú daganatot komoly természetű bántalomnak kórismézt, annak kiirtását javasolta. A beható vizsgálat nem keltette bennem azon gyanút, hogy itt alképlettel állanék szemben, hanem a kórismét inkább egy betokolt dagra állítottam fel. Két héttel később a dag tényleg puhulni kezdett és egy egyszerű bemetszéssel sikerült a beteget aggodalmától és fájdalmától megszabadítanom. Eredeti, hogy ezen betegnél még később is két ízben fejlődött ilyen tömlőképződés s a fentebbi eljárás hasonló jó eredménnyel járt, a nélkül, hogy a betegnek később valami kellemetlen utóbaja támadt volna.

Sok nyelv-bántalomnál a kórtani elváltozás képezi a hamis kórisme kiinduló pontját s nem ritkán látjuk, hogy épen a bántalom külső alakja képes bennünket tévútra vezetni és sebészi beavatkozásra indítani. Ilyen tévedések gyakran fordulnak elő, midőn a rák és a syphilis között kell helyes kórismét felállítanunk, s nem ritkán fordult már elő azon eset, hogy egy bujakóros nyelv-bántalom rákosnak tekintvén, a beteg nyelv jó része a műtét áldozatául esett. A több, általam észlelt efféle esetek közül egyről röviden szándékozom megemlékezni: I. D. nevű úr, kit néhány év előtt nagy kiterjedésű syphilise miatt kezeltem, 8 évvel a kezelés után nyelv-bajt kapott, mely a nyelv bal szélét lepte el s jelentkezése után pár héttel egy kifekélyesedett daggá változott át. Beteg, ki már bajának lefolyása alatt is syphilisét nagyon hanyagul kezelte és minden figyelmeztetésem dacára az előirt kezelési módokat nagyon felületesen végezte, ezen súlyos nyelv-bajával egy sebészhez fordult, ki a bántalmazott nyelvnek kiirtását tanácsolta. Erre megijedvén, Bécsbe ment, miután azonban ott hasonló tanácsot kapott, rászánta magát a műtetre. A műtét

keresztülvitele előtt a beteg az átszenvedett syphilisre gondolván, jelenlegi bajában tanácsomat is meg akarván hallani, felkeresett engem s így nekem is alkalmam nyílt a nyelv elváltozását szemlélni. Megvallom, hogy a kóralak reám is egy fekélyedő carcinoma benyomását tette: felhányt, erősen beszűródött szélek vették körül a genynyel és szövetezafattal bevont, büzös fekélyt, az álmirigyek megduzzadása, a folytonos nyiláló fájdalom érzete a fekélyben és a mirigyekben, valamint a betegnek rossz kinézése a tünetek olyan sorozatát képezték, melyek nemesak a legnagyobb nyugtalanságot okozták a betegnek, hanem a felállított kórisme mellett látszólag szólni. Ha a beteg bujakóros bajáról nem lett volna tudomásom, akkor alig határoztam volna el magam arra, hogy neki még a műtét előtt — mint kétes gyógyszert ugyan — egy erélyes bujakór ellenes kezelést ajánljak. A beteg örömmel követte tanácsomat, s az eredmény kiváló sikerrel járt, a mennyiben néhány hét lefolyása alatt a nyelv-baj teljesen meggyógyult s a fekély helyén csak mérsékelt fokú anyagvesztés volt látható.

Hányszor fordul ismét elő, hogy rákban szenvedő egyének — különösen, ha életükben egyszer már syphilist is volt — ezt tekintik utolsó reménység gyanánt és nem ritkán az orvos azon kényszerhelyzetbe jut ilyen kétségbeejtő eseteknél, dacára annak, hogy jót nem várhat egy erélyes anti-luetikus kezeléstől, a betegnek mégis bujakór ellenes kurát ajánlani és így a szenvedőben, ha kis időre ugyan, a gyógyulás reményét ébreszteni.

E helyütt nem tartom indokolatlannak néhány szóval megemlékezni a *leukoplakia bucco-lingualis* megnevezésről és annak valódi értelméről. Midőn körülbelül másfél évtized előtt ezen megnevezést, melyet azóta az orvosi irodalom teljesen átvett, legelőször használtam, csak az volt szándékomban, hogy a különféle névvel jelölt idiopathikus bántalmakat összhangzó alakban egytívé foglaljam. Törekvésem csak az volt, hogy a leukoplakia szónak az irodalomba való behozásával, a bujakóros természetű bántalmakat az említett idiopathikusoktól teljesen elválasszuk. Több szerző azonban ezen megnevezésemet tágabb értelemben használta és úgy az önszenvi, valamint a specifikus bántalomra egyaránt alkalmazta. Az ellen ugyan nincs ellenvetésem, hogy a leukoplakia szót gyűjtő név gyanánt használva leukoplakia idiopathicát és leukoplakia syphiliticát különböztessünk meg; míg azonban ez általánosságban meg nem történik és az összes szakírók ilyen értelemben e szót nem használják, addig sokkal helyesebbnek tartom ezen általam választott megnevezést a szájür, valamint a nyelv nyálkahártyáján előforduló tisztán önszenvi (idiopathikus) plaques-képződésekre alkalmazni. Annyival inkább érzem magam indíttatva ezen megjegyzés tételére, mert *Lewin* tanár a múlt évi „Berliner klinische Wochenschrift“-ban velem szemben azt hozza fel, hogy a leukoplakia anti-luetikus kezelésre is meg szokott gyógyulni. Kiemelem tehát, hogy mindazon esetekben, hol a gyógyulás anti-luetikus kezelésre beáll, ott szó sem lehet idiopathikus alakról, dacára annak, hogy a syphilis, a mint azt magam is irataimban kiemeltem, ezen bántalom keletkezésénél igen gyakran alkalmi mozzanatul szolgál. Ezt azonban csak úgy kell érteni, hogy egy olyan lezajlott syphilis-folyamat, melynél a betegségben a nyelv is

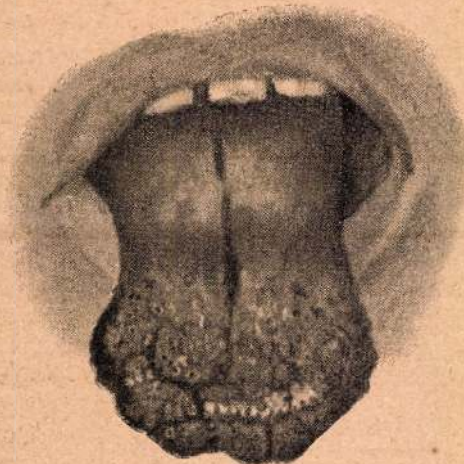


részt vett, igen könnyen hagyhat hátra bizonyos hajlamos-  
ságot a nyelv különböző megbetegedéseire és így tehát a  
leukoplakiára is.

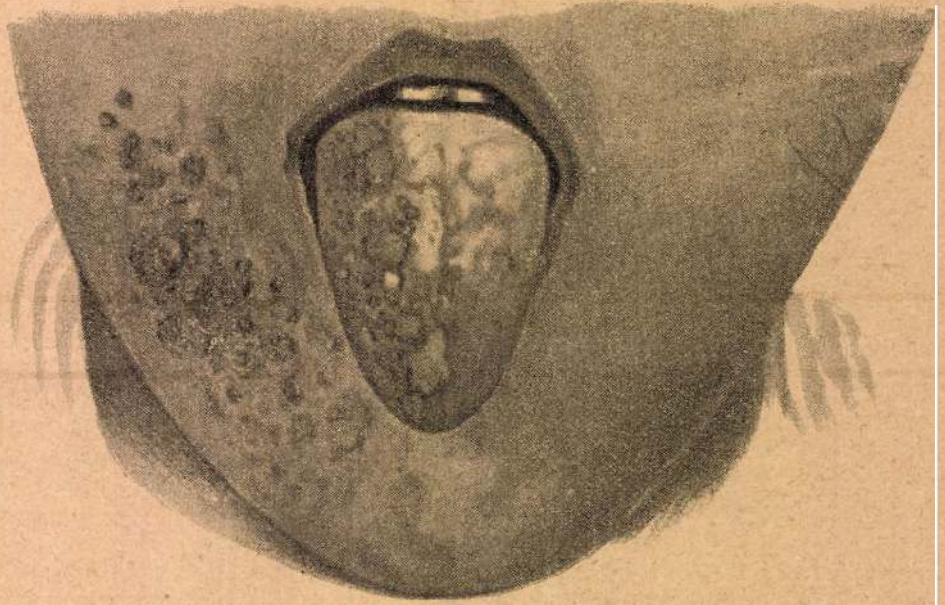
A nyelven előforduló kóros elváltozások az említetteken  
kívül még sokfélék lehetnek, bár ezek nem olyan gyakoriak,  
mint a bujakóros és a leukoplakiaszerű alakok. A mennyiben  
azonban egyes ritka bántalmak elvéve mindenütt előfordul-  
hatnak, nem tartom feleslegesnek néhány olyan esetről, mely-  
ket az utolsó időben volt alkalmam észlelni és melyek a  
gyakorló orvos előtt is bizonyos érdeklődéssel bírnak, a  
következőkben megemlékezni.

### I. *Lymphangioma circumscriptum linguae.* (L. 1. ábra.)

Egy 12 éves egészséges és erőteljes fiú keresett fel  
kórodámon a múlt év december havában egy nyelvbántalom  
miatt, mely daczára, hogy már régen állott fenn, csak az  
utolsó hetekben okozott neki nagyobb alkalmatlanságot. A  
nyelv alapos megtekintése a következő állapotot tüntette fel:  
a nyálkahártya a nyelv utolsó harmadától a nyelvgyökig terjedő-  
leg rendes kinézésű volt, rajta semminemű kóros elváltozás  
nem volt észrevehető, annak mellső oldala azonban sajátságó-  
san elváltozott mutatkozott. A nyelv duzzadt, dudoros,  
térfogata körülbelül az eredeti térfogat  $\frac{1}{3}$ -ával nagyobbodott,



1. ábra.



2. ábra.

a nyelv széle, valamint a nyálkahártya, a kóros folyamat  
által egészen elváltozottak tünt fel. A nyelvcsúcs sokkal  
szélesebb volt a rendesnél, a mennyiben nem volt — mint ép  
állapotban szokott lenni — a csúcs felé haladó ovalisalakú,  
hanem az egész mellső része egyforma széles rovátkolt ké-  
pletet mutatott, melynek alapja több kisebb-nagyobb egymásba  
folyó sarjakkból és kisebb göbésékből állott.

A képletet közelebbről megtekintve, az mákszemnyi egész  
gombostüfejnyi nagyságú csomokból állott, melyek sűrű el-  
rendeződésben voltak egymás mellett s a granuloma külemét  
mutatták. Itt-ott a képletben keresztül egyes barázdák vonul-  
tak át, s míg a göbésék alapja és környezete sötét, egész  
vérvörös színeződést mutatott, addig azok teteje rózsaszínű  
volt s helyenként a felhám megvastagodása által kissé tömöt-  
tebb tapintatú.

A felhám hol megvastagodott, hol meg megvékonyodott,  
úgy hogy a göbésék azon benyomást tették rám, mintha  
azok a nyelv szemölcsök túlbujánzásából keletkeztek volna.  
Az egész — mint említém egy granulomához hasonló —  
képlet még a nyelv alsó felületére is áterjed, bár itt csak  
néhány milliméternyi kiterjedésű. A nyelv hátán levő papillae  
filiformesek csak kevésbé voltak megnagyobbodva s felhám-  
juk csak itt-ott volt megvastagodva; a papillae circumvallatae  
azonban egész rendes kinézésűek voltak. Hasonlóképen a száj-

űr nyálkahártyája, a kemény szájjpad, valamint ennek szom-  
szédsága, nem mutatnak semmiféle elváltozást.

Ezen bántalommal járó kellemetlen alanyi tünetek az  
evésnél nagyobb mértékben jelentkeztek, mint a beszédnél,  
de még ekkor sem oly mértékben, mint azt a kórkép meg-  
tekintésénél lehetett volna gondolni. A leírt bántalom egész  
ismeretlen volt előttem, magam eddig még hasonló esetet sem  
nem láttam, sem pedig az irodalomból nem ismertem. Leg-  
inkább még azon kóralakhoz hasonlított, melyet *Butlin* tan-  
könyvében („Diseases of the Tongue“, London 1885.) „nyelv-  
naevus“ címmel ír le, s melyet képpel is ellát. Azonosságot  
azonban még ezen bajjal sem lehetett kimutatni, ha a fenti  
ábrát a *Butlin*-felével összehasonlítom; szövettanilag is csak  
annyiban lehetne rokonságról szó, a mennyiben a *Butlin*  
esete véredény, az én esetem pedig nyirkedény megbetegedé-  
ssel járt.

A helyes kórisme megállapítása céljából az újképlet  
kis részét kivágva, azt *Török* dr. úrral egyetemben megvizs-  
gáltam. A szövettani vizsgálat lymphangioma jelenlétét mutatta.  
A kerek cystaszerű képletek endothellel fedett nyirokürök  
voltak, számos tekervényes nyirokdedény kiöblösödésekkel.  
Rendes alakú papilla nem volt látható; a papillák helyen-  
ként eltűntek, helyenként nem, de az utóbbi esetben mind  
protoplasma bennéket tartalmaztak.

Daczára a beteg azon állításának, hogy a bántalom  
csak az utolsó években fejlődött, sok jel szólt a mellett,  
hogy itt egy veleszületett bántalommal van dolgunk. Miután  
e képlet betegnek nagyobb bajt nem okozott s így sebészi  
beavatkozásról hallani sem akart, rövid ott tartózkodás után  
kórodámat elhagyta.

### II. *Erythema et herpes linguae.* (L. 2. ábra.)

A nyelv nyálkahártyájának erythemáját nem ritkán szok-  
ták súlyos bántalmak követni. Ilyen következményeket külö-  
nösen chronikus lefolyású bántalmaknál láttam és ott, a hol a  
nyálkahártya megbetegedése gyakrabban szokott ismétlődni.  
Az erythema fellépése syphilisnél mutatkozik egyidejű plaques-  
képződéssel a nyelv-, garat- és pofanyálkahártyán, továbbá  
a leucoplakia kezdetleges stadiumában, valamint a glossitis  
exfoliatívánál, különösen ez utóbbinál, hol néha a vörös foltok  
finom hámsejtekből képződött keret által körülveve tűnnek  
elő. Az ú. n. lingua geographica első stadiumában a vörös  
foltok hosszabb ideig állanak fenn, a nélkül, hogy akár színre,  
akár kiterjedésre nézve valamit változnának; mihelyt azonban  
a bántalom nagyobb fokot ér el, a vörös foltok is nagyobbod-  
nak, központjuk sötétebb vörös lesz s így környi részük vilá-  
gosabbnak tűnik fel. A foltok majdnem mindig fájdalom-



nélküliek, mit másfajta fölpires alakoknál nem igen tapasztalunk. Gyakran észleltem oly betegeket, kik ezen bajban szenvedtek, a nélkül, hogy valami kellemetlen alanyi tünetről panaszkodtak volna és másokat, kik tudomással sem bírtak volna fennálló bántalmukról, ha csak valamely véletlen erre őket nem figyelmezteti.

Másképp áll azonban a dolog a heveny, lobos erythemáknál, melyeket a lázas, kütéges kóralakoknál találunk: himlő, kanyaró, vörheny, továbbá az exsudatív természetű erythemáknál, melyek a köztakarónak ugyanilyen természetű fölpires alakjaival hason megítélés alá esnek. Ezen erythemákkal egy időben az arcban hólyagesák is szoktak fellépni, úgy hogy ez utóbbiak a nyákhártyabántalom kísérői gyanánt jelentkeznek. Ilyen complicatiók nem igen gyakran fordulnak elő és azokat leginkább ott találjuk, hol a szájür szomszédságában: az ajkon, a pofán vagy egyáltalában az arc valamely részén fölpires vagy hólyageszerű bántalom már fennáll. Az ilyen esetekben a szájür nyálkahártyája a köztakarónak említett elváltozásaival néha egy időben szokott megbetegedni, néha pedig csak utólag.

Néhány éve annak, hogy *Fournier* utalt arra, hogy luetikusok szájában, a nyelv felületén sömörszerű elváltozások láthatók, melyeket gyakran bujakóros eredetűeknek tartanak; ő bizonyos rokonságot igyekezett találni ezen hólyagesa-kitörés és a herpes progenitalis között s úgy gondolkodott, hogy valamint a coitus a genitális herpesznek szokta gyakran előidéző okát képezni, úgy a szájnyálkahártyán előforduló herpesnek előidézője a syphilitikus vírus. Nekem még nem nyílt eddig alkalom hasonlót észlelni és míg a syphilitikus plaqueok körül igen gyakran látunk erythemás és lobos folyamatokat, addig ez utóbbi említett és *Fournier* szerint előforduló elváltozását a szájnyálkahártyának egészen ritka észlelésnek kellene mondanunk. *A valódi herpes linguae egy igen ritka bántalom*, ritkább még mint a nyákhártyákon jelentkező pemphigus; egyes szerzők azonban azon tévedésbe szoktak esni, hogy azonosítják ezen bántalmat az ajkon vagy a szájnyálkahártyán előforduló herpesszel.

Alkalmam volt egy ilyen, csak a nyelv felületén előforduló herpes alakot észlelni, melynek közlése érdekes, egyrészt tekintettel a bántalom ritkaságára, másrészt pedig azért, mert más szakemberek, nevezetesen *Fairlie Clarke* és *Bullin*, kik ezen bántalomról csak röviden emlékeznek meg, saját tapasztalatok felett nem rendelkeztek.

I. K., 22 éves eddig teljesen egészséges leány, a jobb arczon fellépett herpes facialisa miatt kórházba került. Az arczon levő rendetlenül csoportosított hólyagesákon kívül itt-ott a hólyagesák között előforduló fölpires elváltozások is láthatók. Két napi kórházi tartózkodás alatt, míg a beteg nyelvfájdalmakról panaszkodott, szemünk láttára jelentkezett egy hólyagesa-kitörés, mely a nyelv jobb oldalát majdnem egészen ellepte. A hólyagesák hol egyedül állók voltak, hol pedig kisebb csoportokat képeztek, azonban mindnyájan átlátszó savós folyadékkal voltak megtelve. Míg a nyelv nyugalomban volt, addig fájdalom nem jelentkezett; mihelyt azonban akár evésnél, akár a beszédnél a nyelv természet-szerű mozgásait végezte, kiállhatatlan fájdalom jelentkezett. A beteg csak hig táplálékot volt képes venni, mert a nyelv fájdalomosságán kívül kífokú láz is volt jelen. Maga a hólyagesa-képződés nem tartott soká, a mennyiben már a 2-dik napon az egyes, eddig különálló hólyagesák összefolytak s egy nagyobb, petyhüdt, dudoros felületű hólyaggá változtak át és a felhámnak leválása után sekély fekélyekké alakultak át. A bántalom lefolyása különben igen lassú volt és majdnem 2 hétbe került, míg a nyelv rendes kinézését visszanyerte, sőt még akkor is lehetett helyenként sötétebb színű foltokat látni, melyek az előrement hólyagesa-kitörés helyén mutatkoztak. Rővid idő alatt az arcz herpese és erythemája is teljesen visszafejlődött, de még sokáig visszamaradtak egyes rózsaszínű foltok, melyek, a beteg kórházi tartózkodása alatt, alig változtak meg.

(Folytatása következik.)

## Közlemény Korányi Frigyes tanár I. belgyógyászati klinikájáról.

### Adatok az arterio-sclerosis aetiologiai viszonyaihoz.

Irta *Ritóké Zsigmond* dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

Az *infectiós aetiologiat* két részre oszthatjuk. Heveny fertőzés 133 esetben (34.9%) volt kimutatható, valamennyi tényező között tehát aránytalanul a leggyakrabban. E szám az összehasonlításhoz vett, s már említett 400 esetben talált 100 acut infectióval terhelt esetet: 25.0%-ot csaknem 10%-kal mulja felül, ezzel együtt nemesak azt mutatva, hogy ezen bántalmakat mily kevés embernek sikerül elkerülni, de azt is, hogy az arterio-sclerosis előidézésére befolyással kell bírnia. *Houchard* szerint minden acut infectiós betegség hozhat létre arterio-sclerosis, maguk az elváltozások leginkább a kisebb edényeken jelentkeznek, s miután igen nagyfokú kötőszövet-hypertrophiából állanak, az izomelem ezzel szemben úgy viselkedik mint egy kötőszöveti májgyuladással a parenchyma. A folyamat kezdetben nem feltűnő, de 5—20 év alatt sclerosis renalis, hepatica, cerebrosplanialis, myocarditis, aorta-bajok követhetik. E tekintetben igen nagy értékű a *Landouzy-Siredey* értekezése egy typhus abdominalis kapcsán, melynél a 2. héten egy-két napi kihagyó pulsus után, a 23 éves betegnek, ki már 2 év előtt egy kórházilag észlelt abdominalison ment keresztül, hirtelen halála állott be. A bonczélet a szívomrostoknak kezdődő degen. adiposája mellett a finom ütőerek endarteriitis obliteransát mutatta, mint subacut folyamatot, s egy régebbi eredetű, nyilván az első infectio alkalmával szerzett, arterio-sclerosis a nagyobb edényeken. A mikroskopi lelet nagyjában megfelelő volt azon képnek, melyre, mint sclerose cardiaquera még visszatértünk. Kétségtelen, hogy a végtagok izmaiban, az egyenes hasizmokban e bántalom után fejlődni szokott degeneratiók és elhalások hasonló alappal bírnak, hogy ez nemesak az abdominalis specialis tulajdonsága (*Houchard* variolánál észlelte), s hogy arterio sclerosis nemesak a szívben, de minden más szervben is fejlődhetik hasonló alapon.

A *Landouzy* esetéhez hasonlót találunk kórtörténeteink között. A 21 éves férfi 1880. novemberben betegedett meg typhus exanth.-ban a klinikán kívül; a gyógyulás ideje alatt, december 30-dikán apoplexiát kapott, melynek nyomán 1882 márciusban még fennálló baloldali hemiplegiával, aphasiával, epileptiform görcsrohamokkal jelentkezett a klinikán. Az előadason is bemutatott beteg a bal hemisphaerában beállott vérömleny diagnossal kezeltetett, s változatlanul hagyta el a kórházat. A beteg fiatal kora feljogosít annak felvételére, hogy az arteriákban beállott elváltozások, melyeknek következménye lett az apoplexia, a fertőzés idején subacut jelleggel fejlődtek.

Az idült fertőzések bántalmak közt, úgy látszik, a malariának és luesnek van nagyobb szerepe az aetiologiában. Francia szerzők a tuberculosisnak is tulajdonítanak szerepet, de a mi ezt illeti, a kérdés nagyon kevésbé van tanulmányozva, s a tuberculosis óriási elterjedettsége mellett, még az arterio-sclerosisnál, ezen első sorban idős kori megbetegedésnél is feltűnő, hogy nálunk csak 1%-ban (4 szer 381 eset közt) van jelen az aetiologiában, s így ez bátran tekinthető a véletlen találkozásának. Persze nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy a tuberculosis végzetes kimenetele általában gyorsabb, mint az arterio-sclerosisnak lassú fejlődési időszaka.

Közelebb állónak látszik a *malariával* való összefüggés. Statistánkban 96-szor, tehát 25.2%-ban találjuk ezt egyedül vagy más tényezőkkel társulva a kórelőzményi adatok közt, tehát legnagyobb számban a heveny infectiós bántalmak után. De a 400, összehasonlításhoz felvett esetben is 90-szer = 22.5%-ban lehet kimutatni, mi e bántalom jelentőségét a statistika alapján nem tünteti fel oly nagynak, mint a milyenek általában tartják, bár *Laveran*<sup>1</sup> különösen kiemeli az edényeknek cirrhotikus jellegét a megnagyobbodott, úgy interstitialis, mint parenchymás szövetükben hypertrophizált

<sup>1</sup> *Houchard* idézete után.



májban és lépben. A *lues*, e legrégebben s legáltalánosabban elfogadott tényező, melynek még az öröklés útján is kell szerepének lenni, 11·3%-ban (43 eset) fordul elő, szemben az összehasonlításhoz szolgáló 400 esetnek 7·5%-ával (30 eset), s ebből befolyása nagyobbak látszik a váltólázénál. Különben összefüggésére a *tabes-szel* még visszatérünk.

Az idegbefolyások közé tartoznak, mint említettük, azon ritka esetek, melyekben egyes féloldali neuralgiák mellett ezen oldali edények arterio-sclerosisa észleltetett, továbbá a *szellemi és morális túlfáradás*, melynél csak másodrendű szerep juthat az intoxicációnak és az idegrendszer működése praeponderál. Kétségtelen, hogy heves indulatok edénygörcsöket okozhatnak. Ezek első sorban az edényrendszerre, s nem a szívre hatnak, abban összehúzódnak, s ezáltal hipertensiót hozva létre. „Képzeljünk indulatokat“ — mondja *Houchar* — „melyek gyakran ismétlődnek, mint ezt politikuskok, bankárok, nagyraevágó, félreértett emberek életében látjuk; megérthetjük, miért van ezeknek ütőrendszerre állandó hipertensióban, mely lassankint sclerosisa kifejlődésében végződik.“

Hogy ez irányban statistikánk hiányos, ismét a beteganyag intelligenciájából magyarázható, mely kevés kivétellel ily finom momentumok kiderítésére nagyon is alacsony.

103 esetben egyáltalán semmit sem tudunk kimutatni aetiologia gyanánt, a betegek azon bántalom fellépteig, melylyel a klinikára jöttek, mindig egészségeseknek tartották magukat. Ez 27%-ot tesz ki, tehát meglehetősen jelentékeny arányt, de megbízhatóságához igen sok fér, a mennyiben a betegek a gyermekkor, főleg a kora gyermekkor betegségeire nem emlékeznek a legtöbbször.

Itt kívánjuk megemlíteni, hogy az arterio-sclerosisa klinikánk statistikája szerint is főleg a férfiak megbetegedése, csak 29·2% jutván a női nemre (111 eset) szemben a férfiak 70·8%-ával (270 eset.) S nincs okunk kételkedni az általán elfogadott magyarázatában e ténynek: hogy a férfiak mind a felsorolt aetiologikus tényezőknél sokkal inkább kitett életmódot folytatnak, mint a nők, a mennyiben csak az acut fertőző bántalmak megszerzésének vannak körülbelül egyenlő mérvben kitéve.

\*\*\*

Ismeretes, hogy arterio-sclerosisa mellett igen gyakran, mondhatni csaknem minden esetben, más szervben vagy szervekben is találunk megbetegedéseket, a mi természetes is a betegség diffus természeténél s az arterialis rendszernek minden más szerv működésében elfoglalt tápláló szerepénél fogva. Ha 20 éves statistikánkat tekintjük, a 381 eset közt csak 42-t (11·0%) találunk olyat, melynél a klinikai vizsgálat az arteriák megbetegedésén kívül mást kideríteni nem tudott. Érthető a dolog abból, hogy míg csak az edényeket illeti a bántalom, annak tünetei ritkán okoznak oly nehézségeket a betegnek, hogy orvos felkeresésére volna kénytelen.

Bár a kórboneztan már régóta ismeri azon elváltozásokat, melyek az endarteriitis-szel együtt fordulnak elő a legkülönbözőbb szervekben, mégis csak mióta *Gull* és *Sutton* ismeretes tanulmánya a chronikus vesegyulladások köréből az arterio-sclerosisa által okozott kötőszöveti vesegyuladást, mint önálló alakot kiemelte, fordult a figyelem azon összefüggésre, mely a szóban forgó bántalom és az edényrendszer egyéb alakú és kórtünetekkel járó megbetegedései, továbbá az endarteriitis s más szervek megbetegedései között fennáll.

E tekintetben mondhatni korszakot alkotó, s minden szerzőnél a legnagyobb elismeréssel említették két értekezés, a *Martiné*, mely 1881-ben, s a *Duplaixé*, mely 1885-ben jelent meg. Mindketten kiemelik a szív, máj, lép, vese s a központi idegrendszernek azon elváltozásait, melyek az arteriitisekkel együtt fordulnak elő. Ugyanolyan természetű elváltozások ezek, mint a milyen a kötőszöveti vesegyulladás, a hepatitis interstitialis, s e mellett fellépő léptömörülés, a központi idegrendszerben a systema degeneratiók, a sclerosisa disseminata, a vérkeringési szervekben a szívnek arterialis eredetű bántalmi. Az említett szerzők megegyeznek abban, hogy e szervekben kötőszöveti hypertrophiát találhatunk, melynek mint a *Duplaix*-féle kórboneztalok s mikroskopi

tanulmányok alapján készült vizsgálatok bizonyítják, mindig valamely arteriitis bizonyos alakjában levő véredény képezi a kiindulási pontját. S e hypertrophia következményei a parenchymát csak akkor érintik, ha a sclerosisa a támasztó szövetben már jelentékeny. E kötőszövet-hypertrophia, melyről *Martin* különösen kiemeli, hogy *nem gyuladós eredetű* — a végbemenő folyamatot *primitiv lobnak* nevezi — „hanem egy táplálkozási zavar közvetlen következménye, jellemezve az oda-vitt tápanyagok elégtelensége által“, mely elégtelenséget az okozza, hogy endarteriitis obliterans fejlődik az illető szervekben. Ezért *Martin* minden ilyen mű megbetegedést az arterio-sclerosisa *következményének* tart, s hogy ezen alakot más, gyuladós folyamatoktól elválassza, *sclerosisa dystrophique*-nek nevezi. Csak egy betegség létezik lényegileg, ez, a tanulmányunk első részében tárgyalt aetiologiai tényezők által létrehozott arterio-sclerosisa, s a többi elváltozásokat helytelen mint különálló szervi megbetegedéseket felfogni, minthogy ezek épen úgy tünetei a bántalomnak, mint pl. a máj pangásos túltengése a bicuspidalis bántalomnak. És itt *Duplaix*, bár a tények tárgyalásában, fennállásának bizonyításában *Martin*-nal teljesen egyezik, a tények magyarázatát illetőleg tőle lényegesen eltér. Valamennyi felsorolt aetiologikus tényezőt alkalmasnak tart arra, hogy egy diathetikus bántalmat eredményezzen, melyet miután sclerotizáló folyamatokban nyilvánul, *diathèse fibreuse*-nek nevez, s melynek közös következménye az arterio-sclerosisa s más szervek sclerosisa. Kiemeli, hogy valamennyi, a fent felsorolt betegség után végzett boncsolás alkalmával, a mikroskopi vizsgálat az illető, előtérben álló bántalom kivül minden szervben kimutatta az arterio-sclerosist, s ezzel bár még ha minimalis fokú, s még csak kezdődő sclerotizáló folyamatát a többi parenchymás szerveknek. Az arteriitis ugyan az, a mi vezeti mindenkor a folyamatot, de a „sclerotikus bántalmak a különböző szervekben egyidejűek és ha egyik még kiválóan van is megtámadva, általános arterio-sclerosisa is áll fenn“.

Maguk a francia szerzők, kikkel a németek, mint látni fogjuk, lényegesen ellentétben állanak, általában a *Martin* magyarázatát fogadják el. S midőn e különben igen könnyen megnyerő felfogásnak vizsgálatába akarunk becsatlakozni, önként felmerül a kérdés, hogy miért nyilvánul egyes esetekben egyik, másokban másik szervben a dystrophiás sclerosisa kiválóan, sokszor annyira kiválóan, hogy tisztán az illető szerv megbetegedése uralkodik a klinikai kórképen, s az ú. n. alapbántalom tünetileg, sőt boncztanilag is teljesen háttérbe szorul.

E tekintetben mindenekelőtt az aetiologikus tényezőkre kell gondolnunk, mert kétségtelen, hogy ezek nagy befolyással bírhatnak, a szerint, a mint természetüknél fogva valamely szervre az általános hatás mellett legelőbb és legintensebben hathatnak, mint pl. az alkohol a májra, vagy az ólom a vesékre. Másrészt egyeseknek hatásmódja eddig meg nem magyarázott alapon érvényesül az edényrendszer egy vagy más részén, mint pl. a *lues* után az agyalapi ütőereken, vagy aneurysmák alakjában az aortán.

Ezen aetiologiai szerepen kivül nyilván befolyással bír egyes szerveknek praedispositiója a megbetegedésre, habár nincs nagyobb mértékben megtámadva az alapvető diffus bántalom által, mint a többi, melyek a diffus bántalom mellett is fenn képesek tartani normalis működésüket. Ilyen praedispositiót bármely egyéb okokból származó gyöngébb volta teremthet egyes szerveknek. A gyengeséget az illető szervnek megelőzőleg kiállott valami megbetegedése, vagy átöröklött tulajdonsága teremtheti meg.

(Folytatása következik.)

## A nervus facialis viszonya a hallószerv bántalmához.

Írta: *Tomka Samu* dr., főorvos Budapesten.

(Folytatás.)

### Boneztani változások.

A hűdött arcidegnek boneztani változásairól egészben véve csak igen szörványos boneztani és szövettani leletek léteznek.



A mi erről eddig ismeretes, a következőkben foglalható össze: vérbőség (*Schwartz*, *Voltolini*); a kötőszövetnek beszűremkedése és sarjadzása által okozott duzzanata az ideghüvelynek (*Politzer*); a genyes középfüllobnál és a dobüreg falak cariesénél a neurilemma és az arczideg genyes beszűremkedése; az arczideg atrophíája; annak sorvadása heges compressio folytán, vagy a facial-csatorna hyperostosisának nyomása következtében; annak destructiója és heges elváltozása.

Különös érdeklődéssel bir az *Erb*<sup>1</sup> által közölt lelet, a mennyiben az a dobüreg cariesénél a facialis változásainak kimerítő szövettani részleteit tartalmazza. *Erb* ugyanis az összenyomási helyen az idegrostok közt sok finom szálágú kötőszövetet, számtalan ovalis, gyengén sarjadzó maggal talált, míg a rostoknak részint nagyfokú degeneratiója (az idegvelő szétesése, számos zsíreseppnek fellépése) kezdődött, részint pedig itt ott teljesen ép volt.

A degeneratio foka általában egyenes viszonyban van a faradikus reactionnak az életben észlelt csökkenésével.

Igen nagy érdeklődéssel bir az utóbbi időben közölt két egymással megegyező kórboneztani lelet. Az egyik peripher rheumatikus arczideghüdesre vonatkozik, a másik a sziklaesont cariesénél fellépett facialis-hüdesre.

Az első esetet *Minkowskinak*<sup>2</sup> köszönhetjük. A kórboneztani leletből kitaláljuk, hogy a határozottan rheumatikus arczideghüdesnek alapját tisztán degeneratív környi neuritis képezi, az epi- vagy perineurium minden lobos tünete nélkül. A legjobban előrehaladt elfajulási tüneteket a legkönyibb ágakban találta, melyek felfelé a gangl. geniculi felé csökkentek.

A megbetegedett ideg gyöke és a can. Fallopiába belépő része a ganglionig, szintúgy a ganglion is teljesen ép volt; de a gangl. geniculitól lefelé igen előrehaladt degeneratio volt jelen. A környi ágak közül némelyek a legelőrehaladottabb elfajulási stadiumban levő rostokat tartalmaztak, a melyek között csak igen kevés szétesett volt látható, legnagyobb részt már zsíreseppektől körülvéve, itt-amott már egyes újonnan képződött vagy regeneratióban levő idegrostokat. Más idegágakban a degenerált idegrostok között még számtalan ép rost is volt. A keresztmetszetben az idegvelőből alig volt valami látható, de a tengely cilinderek még jórészt megtartva voltak.

Schol és főképp a Fallop-csatornának egy részén sem volt valami változás, mely a neurilemma lobos folyamatára vonatkozhatott volna. Az ideg mindenütt könnyen kiemelhető volt a csatornából és úgy az epi- mint perineurium teljesen ép viszonyokat tüntettek fel, seholy semminemű sejtszaporulat vagy kötőszöveti sarjadzás, semminemű változás az edényeken.

A másik eset *Darkschewitsch* és *Tichonowtól*<sup>3</sup> ered. A szövettani vizsgálat az egész ideg mentén annak magváig elváltozásokat tüntet fel. Ezen elváltozások nem teljesen egyenlők az ideg kiterjedésében. Azon változások, melyek a peripher részeken találhatók, körülbelül 2—3 mm.-nyire peripher a gangl. geniculitól kezdve a parenchymatosus neuritis tüneteinek felelnek meg; a központi részlet azonban — a gangl. geniculitól a magig — első sorban a secundaer degeneratio tüneteit mutatja, a mikor már a rostok jelentékeny része teljesen atrophizált. A mag is igen nagy változásokat tüntet fel, de lobból eredő elváltozások nem találhatók rajta.

A genyes középfüllobnak a facialisra való behatására megjegyzendő, hogy vannak esetek, a melyeknél a Fallop-csatorna dehiscenciája vagy a n. facialis esontesatornájának szétroncsolása folytán az arczideg közvetlenül a geny által lett körülöblítve, a nélkül, hogy az életben facialis paresis tünete észleltettek volna. *Voltolini*,<sup>4</sup> *Hessler*,<sup>5</sup> *Gruber*,<sup>6</sup> *C. E. Hoffmann*<sup>7</sup> esetében a lobnak tovaterjedése a dobüregből az agyűrbe az arczideg mentén történt a facialis működési zavara

nélkül, a mi ez ideg nagy ellenálló képessége mellett szól, mert nem lehet azt felvennünk, hogy talán perineuritis folytán a kötőszövet megvastagodott és védte az ideget, mert néha nincs a kötőszövet megvastagodva, sőt az ideghüvely is hiányzik és még sines facialis hüdes, máskor a megvastagodott kötőszövet védte az ideget és mégis facialis paresis lépett fel, sőt épen a megvastagodott ideghüvely nyomás folytán maga is facialis hüdest okozhat.

Az arczideg rendkívüli regeneráló képessége mellett szól *Bezoldnak*<sup>1</sup> egy esete, a melyben a kilökött sequester a Fallop-csatorna legnagyobb részét magában foglalta és a facialistól beidegzett izmok mindamellett még évek mulva is rendesen működtek. Továbbá *Schwartz*<sup>2</sup> esete, melynél műtét alkalmazásával kétségen kívül constatálva volt, hogy a Fallop-csatorna cariese által szabadon fekvő idegből egy darab hiányzott, az ideg mindkét végét látni lehetett és később a hiányzó résznek regenerálnia kellett, mert hat hó mulva a caries gyógyulása után a vezetés ismét helyre állott.

#### Tünetek.

A facialis területén a hüdesi tünetek sokkal kifejezettebbek az arczideg környi, mint központi megbetegedéseinek, de súlyos központi megbetegedéseknél a hüdesi tünetek szintoly intensív módon kifejezettek lehetnek. Az arczideg hüdes előjeleit gyakran fájdalmak lépnek fel a fülben és a fül mögött és a megfelelő arczfélben, a n. auricularis magnus és a II-dik trigeminus ágnak megfelelően; néha fülzúgás és abnormis izérzések jelentkeznek.

A paresis első kezdetében, a mikor a bántalom nem hirtelen, kifejezett paralyssal lép fel, továbbá kisebb fokú bántalmaknál, első tünetként a naso-labial baráza erősebb elsimulása, az ép oldalhoz hasonlítva és a megfelelő szájjúgnak alantabb állása észlelhető. Más, kezdetben feltűnő zavarok a bántalmazott oldalon folyadéknak a szájjúgon való lefolyása és könyesorgás.

A kifejezett hüdesnél mindjárt szembetűnő tünetek, mint a szájrésnek rezsutos állása, lagophthalmus, a homlokbarázdák elsimulása, salivatio és a fütyülésnek, az arcz felfúvásának kivihetlensége, esetleg sirási képtelenség, oly általánosan ismertek, hogy azoknak bővebb részletezését itt feleslegesnek tartjuk.

A hüdes vagy az arczideg összes ágaira kiterjed, ha lefutásának egy helyén a vezetés teljesen megszakadt (*Politzer*); gyakran azonban csak egyes ágak vannak bántalmazva, míg mások csaknem érintetlenek. Így néha csak a felső, az orbicularis palpebrarumot és a musculus temporalist ellátó idegágak vannak erősebben hüdve, máskor pedig az orrszárnnyhoz és a szájjúghoz vonuló ágak.

Míg az utóbbi esetekben környi hüdeseknél csak az idegtörzs egyes kötegeinek megbetegedésére következtetünk, addig az ideg környi elágazásának tökéletes és állandó hüdesénél az idegtörzs mentén súlyos bántalmazást kell felvennünk, a mely által a vezetés teljesen megszakított.

Gyakori, de nem állandó tünet arczideghüdeseknél a bántalmazott oldal lágyszájpad izmainak (levator palati mollis) paresise vagy paralyssise. Ez a garat nyugalmi állapotában az uulának feltűnő görbe állása és phonationál a megfelelő garatfél csökkent mozgathatósága által ismerhető fel.

Hogy ezen esetekben a garatvitorla hüdesé miáltal okoztatik, azt most még nem magyarázhatjuk meg, miután *Réthy*<sup>3</sup> kísérleti vizsgálatokkal kimutatta, hogy a levator palati mollis nem a facialistól, hanem a vagustól idegeztetik be.

A facialis-paresis többnyire egyoldalú. Otitikus eredetű kétoldali arczideghüdes mindössze néhány ismeretes. Az első, *Wredentől* közölt eset egy otitis media diptheriticára vonatkozik; a második *Tröltschtől*<sup>4</sup> egy otitis media suppurativára mindkét oldali polypképződéssel; a harmadik eset *Ehrmann-*

<sup>1</sup> Deutsches Archiv für klinische Medicin. V. k. I. füz. 44. old.

<sup>2</sup> Berliner klinische Wochenschrift 1891. V. sz.

<sup>3</sup> Neurologisches Centralblatt 1893. Nr. 10.

<sup>4</sup> Virchow's Archiv. XVIII. köt. 45. old. és XXI. köt. 219. old.

<sup>5</sup> Arch. f. Ohrenheilkunde. XVIII. köt. 26. old.

<sup>6</sup> Lehrbuch der Ohrenheilkunde.

<sup>7</sup> Archiv für Ohrenheilkunde. IV. kötet, 282. old.

<sup>1</sup> Zeitschrift für Ohrenheilkunde. Labyrinthnecrose.

<sup>2</sup> Magánlevél.

<sup>3</sup> Verhandlungen des physiologischen Klubs zu Wien. 1893.

<sup>4</sup> Lehrbuch der Ohrenheilkunde.



tól<sup>1</sup> kétoldali otitis media suppurativa acuta esetében; *Ludewig*<sup>2</sup> idült dobüreggyenedésnél a sziklacsont cariesével; *Kélli*<sup>3</sup> esés után kétoldali sükettség és fac. hüdés; *Max*<sup>4</sup> kétoldali genyedésnél, mindkét oldali csiga kilökötésével; *Krüger*<sup>5</sup> kétoldali peripherikus rheumatikus hüdésnél.

A kétoldali facial-paralysis tüneteit a következők említetnek: kifejezéstelen, márványszerű, merev arcvonások, logophthalmus, száraz szaruhártya, nyálfolyás, petyhüdtlen lelógó alsó ajak és lelógó áll, a melyet kendővel kell felkötni.

*Ízérzési zavarok* a megfelelő nyelvfélen maguk által a betegek által csak ritkán vétetnek észre, gyakrabban sikerül azokat mindkét nyelvfélen édes, keserű és sós anyagokkal történő összehasonlító kísérletekkel kimutatni.

A megfelelő nyelvfélen ízérés zavarából a facialisnak a chorda tympani kilépése mögötti bántalmára csak akkor következtethetünk, ha nincs genyes középfüllob jelen, mert ez utóbbi esetben egyedül a középfül genyedésnek a chorda tympanira való behatása már elegendő a nyelven ízérzési zavaroknak létrehozására (*Moos, Urbantschitsch*).

*Subjectiv fültünetek.* Facialparesisek és paralysiseknél fellépő subjectiv fültünetek sokféle mozzanat által okoztatnak. *A hol a középfülben kimutatható változások, mint hurut, genyes középfüllob vannak jelen, a subjectiv zörejeiket, mint ezektől függőket kell tekintenünk.*

*Azon esetekben ellenben, a hol facial-megbetegedés a középfül kimutatható változása nélkül fülzúgással lép fel és a tünetekből az idegnek a Fallop-esatornában való bántalmára következtethetünk, az alanyi tünetek, például a rheumatikus hüdésnél, egyidejű izgalmi állapotra vonatkoztathatók.*

*Nem utasítható ugyanis vissza azon gondolat, hogy ugyanazon ártalom, a mely arczideghüdedést okozott, egyúttal a tömkeleget is érheti, vagy ha egy lobos állapot vétetik fel a Fallop-esatornában a hüdés okául, az ezzel kapcsolatos hyperaemia a szomszédos tömkelegre tovaterjedhet, a mely elégséges subjectiv zörejeik kiváltására.*

*Hallási zavarok.* Kimutatható középfülbántalom nélküli facial paralysisnél olykor észlelhető hallási zavar s alanyi tünetek némely szerzőtől a facialistól beidegzett musculus stapedius hüdésének következményét tekintetnek. Ez által a kengyel a musculus tensor tympani, a stapedius antagonistája által erősebben az ovalis ablakba nyomatik és a tömkelegnyomás nagyobbbitatik.

Ezen theoretikus feltevésen alapuló hypothesis azonban klinikailag nincs bebizonyítva. Sőt sokkal valószínűbb, hogy a Fallop-esatorna sziklacsontban lefutó részének lobos bántalmánál a lobos izgalom a szomszédos tömkeleg üregre áterjed és ez által szintúgy hallási zavar, mint subjectiv zörejeik okoztatnak.

Ellenben klinikailag ki van mutatva, hogy ott, hol a facialis paralysis a tensor palati mollis hüdésével van kombinálva, különböző fokú hallási zavarok az által fejlődhetnek, hogy a garat-kürt izomzat működési képessége csökken, mi által a középfülnek a működéshez szükséges ventilatioja elmarad. Ezen hüdéseknek következményei a középfül hyperaemiája és duzzanata, savós izzadmány képződés a dobüregben, maradandó következményeivel, mint a dobhártya atrophijája, adhaesiók a hallócsontocskák és a dobüreg falai között stb.

*Hyperacusis.* Ez a fent említett, az acustikus végképleteinek bonczani változások által létrehozott izgalomból magyarázható.

*Roux* szerint a hallóideg érzékenysége arczideghüdedésnél erősebb hang behatások iránt mutatkozik, *Moos* és *Lucas* szerint különös érzékenység legyen a mély hangok iránt.

A facialis clonikus görcsei a fülbántalmaknál leggyakrabban ott fordulnak elő, a hol a betegségi folyamat az arcz-

idegre áterjed anélkül, hogy súlyosabb sérülést vagy a vezetésben megszakítást okozna. Leggyakrabban észleltetnek tehát középfülgyenedések folyamán mint előjelei a facial paresisnek és paralysisnek az ideghüvely lobos izgalma mellett.

Erősebb paresis vagy paralysis bekövetkeztével meg is szűnnek a facialis területén a rángások. Néha a tie convulsif csak az arczideg terület egyes ágaira szorítkozik, leggyakrabban a naso-labial tájra, ritkábban az orbicularis palpebrarum ágaira.

*Nyáleválasztás.* Hogy mily befolyást gyakorolnak a facialhüdedések, a melyek bonczani székhelye a chorda rostok kilépési helye mögött fekszik, a nyáleválasztásra, még nincs egészen tisztázva. Az észlelés nehézsége abban is rejlik, hogy egyoldalú arczideghüdedésnél éppen a nyáleválasztás nem könnyen ellenőrizhető. Pontos észleletek a megváltozott nyáleválasztásról csak mindkétoldali arczideghüdedéseknél ejthetők meg, de az eddig közölt ritka esetekben az idevágó vizsgálatok hiányosak.

*Loeb*<sup>1</sup> szerint a facialis átmetszése után reflectorikus nyáleválasztás nem történik.

(Folytatása következik.)

## Közlemény az egyetemi II. belklinikáról.

### A paralysis spasticáról és az öröklött idegbajokról általában.

Irta: *Jendrassik Ernő* dr., egyetemi ny. rk. tanár.

(Vége.)

Felemlítendő további tünetek: a *nystagmus* (*Freud, Bernhardt, Pelizaeus*), a mely a mi eseteinkben ilyen alakban legalább nem fordult elő, az *idiotaság*, a mely talán a II. család fián kezdődik, a *rossz karakter*, durcús, duzzogó, ellenkező természet, ez a III. család idősebbik leányában nyer kifejezést, ezenkívül vannak még más, részben később felemlítendő kóros jelenségek. Ide tartozik a *beszédzavar* is, a mely második családunkban, a fiún jelentékenyebben, a leányon kevésbé mutatkozik, s a melyet egyik szerző találóan beszélő gép monoton, vontatott, szellemtelen hangviteléhez hasonlít. Ezen tünet eredetét talán inkább az inyvitóla izmainak hypertóniája okozza, mint azok bénulása, mert bénulást, legalább a mi esetünkben, nem tudunk kimutatni, s a vontatott, mintegy akadályokkal küzdő beszéd mód igen emlékeztet az alsó végtagok mozgás zavarára.

A mi magát a főtünetet illeti: a *járás zavarát*, úgy az nagyjában véve egyenlő eltérést mutat. A lábak helyzete eleinte a lóláb állást veszi fel, majd befelé is fordul s az equinovarus tartásba megy át, a megfelelő, nem nagyfokú eltorzulással. Ezen lábállást főleg az Achilles-in s később a tibialis post. inának megfeszülése okozza, azonban valószínűnek vélem, hogy a peron. brevis s azután a lábujjak hosszú extenzorának gyengülése már korán hozzájárul ezen eltorulás létrejöttéhez. Ez a lokalisatio határozottan agyvelői eredetre vall. Kétségtelen, hogy ezen lábállás a főakadálya a járásnak: a két láb egymásba akad a lépésben, s miután a czombemelő s az alszár hajlító és feszítő izmok is túlfokozott tonuszuk miatt nem könnyen mozognak, a kifeszített alsó végtag a földet súrolja. A beteg ekkor mozgásában szabad felső testét használja fel a kompenzációra, ha házimai teljesen szabadok, a törzsöknek a tovább lépő lábbal ellenkező oldalra való hajolásával emeli az illető medencefélét s vele lábát. Ez a mód azonban csak magasabb test mellett ér valamit; a gyermek, a kinek két czombesont-forgó pontja közelebb csik egymáshoz s így a medence jobb és balfelének emelése az emelő rúd rövid volta miatt nem használ eleget, más módon kénytelen magán segíteni. Ez a mód a testnek a megtámasztott czombesont körül való befelé forgatása, a glut. med. egyik részlete s a glut. minim. segítségével. Ez esetben a beteg lépése nagyon kicsiny

<sup>1</sup> Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1863.

<sup>2</sup> Archiv für Ohrenheilkunde. XXI. köt.

<sup>3</sup> Wiener Medizinische Presse. 1875.

<sup>4</sup> Archiv für Ohrenheilkunde. XXXIV. köt.

<sup>5</sup> Krüger. Ueber einen Fall von doppelseitiger peripherischer Facialislahmung.

<sup>1</sup> Meissner's Jahresbericht 1869. 239. old.



s minden lépés közben ellenkező medenczefelét viszi előre. Ki-fejezője ezen járásnak az is, hogy a beteg, a ki nyugalomban vagy állásban lábait egyenesen, párvonalosan, sőt lábujjaival kifelé tartja, járás közben lábujjait befelé vonja, miután az ezombesont passzíven befelé rotál, s a földön levő lábra a testsúlya nehézkedik s így ezen időben nem fordíthatja azt kifelé.

Ilyen esetekben a gluteusoknak hypertrofiáját is lehet észlelni. Ha a hypertonia még nagyobb fokúvá vált, úgy a beteg többé nem képes talpára lépni, hanem lábait rendetlenül, többnyire a külső széllel teszi a földre, s karjaival kapaszkodik, alsó végtagjait pedig csak támasztó rudakul használva vonszolja azokon testét tovább. Ha a hypertonia nagyobb foka a ezombemelőkre is áterjed, úgy a beteg asztal szélén ülve alszárát nem lógatja függőlegesen alá, hanem az a merőlegestől jelentékenyen eltérő szöglet alatt félig nyújtott helyzetben marad.

Azon esetben, ha a quadriceps s a ezombemelő izmok nem nagyon hypertoniásak, s ezen állapot az összes izmokra körülbelül egyenlő mértékben terjed ki — a mi a gerincezvelői eredetű hypertoniás állapotokban észlelhető —, akkor a járás ismét más alakot ölt: a beteg ugyanis lehetőleg nagyot lép, ezáltal gyorsabban is halad s erősen előredöntve testének felső részletét, lehetőleg nagy súlyt helyez gastroknémusaira s így nyújtja azokat és esökkenti egyszersmind hypertoniájának járás gátló befolyását.

\*\*\*

Az ilyen öröklődő vagy öröklött betegségek körjelzése a legtöbb esetben könnyű, de azért távolról sem mindig. Tudjuk azt, hogy határozottan öröklődő betegségek néha csak egy családtagot támadnak meg, néha a családban nincs is több gyermek, ámbar ezen szerencsétlen ivadékok többnyire szaporák. *Naef*<sup>1</sup> esetei közül egyet idetartozónak vélek, bár egyetlen gyermek, mivel szülei közel rokonságban voltak. A felmerülő nehézségeket élénken feltünteti *Schultze* már idézett családja, a melyben 4 gyermek közül egynék szülése könnyű volt, ez ép maradt, a többi három nehezen jött a világra s még *Schultze* is hajlandó ezen körülménynek tulajdonítani a bajt. Ha azonban meggondoljuk, hogy nem minden nehéz szülés gyermeke van a diplegia cerebralis szomorú sorsára kárhóztatva: talán mégis feltűnőnek látszik ezen összesítésnek háromszoros ismétlődése. Részemről a kórképek egyenlősége alapján, a mely körülményt még alább hangsúlyozni fogok, *Schultze* eseteit is a családi terheltségből eredő paraplegia keretébe tartozónak vélem.

Sokkal könnyebb a megítélés, ha a bántalom nem a legelső csecsemő korban, hanem később kezdődik, sőt *Strümpell*<sup>2</sup> úgy vélte, hogy e kóralak egyáltalában csak a 20—30-as években veszi kezdetét. *Tooth* betegsein 15, 9, 3 éves korban mutatkoztak az első jelek; a *Souques* közölte esetekben 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—5 évvel, *Erb* eseteiben 4 éves korban, *Freud* egyik betegén a 2-dik életévben, a másikon látszólag már születéstől állott fenn a folyamat, hasonlóképpen veleszületettnek tekinti a bajt *Schwarz*. Eseteimben az első már kezdettől fogva, a második 7, a harmadik 6, a negyedik 10, az ötödik 9 éves korban, azaz mind a gyermekkorban kezdett rosszul jární. Az életkor tehát nem határoz, csupán azon feltűnő jelenséget kell kiemelnem, hogy egy ugyanazon családban az egyes családtagok megközelítőleg hasonló korban betegeszenek meg; itt ugyan kivételt képez a *Melotti* és *Cantalamesa*<sup>3</sup> közölte család, a melyben egy beteg kezdettől fogva, egyik testvére 20, másik 40 éves korától esett paral. spasticába. Ezen eseteket azonban csak igen szűkszavú referatumból ismerjük s így kellőleg meg nem ítéhetjük.

Mindezek szerint a körjelzés nagy nehézségeket okoz, ha a merevgörösös bénulás tiszta kórképe olyan körülmények közt áll be, a midőn a hereditási lehetőség nem ítéhető meg határozottan. Így egy családban az első megbetegedési esetben, vagy a mikor a betegnek testvérei nincsenek, sőt még

a mikor idősebb és egészséges testvérei vannak is. Ilyenkor csak kizárás útján lehetne eldönteni a kérdést s választani a tüneti diplegia, Little-kór s a családi paralysis spastica közt. Támogatná ezen utóbbi felvételünket, az előbbieket kizárása után még, ha a családban bizonyos degeneratives jellegű tüneteket észlelünk, s első sorban fokozott inreflexet!

Könnyebbnek vélem az eligazodást akkor, ha más tünetek is észlelhetők s ezek az előbb felsorolt csoportba illenek. Ezen kísérő tünetek tekintetbe vételével felfogásunk az egész kóralakról is tisztábbá válik. *Törvénytzerű állandósággal kitetszik az eddig közölt idevágó esetekből, hogy az egyes családok esetei más családokétól különvált kórképeket adnak, de maguk közt mindig csaknem teljesen hasonló alakban támadnak, s legfeljebb annyi különbséget mutatnak, a mennyi a bántalom előhaladottabb, vagy még kezdetibb szakának felel meg.* Egyes családtagok ugyan mentesek maradnak, de nem fordul elő, hogy két különböző alakú családi degeneratio (azon betegségek értelmében, a melyekről itt szó van) egy családban ütné fel fejét.

S ha végig tekintünk az ilyen családi vagy átöröklődő idegbajok már eddig is elég hosszú sorozatán, úgy a kórképekben olyan átmenetet látunk, a mely meglehetősen illuzoriussá teszi egyes kórformák szabatos körülvonulását. A mint néhány év előtt *Erb* összefoglalta a *dystrophia musculorum* neve alatt azon különféle képeket elnevezett, de valójában összetartozó s egymásba átmenetet mutató kóralakokat, mint a pseudohypertrophia musc., a juvenilis atrophia musc. s ezen bántalmak más, lényegében nem különböző fajtáit: ép úgy össze kell foglalnunk ma mindezen hereditási alapon kifejlődő idült degeneratiót. Anatómiailag, azt hiszem, alig lehet kétség a felett, hogy ezen esetekben bizonyos részletei az idegrendszernek egyszerű degeneratióba esnek, s az a körülmény, hogy az egyes családokban egyenlő kórképek állanak elő, világosan bizonyítja, hogy ugyanazon területei a központi idegrendszernek születnek ezen családokban fogyatékos élet-erővel.

Álláspontomat legjobban bizonyítja, ha futópillantást vetünk a közölt kórtörténetek egy részére. Ime:

a paralysis spastica tiszta képét tüntetik fel közölt első esetünk, továbbá *Erb*, *Strümpell*, *Schultze*, *Schwarz*, *Newmark*,<sup>1</sup> *Melotti* és *Cantalamesa*, *Krafft-Ebing* esetei (idetartozik *Erb*-nek *Schüle* által közölt esete<sup>2</sup> is);

a paralysis spastica képéhez társul látási zavar: közölt II. és III. családunk tagjai;

ugyan ezen kórképhez társul beszédnehézség, szemizom gyengeség, nystagmus: *Pelizaeus*,<sup>3</sup> *Hödemaker*,<sup>4</sup> *Bernhardt*,<sup>5</sup> *Dreschfeld*<sup>6</sup> esetei; II. családunk hasonló tüneteket mutat, bár itt még a látóideg sorvadása is kezdődik, míg a nystagmus hiányzik;

a merevgörösös bénulást beszédnehézséggel, elbutulással és arczfintorgatással látta egy családban *Pribram*;<sup>7</sup>

az alsó végtagokon merevgörösös bénulás mellett atetózis a felsőkön: *Massalongo*<sup>8</sup> közleményében;

reszketés és ügyetlenség a felsőn, látóidegsorvadással *Freud*<sup>9</sup> kórtörténetében;

ugyan ezen alaphaj mellett súlyos elbutulás *Homén*,<sup>10</sup> *Bouchaud*<sup>11</sup> ismertette példákban;

incoordinatio a karokban, az alsó végtagokon merevgörösös állapot: *Menzel*<sup>12</sup> esetében, mindkét testvéren jobboldalt inkább kifejezve, a *Nonne*<sup>13</sup> által leírt családban kis fokú

<sup>1</sup> Americ. Journal of med. science 1893.

<sup>2</sup> Zeitschrift f. Nervenheilkunde IV. k. 163. l.

<sup>3</sup> Archiv f. Psych. XVI. k.

<sup>4</sup> Archiv f. klin. Med. XXIII. k.

<sup>5</sup> Virchow Archiv 126. k.

<sup>6</sup> Medical Times and Gazette 1878.

<sup>7</sup> Neurolog. Centralblatt 1895. 957. l.

<sup>8</sup> L. Audry: Athétose double. Lyon, 1892.

<sup>9</sup> Freud. Neurol. Centralblatt 1893.

<sup>10</sup> Neur. Centralblatt 1890. és Archiv f. Psychiatrie 24. k.

<sup>11</sup> Revue neurologique 1894.

<sup>12</sup> Archiv f. Psychiatrie 1891.

<sup>13</sup> Nonne. Arch. f. Psychiatr. 22. k.

<sup>1</sup> I. h.

<sup>2</sup> Zeitschrift f. Nervenheilkunde 1893. IV. k. 188. l.

<sup>3</sup> Revue neurologique 1896. 263. l. rövid ismertetés.



butaság és látóidegsorvadás mellett élénk inreflexel, míg Haushalter<sup>1</sup> közleményében nyelési- és beszéd zavarok állottak fenn.

Ezen tünetesoport már átmege a Marie újabban felállította „*hérédó-ataxié cérébelleuse*“ kóralakjába: itt is fokozott térdtűnet, látóidegsorvadás, szabálytalan, szédelgő járás, nystagmus jelentkezik. Hogy pedig fejlődésében is ezen kóralak átalakulhat a *Friedreich* féle hereditásos ataxiába, azt *Oulmont* és *Ramond*<sup>2</sup> közleménye mutatja.

Igy azután bármennyire kecségetőnek látszanék is az általunk észlelt tünetesoportot új kóralak neve alatt hozni forgalomba, ettől annyival is inkább elállunk, mivel az itt felsorolt csoportok közt is lehetne még mindig különbségeket találni s a kóralakokat csaknem határ nélkül szaporítani.

Más irányba vezet az *Unverricht*<sup>3</sup> közölte kórtörténet, a hol egy család 3 tagján látóideg elhalványodás és myoklonia támadt súlyos epilepsziás rohamokkal; talán itt is lehetne találni még átmeneti alakokat a *Huntington*-féle öröklődő korea-hoz.

Ismét feltűnően hasonló jelek mutatkoznak azon kórtörténetekben, a melyeket: *H. Eichhorst*<sup>4</sup> mint a progressiv ideges izomatrofia családi alakját, *Naumann*<sup>5</sup> mint családi juveniles amiotrofiás laterál-szklerozist irt le, idetartozik még a *Hoffmann*<sup>6</sup> közölte családi elbutulás s *Higier*<sup>7</sup> esetei látóidegsorvadás és elbutulással, továbbá a *Seeligmüller*<sup>8</sup> által ismertett kórkép: a bulbáros bénulás gyermekkori és családi alakja, a dystrofiák változatos csoportja, s főleg a *Charcot-Marie*-typus stb. Végre ezen csoportba számítandó a családi dementia senilis, a családi idiotaság, mint súlyos kóralakok.

Mindezen kórfarmák, a melyeknek közös alapját az egyszerű degeneratio s a családban azonos lefolyás jellemzik, különféle alakot öltenek, a szerint a mint az idegrendszer elcsatnyulása más és más területeket illet. Anatómiai alapul eddig még csak az ú. n. *kombinált systema megbetegedések* képét ismerjük, ezen rostnyaláb-degeneratiók azonban csak másodlagosak, az elsődleges kiinduló helyek, a megfelelő sejtorsvadások még nem is vizsgáltattak.

Ha azonban még behatóbban tekintjük ezen családi nyavalyákat, akkor ép úgy, a mint egyes bonezolatokban bizonyos idegrendszerbeli területek feltűnően kicsiny volta ragadta meg az észlelő figyelmét, ép úgy kell kórtani szempontból figyelembe vennünk egyes családi vonásokat: egyes testrészek hiányos fejlődését, egyes szellemi vagy testi képességek visszamaradását.

Igaz, hogy ezáltal ezen közfogalom igen széles mederbe jut, de ha valahol nem lehet éles határokat vonni a természet jelenségei közt, úgy bizonyára ezen a téren. Különálló s teljesen egyenlő kórfarmák csak egyes családokon belül vannak, s ha valaki külön akarná választani az egyes kórképeket, csaknem annyi betegség alakot kapna, a hány család kórtörténetét átvizsgálja. Egyes tünetesoportok ugyan gyakrabban fordulnak elő, de az átmenetek máskor meg oly gyakoriak, hogy a kivételek megdöntik a szabályt.

Véleményem szerint legcélszerűbb volna ezen bántalmakat *családi degeneratiók* nevével, mint annak dystrofiás, merevgörösös bénulással járó, *Friedreich*-féle stb. typusát jelezni, s így összefoglalva ezen kóralakokat az idegrendszer kórtanába felvenni; a mi kétségtelenül helyesebb volna, mint hogy ezen eseteket a merevgörösös bénulás, a tabes, az izomatrofiák, a chorea s más többé kevésbé hasonló, talán részben azonosan is lokalizált, de lényegileg, azaz kórokiilag egészen eltérő kórfolyamatokhoz soroljuk.

<sup>1</sup> Revue de médecine 1895, 434. l.

<sup>2</sup> Mercredi médical 1895. 9. sz.

<sup>3</sup> Zeitschrift f. Nervenheilkunde VII. k.

<sup>4</sup> Berl. klin. Wochenschrift. 1873.

<sup>5</sup> Naumann: Über hereditäre Systemerkrankungen. Erlangen, 1892.

<sup>6</sup> Zeitschrift f. Nervenheilkunde VI. k.

<sup>7</sup> U. o. IX. k. (ezen dolgozat csak kéziratomban teljes befejezése után jelent meg.)

<sup>8</sup> Deutsche med. Wochenschrift. 1876.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXI. rendes ülés, 1896. november 7-dikén.)

Elnök: Réczey Imre, jegyző: Temesváry Rezső.

Az úgynevezett tavaszi szemgyuladásnak őszig elhúzódott esete.

Csapodi István. W. Sámuel, 20 éves magánhivatalnok a múlt évi május elején jött hozzám azzal a panaszával, hogy már a harmadik tavasszal kapott kellemetlen szemgyuladást, mely őszig el szokott tartani. Gyógyítottam októberig, de az idén negyedszer is visszakapta. Most azonban arra kértem, hogy ha télire szűnik is a baja, folytassuk a gyógyítást télen át, talán elhárítjuk a jövő tavasszal való kiújulását. Most a téli képében mutatom a t. orvosegyesületnek. *Saemisch* állapította meg a bonni klinikán megfigyelt 30 eset alapján azt a kórképet, melyet ő *tavaszi hurut* névvel jelölt meg a Graefe-Saemisch-féle nagy kézikönyv 4-dik kötetében (1876.), bár ő is megvallotta, hogy a *katarrius* elnevezés nem épen szerencsés. Azóta kores francziás latinsággal *conjunctivitis printanea* néven emlegetik, az egyetemi szemklinikán helyes latinsággal *conjunctivitis vernalis* nak szoktak nevezni. *Saemisch* e bajra nézve bélyegzőnek jelentette ki, hogy tavasszal kezdődik, őszig eltart, azután elmúlóan tavaszonta újra szokott kezdődni, továbbá, hogy a szemhártya határa mentén egyenetlen szélességű, sajátzerű halavány vörös, fakó, bágadt fényű beszűrődés támad a kötőhártyában, magán a határon tömött emelkedések fejlődnek. Kisérő kellemetlenségek lehetnek a fénykerülés és bővebb váladék, de a szemet veszedelem nem fenyegeti. Ehhez a leíráshoz ragaszkodik *Wecker* is a *Wecker-Landolt*-féle nagy kézi könyvben. Ő a phlyktaenás gyuladás rokonának tartja, de megvallja, hogy Párisban kevés esetet lehet látni. Budapesten sem gyakori e szemgyuladás, de a mi megfigyeléseink inkább azt a kibővített kórképet ismerik, a melyről *Michel* is megemlékezik kézikönyvében, hogy t. i. a szemhéji kötőhártya is olyan mintha jéjjel öntötték volna le, sőt lapos papillák emelkedések lehetnek rajta, azonkívül *Schulek* hangsúlyozni szokta, hogy nagy viszketéssel jár e sajátzerű baj. Ezen a *Szemészet* 1887-diki évfolyamában írt közleményemben mutattam rá arra az alakjára, mely a szemhéji kötőhártya szigetes hypertrophiáival a trachoma képére emlékeztet.

Ilyen a most bemutatott esetem is. A szemhéji kötőhártya hypertrophiás szigeteinek nyoma meglátszik, megvan még a szemhéji kötőhártya bélyegző színe is, de a szemtekei kötőhártya már egészen ép. Ehhez képest egészen megváltozott az egyén arczkifejezése. A míg tavasszal és nyáron bágadt, szinte álmos volt a tekintete, addig a szemtekei elváltozások eltűntével frisebb lett a nézése, kifejezése.

Az orvoslás dolgában a különböző eljárások, az argentum nitricummal való ecsetelés, a kalomel és a bórsav behintése, a sublimat becsöpögtetése, a timsó kristálylál érintés, mind nem elégítik ki a szemorvost.

Ebből az egy esetből nem akarok még következtetést vonni, de szándékom a télen át folytatni ezt az eljárást, hogy talán sikerül a tavasz beálltával bekövetkezendő kiújulást elhárítanom.

A felfüggesztési gyógymódról idegbetegségeknél és a felfüggesztési eljárás újabb modificatiója.

Scheiber Sámuel. A felfüggesztési gyógymód *Motschutkowsky* odessai orvos által hozott javaslatba 1883-ban tabes dorsalis és más idegbajok ellen. De e gyógymód sokáig ismeretlen maradt, míg *Charcot*, egy tanítványa által arra figyelmeztetve lett, azt felkarolta és azt a vele nyert fényes eredményeinél fogva tabes, paralysis agitans és ischias ellen melegen ajánlotta. Ezután a suspensio általános elterjedést nyert. Ez a *Glisson*-féle nyújtógéppel történt, a melylyel a beteg állva annyira felhúzatott, hogy a levegőben lógott. De e módszernek, a mint egyrészt fényes sikereket mutatott a jelzett betegségeknél, másrészt kellemetlen mellékhatásai is voltak ú. m. szédülés, elájulás, radialis hűdés stb., sőt előfordultak halálesetek is a suspensio következtében, úgy hogy módosítani kellett, mely módosítások között legnagyobb elterjedést a *Benedikt-Bonuzzi*-féle eljárás nyert, de még ennél is előnyösebb a dr. *Sprimon*-féle, melynél a suspensio ülő helyzetben történik és a nyújtó erőt kilogrammokban meg lehet határozni.

A készülék lényege egy nagy faalkotmány, mely 2-13 m. magasságban egy nagy facsigát tart, a melyen erős zsinór fel- és aljára; e zsinór mellső végén van a Glisson-rúd a kantárral és hónaljszíjjakkal, másik végén egy láda súlyokkal. A beteg az ülő helyzetben reálalkalmazott kantár és hónaljszíjak segítségével az által húztatik fel, hogy a lábába successive 2-5 kgm.-os súlyokat rakunk, a meddig azt elegendőnek tartjuk.

Előadó kezdetben a nagy akasztófa kinézésű alkotmány helyett derékszögű háromszög alakú vasrámát használt, később azonban visszavert az eredeti Glisson-emelőgépre azzal a módosítással, hogy a csiga és az emelőrúd közé rugósúlymérőt alkalmazott az eszközölt nyújtásnak súlyokban meghatározhatása végett.

*Trajtler István*. Sok esetben alkalmazta, de egy esetet — sclerosis polyinsularis — kivéve semmiféle hasznát nem látta, nem is tudja elképzelni, hogy a gerincvelőben a pár pillanztartó felfüggesztés alatt fellépő anaemia, vagy hyperaemia módosíthatná a betegséget; a kartámasztót meg épen feleslegesnek tartja, mert éppen az állra és nyakszirtre támaszkodva felfüggesztett test súlya kell, hogy hasson.

A felfüggesztéssel járó kedvező eredményt tisztán suggestiónak



tartja, mert az ilyen betegek rendszeren neurasthenikusak is, kik félelmükben nem mernek járni.

*Scheiber Sámuel.* A kartámasztó nem felesleges, *Kolodinszky*, ki csupán kartámasztót használt s kautárt nem alkalmazott, így is ért el jó eredményt, mert a gerinceoszlop már ezáltal is bizonyos fokban meghosszabodik. Hogy hozzászóló nem ért el felfüggesztéssel eredményt, annak talán az is az oka, hogy nem új géppel kezelte a beteget, mert ilyenkor 5—15 percig felfüggesztve lehet tartani a beteget.

## Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1896. október 21-dikén.)

(Vége.)

### Appendicitis perforativa. Féregnyújtvány resectio. Gyógyulás.

*Herczel Manó: K. Hanna, 26 éves hajdan Galicziából.* Szülei élnek és egészségesek. Ő maga állítólag sohasem volt beteg. Havi baját 16 éves korában kapta meg, mely két napig tartott s azóta sohasem jelentkezett. 1895. május havában szült, szülés és gyermekágyi rendes lefolyású. Ugyanezen időbe esik jelen bajának kezdete, a mikor is szél- és székrekedése, nemkülönbön csikaró hasfájdalmak kínozták. Ezen fájdalmak mindjobban fokozódtak, étvágya teljesen megszűnt, magas lázak léptek fel, úgy hogy igen súlyos állapotban a szt. István-kórház egyik belosztályára vétette fel magát, honnan másnap 1895. szeptember 5-dikén, műtét céljából, osztályunkra tétetett át a következő *jelen állapottal:*

A teljesen elesett nőbeteg mellkasi szervei épek. Nyelv erősen bevont, étvágy semmi, többszörösen csuklás, hányás, szél- és székrekedés. A has erősen puffadt, fájdalmas; a jobb hypogastrium és inguinalis tájékon egy körülbelül gyermekfejnyi, resistens, igen érzékeny, homályosan fluctuáló, tompa kopogtatási hangot adó tumor tapintható, mely már érintésre is igen fájdalmas. Per vaginam et rectum egy a jobb parametriumot elődomborító, határozottan fluctuáló resistenciát lehet tapintani. Mindezen tüneteknél fogva a diagnosist abscessus perityphliticus-ra tették és 1895. szeptember 6-dikén bemutató aether-narcosisban betegem a műtétet végre is hajtottá.

Ez alkalommal — a körülbelül 17 cm.-nyi normalis metszés után — több mint 1½ liternyi geny ürült. A genyhasakok egyrészt le a parametriumba, másrészt pedig a köldök felé terjedtek. A betegnek deerepid voltánál fogva radicalisabb műtétet (proc. vermiformis resectio) nem voltak képesek végezni, csakis a genyüröknek gaze-zel való kitamponálására szorítottak.

*Beteg láztalan lett.* A tályogürök sarjadzás útján kitelődtek, szél- és székrekedések megszűntek és 1895. december közepén beteg gyógyultan hagyta el a kórházat. Szolgálatba is lépett, de nemsokára ismét kolikaszzerű fájdalmak lepték meg, a régi heg egy helyen kifakadt, úgy hogy e miatt f. é. július közepén ismét felvétette magát az osztályra.

Has ekkor erősen puffadt, nyomásra fájdalmas és jobboldalt a régi heg helyén a hasfal egy 15 cm.-nyi rést mutat, melyen keresztül hastartalom tolokodik elő (hassérv). Magában a hegben egy lencsényi anyaghiány látható, mely egy 6 cm. hosszú járatba vezet, honnan igen kevés nyákos geny ürül. Mély bimanualis tapintásnál a sipolyjárat mint kis ujjnyi vastag, sima felületű köteg tapintható ki. Betegnek étvágya igen rossz, széke csak beöntésekre van és napjában 4—5-ször olyan kolikaszzerű fájdalmak lepik meg, hogy a földön hempereg. Tekintve ezen tírhetlen fájdalmakat, nemkülönbön azon feltevést, hogy az említett sipolyjárat nem egyéb mint maga az átfűródött proc. vermiformis, mely a heghébe beöntött, betegnek műtétet hoztak javaslatba, melyet f. é. július 15-dikén *Herczel főorvos végre is hajtott.*

A régi hegvonalban ejtett metszéssel megnyitattik a hasúr és kiderült, hogy a feltevés teljesen jogosult volt, a mennyiben a sipolyjárat tényleg maga a perforált 8 cm. hosszú féregnyújtvány. Miután utóbbi, közel a coecumhoz le lett metszve és a lik két etageban 5—5 sero-serosus varrattal elzárva, következett a *hassérv radikális műtéte.* Itt először véres és tompa úton felszabadította a számos összenövést, mely bél, omentum és hasfalak között időközben létesült. Erre következett a hernialis zsák kiirtása és a 15 cm. hosszú résznek rétegenként való elzárása, úgy hogy a peritoneum 9, felette az obliquus intern. 8 selyem, az obliquus extern. 10 catgut és a bőr 14 selyemvarrattal lett elzárva.

*Lefolyás teljesen láztalan.* Másodnap megindultak a szelek és ötönap beöntésre bő széke volt. A kitűnő közérzet mellett a bőrvarratok 8-ad napon eltávolítottak, az elsüllyesztett varratok reactio nélkül gyógyultak; seb teljes primát mutat. Betegnél műtét óta fent említett fájdalmak teljesen megszűntek, emésztés lefolyása igen rendes, úgy hogy súlyban jelentékenyen gyarapodott.

### Traumatikus duodenum-szakadás a jejunum teljes csavarodásával. Peritonitis. Laparotomia. Gyógyulás.

*Herczel Manó. Zs. M., 36 éves, cseléd, N.-Kanizsáról.* Állítólag mindig egészséges, széke mindig rendes volt.

Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy f. é. szeptember 5-dikén este gyomortáját egy zongora éles szögletéhez igen erősen odaütötte, hirtelen belenyilallott a hasába, mely azóta nyomásra fájdalmas, szelei ugyanezen idő óta elmaradtak, széke nincs, folytonosan csuklik meg hány; miért is f. é. szeptember 8-dikén este felkereste a kórházat a következő *jelen állapottal:*

A gyengült nőbeteg szemei beesettek, nyelv bevont, száraz, mellkasi szervek épek. Has a gyomortájon puffadt, különben, különösen a

köldök alatt beesett. Májtoppulát kisebbedett, de kikopogtatható, rekeszizom alig feltölt. A bal hypochondrium és mesogastrium felső részében tenyérszerű területen tompult dobos hang és resistentia. Folytonos csuklás, epés hányás, abszolút szék- és szélrekedés áll fenn. Pulsus gyenge, 136 percenként, légzés 24, hőmérsék 36.6. Sérvkapuk, typhlon tája szabadok.

Tekintettel a fenti tünetekre és a betegnek láztalan állapotára, nemkülönbön a hasnak igen csekély fájdalomosságára, belső incarcerationiót kellett felvenni, még pedig a vékonybélnek a gyomorhoz igen közel eső részletében, a mire mutatott az igen korán fellépett és sűrűn jelentkező hányás, meteorismus hiánya. Miután a foganatba vett kezelés, magas beöntések és gyomormosás eredményre nem vezettek: f. é. szeptember 9-dikén *Herczel Manó dr. aether-narcosisban laparotomiát végzett rajta.*

A linea albanában vezetett metszéssel, melynek közepe a köldököt szelte át, meg lett nyitva a hasúr. A vastagbél és a vékonybélnek convolutuma a kis medencében teljesen collabáltaknak mutatkoznak, azonban a gyomor közelében, annak nagy görbülete alatt a belek puffadtak, fibrinopurulens albrtyákkal bevontak. Ugyanitt a hasúrban genyes, epésen tingált váladék, a mi már egy magasan fekvő bélkaes perforációjának gyanúját ébresztette fel. Körülbelül 18—20 cm.-nyire a jejunum kezdete alatt, az utóbbi, saját tengelye körül 180°-kal volt csavarodva, úgy hogy a csavarodásnak csomós helyén a bél ürtere folytonosságban teljesen meg volt szakítva. Csak ezen bélszakasz visszacsavarásakor, midőn is a lefűződési barázda elég épek mutatkozott, lehetett szorgos utánjárással a lencsényi bélrepedés helyét megtalálni, épen a duodenumnak a jejunumba való átmenetén, ugyanott, a hol a bél a gerinceoszlophoz fixálva van. Valószínűleg a trauma folytán kis helyen megrepedt bél tartalmának kiürülése után jött létre a peritonitis. Ez utóbbi partialis bélparalysist okozott és ennek, valamint a peristaltikus és anti-peristaltikus mozgásoknak befolyása alatt keletkezett a csavarodás.

A perforatio, széleinek felfrissítése után, 4—4 sero-serosus varrattal el lett zárva. Miután az említett epés-genyes váladékot kitörülte, áthatoló varrattal a hasat elzárta.

*Lefolyás zavartalan.* Műtét után hányás, csuklás azonnal megszűnt, szelek megindultak, bő széke volt. Beteg állandóan láztalan maradt, hasse per primam gyógyult, közérzet mindvégig kitűnő.

### Nagy szivgümő universalis tuberculossal. Gummák a szivizomban szivburok lobbál.

*Genersich Antal.* (Lapuuk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**Közigazgatási elmekörtan; írta babarcsi Schwartzter Ottó dr.** (Budapest, Franklin-társulat 1897.)

Szerző serény munkásságának eredményét üdvözljük az újonnan megjelent vaskos kötetben, mely mindazon törvényeket, kormány- és hatósági rendeleteket tartalmazza, melyek elmebeteg gyógyítására, ápolására, valamint a társadalomnak az általuk érhető veszélyektől megóvására vonatkoznak, melyek együttvéve az elmebetegügyet teszik.

A mű nyolcz részre oszlik; logikai sorrendben egy képsorozat, oly magvas, művészi keretekben, melyek szint, életet adnak ennek az eseményekben szegény elmebetegügynek. Ezekre egyébként még visszatérünk.

Az első rész az elmebetegügyi szakközögekről és azok működési köréről szól; névszerint az intézetben levők felügyeletéről általában; majd részletezve az állami intézetekre, ezután a hatósági és magán-elmegyógyintézetekben elhelyezettekre tér át, talán nem ok nélkül terjeszkedve ki azon gondos és szigorú kautelákra, melyeknek merev korlátai közt jogtalanságnak helye nem lehet. Tárgyalja azután a sanatoriumok és vizgyógyintézeteknek kormányconcessio megszabta jogait, végül az intézeteken kívül levő elmebeteg felügyeletét. Külön fejezetben következnek ezután a községi közögekre, törvényhatósági és állami közögekre vonatkozó törvények és rendeletek és a mennyiben a tisztí orvosi képesítő vizsgának lényeges részét képezi az elmekörtan: az erre vonatkozó tudnivalók általában, részletezve vannak pedig az elmekörtani követelmények úgy gyakorlati mint elméleti téren.

A második rész az iskolai elmebetegügynek van szentelve; az úgy természetének megfelelően szegényes történelmi vázzal, de a szellemi fejlődés mozzanatainak oly megleghangú és általános érdekű fejtegetésével, mely ezen thema határait messze kitolja oda, hol a fejlődő szellemi életben az „én“ fogalma kezd ki-domborodni. Mély tudás, nemes emberszeretet és last not least



önálló eredeti kutatás nyilatkoznak meg itt azon nevelési irányelvek megállapításában, melyek feladata az agyfejlődés folyamán megnyilatkozó physiologikus szellemi jelenségeket (téveszmék, kényszereszmék, kényszermozgások, cselekvények, kényszerérzések és érzelmek stb.) a megfelelő agybeli folyamatok természetét szerint psychikai és nem fenytető eszközökkel elhalványítani illetve ellensúlyozni. Messze átlépi a mű keretét ezen fejtegetés, érdemes általános méltánylásra azok részéről, kiknek kötelessége a természet megnyilatkozásait az üdvös útra terelni, nem pedig „ennek törvényeibe erőszakos kézzel belenyulva rombolni“.

A katonai elmebetegüget tárgyaló harmadik részben össze vannak gyűjtve az idevágó törvények, belügyi és katonai kormányrendeletek, melyek vonatkoznak: a szellemi fogyatkozásban szenvedőkre, tekintettel a védkötelezettségre, az elmebeteg katonai egyének katonai és polgári gyógyintézetekben való elhelyezésére, a katonai egyének nyugdíjazására és felülvizsgálatára, valamint katonai és egyéb rendelkezésekre, minők: a fegyvergyakorlat és a népfelkelés alól való felmentés, a szabadságolás, a nősülési engedély és az orvosi bizonyítvány. Részletező bevezetésében szerző életből vett példákkal illusztrálja ezen intézkedéseknek psychiatikus szempontból azon legfontosabb tételit, melyek megállapítják egyrészt azt, hogy a hadseregbe való belépés feltétele a szellemi képesség, másrészt meg azt, hogy minő körülmények közt és miként vizsgálendő meg a sorozás alá került egyén szellemi élete.

Az elmebetegügyi kihágások elleni intézkedéseket illetőleg a büntető törvénykönyv életbeléptetéséről szóló 1880. évi XXXVII. t. cz. 4-dik §-ának rendelkezése szerint hatályban vannak a közegészségügyi törvénynek kihágásokat megállapító és büntető rendelkezései, a mennyiben a K. B. T. K. által meghatározott kihágások körén kívül esnek. A kihágásokra vonatkozó kormányrendeletek, a kihágásokat megtorló rendőri bírások forumainak felsorolása az előbbiekkal együttesen az „elmebetegügyi kihágások“ ezimel ellátott negyedik részt alkotják.

Az ötödik rész a nyugdíj-viszonyokat vizsgálja, különös tekintettel az elmebetegekkel foglalkozókra. S minthogy általában is méltánytalan a 40 évi szolgálati idő kiszabása a teljes nyugdíj elérhetésére nézve, mennyivel inkább az a tébolydai alkalmazottakat illetőleg, kik nemcsak szellemi és testi épségüket, de még életük biztonságát is kockáztatják foglalkozásuk folytatásában. Számos szomorú példával, a foglalkozásból háramolható szellemi károsodások finom fejtegetésével támogatja szerző álláspontját.

Ezek kapcsán következnek a nyugdíj-jogviszonyokat, házassági jogviszonyokat megvilágító törvények és kormányrendeletek szövege.

A hatodik részben az elmebetegügetek történelmének összefoglaló előadása után az élesszemű észlelő finom érzékével kidomborítja az egyes kórformáknak közveszélyes jellegét kölcsönözti tüneteit; hogy mily biztos tudás és bőséges tapasztalatok támogatják szerzőt ezen munkájában, azt hangzatosan talán felesleges is. Ezen fejtegetéseket követik azon törvények és rendeletek, melyek vonatkoznak: a gyógyintézetekre és kórházakra általában; az országos tébolydákba való felvételnek és az onnan való elbocsátásnak szabályaira; az orsz. tébolydák személyi és dologi ügyeire. Ezután következnek az egyes orsz. tébolydák alapszerkezetei és szabályai; a pozsonyi orsz. kórintézet házi-rendje; a kolozsvári m. kir. Ferencz József-egyetem elmebeteg-ápolási kórodájára és a köz-kórházak elmebeteg osztályaira vonatkozó közlemények és rendeletek. A magán-elmebetegügetekre általában vonatkozó kormányrendeletek, végre pedig a babarcsi Schwartzner Ottó dr. elme- és ideggyógyintézetének valamint az „első magyar hülyék nevelő- és ápoló-intézetének“ alapszerkezetei zárják be a sort. Külön szakasz foglalkozik az igazságszolgáltatás által a közigazgatási hatóságnak átadott elmebeteg körüli eljárással.

A betegápolási és szállítási költségekre vonatkozó törvények és kormányrendeletek vannak a hetedik részben összegyűjtve.

A nyolczadik rész ismerteti az elmebetegügeti statistika körül követendő eljárásokat, melyekre nézve szerző már az 1886. évi elmebetegügeti statistikai értekezleten állapított meg bő tudással és a gyakorlati viszonyok pontos mérlegelésével megokolt irányelveket; a művet Magyarország és társországainak területén foganatosított siketnéma-, elmebeteg-, hülye-számlálás tabellaris adatai zárják be.

Könnyen áttekinthető rendszerbe vannak ezen közigazgatási intézkedések beillesztve; gyors és kimerítő tájékozódást nyerhet belőle minden orvos és jogász. Különös hasznát fogják venni tiszti orvosi vizsgára készülő és tébolydákban alkalmazott collegáink; s vajha soraim még paedagogusaink kezeibe is eljutnának, hogy megnyugtassam őket azon megjegyzéssel, hogy aránytalanul csekély ezen műben a rájuk nézve hasznavehetetlen ballast, mely mellett egy emberszerető szív sugallta, szigorú tudományos megfigyelésen alapuló nevelési irányelveket szerezhetnek meg.

Niedermann dr.

## II. Lapszemle.

### Bőr- és bujakórtan.

A periurethralis tályogok és prostatitis blennorrhoeica gyógykezeléséről ír Ehrmann S. dr. egyet. docens Bécsben. A Littré-féle mirigyek és Morgagni-féle tasakok ismerete óta az urethra alsó felületén a blennorrhoea lefolyása alatt időnként mutatkozó fájdalmas dagoeszkákat mint ezen mirigyek gyuladását értelmezték. A gonococcus felfedezése után Belfield kimutatta, hogy különösen a Morgagni-tasakokból indulnak ki ezen tályogok a gonococcusok invasiója folytán. Ezekon kívül azonban az urethra két helye az, t. i. a frenulum és bulbos, melyeken blennorrhoea alatt valódi *sejtszövet tályogok* is képződnek, még pedig a nyákhártyának különösen a befecskendések alatt oly gyakori sérülései következtében, melyeken át nemcsak gonococcusok, hanem staphylo- és streptococcusok is jutnak a szövetekbe. Ezen periurethralis tályogok gyógykezelése egyrészt *symptomatikus*, a mennyiben az erectio alatti fájdalmakat natrium bromatum nagy adagjaival leküzdeni igyekszünk, másrészt *causalis*, melynek célja, hathatós antigonorrhoeicumot a mélybe juttatni és így a tályogot felszívódásra hozni. Szerző szerint az e célra legalkalmasabb szer az *ichthyol*, melyet cacao-vajból készült *urethralis bougiek* alakjában (0.02 ammon-ichthyol. pro bacillo) alkalmaztat, ha felszívódás még várható. Ha a beszűródés a külbőrre terjed át, meleg és ichthyol-glycerines beecsetelések vagy ichthyol-kenőcsök kísérlemdők meg. Elgenyedés eseteiben végre a tályog korai megnyitása s utána ichthyolba mártott wattából készült kötések ajánlatosak. A mi fentebb a periurethralis tályogokról mondatott, ugyanaz áll a pars prostaticáról, csak hogy itt nem egyes elszórt mirigyek, hanem egy a sinus prostaticusba nyúló mirigyestestről van szó. A prostatának vagy csupán mirigyhámja, vagy pedig annak rostos szövetközi kötszövetet betegszik meg, vagy pedig egy harmadik alakjában a bántalomnak genyedés és valódi tályogképződés fordul elő. Az első két alaknál t. i. parenchymatosus és a prostata adenitis eseteiben a beteg teljes nyugalomba helyezése szükséges; a prostata lobja ellen nem az urethrán át, hanem a végbélen át küzdhetünk csak s itt legjobbnak bizonyul a *hideg egy à double courant berendezett hűtő készülék* segédelmével, melyet 12—24 órára a végbélbe helyezünk. Ennek alkalmazása azonban csak nagyobb, nem vizelettingerrel járó fájdalmaknál, melyek a szövetközi kötszövet elgenyedésére gyanút ébresztenek, okvetlenül szükséges. A legtöbb esetben alkalmazandó és többnyire biztosan ható eljárás a *végbélkúpokból* áll, melyeket vagy *ammonium-ichthyolicummal*, vagy *joddal*, vagy *secale cornutummal* készítettünk. Az esetek túlnyomó számában kitünőnek bizonyult be az ichthyol, mely a végbél nyákhártya által felszívván, direct a prostata mirigyrendszerére hat s a jod felett azon előnnyel bír, hogy mérgező tüneteket nem okoz. Ha mindennek dacára a prostatában genyedésre kerül a dolog, egészen elvetendő az incisio a rectum át, mert könnyen sepsis jó létre; az egyedül helyes eljárás a Dittel által ajánlott incisio a perineumon át a végbél leválasztásával, mely ha jókor történik, életmentő műtétnek mondható.

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Idegbetegeknél mint stomachicum jó eredménnyel használható Hüfler szerint az orexinum basicum, naponként 2-szer vagy többször is 0.3 gramm ostyában. Kellemetlen melléktüneteket egyszer sem észlelt. (Therap. Monatshefte. 1896. 10. sz.)

2. A tannigent Escherich tanár is jó eredménnyel használja, főleg gyermekek subacut és chronikus enteritise eseteiben. 1 1/2 éven aluli gyermekek 0.25 grammot, nagyobbak pedig 0.5 grammot kapnak 4—6-szor naponként. (Therap. Wochenschrift, 1896. 10. sz.)



## TÁRCSA.

## A francia szemészekről.

Weisz Gyula dr., a pesti izr. kórház szembeteg-osztályának orvosától.

(Vége.)

A Hospice des Quinze-Vingts állami szemkórház 150 ágyra van berendezve, a francia belügyministerium kezelésében van és vele egy udvarban van elhelyezve. A francia szemorvosok — úgy látszik — ez intézet felállításában a vezérszerepet a maguk részére biztosították, mert az idegen származású szemorvosok már ügyis ellepték Párist és kivált a privat praxist teljesen magukhoz ragadták. Csodálatos, hogy e nép között, mely igazán nemcsak az internationalis művészet, hanem a tudománynak is hazája, a chauvinismus kezd lábra kapni és szelvényben-hosszában kezdenek agítani az idegen orvosok, de különösen az idegen tanulók bevándorlása ellen. Ezen állami szemkórház igen szépen van berendezve, külön osztálya van a fertőző szembetegek számára, négy szemész főorvosa van, kik felváltva operálnak. Mindenik főorvos külön módszer szerint operál. Trousseau emlitem először, mert ő valóban a legelegánsabbul operál. Majd mindig simplexet végez iridektomia nélkül, rendszerint egy Graefe-késsel. Ujjaival fixálja a szemhéjakat, a mellső csarnokban haladó késhegyvel felszakítja a tokot, contrapunctiót végez és a kés hátával kitolja a lencsét. Nem a methodus lepott meg — hiszen azt nálunk Siklóssy is gyakorolja —, hanem az ügyesség, melylyel a műtétet végzi.

Minél kevesebb az eszköz, annál kisebb az infectióra való kilátás, ez jelszava, és statistikájában, mely négy év lefolyása alatt 785 öregkori hályogműtétről szól, 703 egyszerű hályogkivonásról számol be. 82-öt részint iridektomiával operált, részint a tokkal távolította el az egész lencsét. 37-szer volt iris-előesése avagy becsipődés, tehát körülbelül 4½ százalék és csak egyszer panophthalmitise. Statistikájának végszavában állítja, hogy ezen műtét methodust csak ügyes és gyakorolt műtőnek szabad végeznie és az egész műszertár egy késre redukáltatván, a gyors eljárás, a blepharostat, csipesz, tokesipó elhagyása által az infectio veszélye a minimumra alászáll, a szövődmények könnyebb lefolyásúak, azokat gyorsabban lehet a megfelelő eljárás által megakadályozni. A hályog érettségét sem veszik oly szigorúan, mint nálunk, nem várják be, míg az egész kéreg zavaros, míg a hályog rajzolata eltűnik és zavarossága egyenletes lesz, hanem mihelyt a mag elég nagy, környéke zavaros, a műtétre alkalmasnak találják. Ő nála láttam először a Teale-féle lencse-aspirator alkalmazni. Ugyanis, ha a mellső csarnokban duzzadó hályogrészletek vannak sérüléssel hályog vagy discissio után, a cornea szélén lándzsával ejtett seben keresztül bevezetnek egy lapos végű csövet, mely egy gummicsővel van összekötve. A gummicső másik végét a műtő szájába veszi és szívás által eltávolítja a duzzadó hályogrészleteket. Trousseau beteginél csak egy kötést alkalmaz, negyednapra leveszi a kötést, sötét szemtűveget kap és hatodnapra rendes körülmények között elhagyja az intézetet.

Kalt hályogot cornealis varrattal operál, már t. i. ott, hol a műtét iridektomia nélkül szándékszik végrehajtani. Egy finom tűvel beszúr a cornea közepén, a nélkül, hogy azt átszúrja és miután a szaruhártya szövetéből kihúzza, a limbustól 1—2 mm.-nyire az episclerális kötőszövetben fixálja a fonalat, megcsinálván a metszést, kitolja a hályogot, reponálja az irist és csomózza a fonalat. Sőt ha hályog-kitolás után üvegtest jönne, úgy becsukhatja a szemet, csomózza a fonalat és a nélkül, hogy a csomó elhelyezésére ügyelne, a lebeny mindig rendesen odafekszik. Eredményei igen jók, a seb szépen gyógyul, de iriselőesést 20%-ban tapasztalt és lapjával való odafekvést több ízben lát; sok esetben két varratot is csinál műtét előtt, a szemet langyos kalium hypermanganicum-oldattal (1:5000) öblíti ki az alább leírandó methodus szerint. Újszülöttek genyes szemlobjánál kalium-hypermanganicum-oldattal magas irrigatiót végeztet. A gyermek szemhéjai közé egy fültölcsérhez hasonló tölesért helyez és azon keresztül öblíti ki mérsékelt nyomás alatt az átmeneti redőt. Persze vigyázni kell, hogy a folyadék a gyermek szájába ne menjen. Ilyen öblítés szükség szerint naponta 3—4-szer történik. Fekélyeknél, hol a szem a kötést nem tűri, a rendes gyógyítási

módra nem javul, a könnyezés bő, a szemhéjak eczematosusak, a szemhéjakat véres varrattal összevarrja és 5—6 hétig így hagyja. A beteg az összevarrott szemhéjjal dolgozhatik és a fekély biztosan gyógyul.

A Hospice des Quinze-Vingts e két kiváló szemésze képviseli a haladó irányt, folyton kísérleteznek gyógyszerekkel, methodusokkal, bátrak a műtétszékben és ezáltal igen nagy szolgálatot teljesítenek. Egészen más Valude, ki megmaradt a régi elvek mellett, hályogot iridektomiával operál, nem egy késsel, de a műszertár minden eszközét használja. A negyedik főorvos Chevalleran.

Berger, a gráci egyetem volt docense, szintén párisi szemorvos. Irodalmi munkássága által — a francia szemorvosok chauvinismusa dacára — elismert nevet vívott ki magának. Francia nyelven megjelent szemészeti boncztana és kórboncztana a tudományos akademia által meg lett koszorúzva és másik nagy munkája, mely a szembetegségeknek a belső bajokkal való összefüggését tárgyalja, szintén számottevő munka. Egyik főérdeme a sinus sphenoidalis sebészetének és a szembetegségekkel való összefüggésének kellő méltatása. Az orr betegségei, az orrkörüli üregek boncztani és kórboncztani, sőt bacteriologiai viszonyait részletes tanulmányozás tárgyává tette és ez irányban kísérleteit jelenleg is folytatja.

Javalnak — a Sorbonne-ban — a szemészeti optika művelésére intézetet van berendezve. Ophthalmometerét, melyet Schrötz-czel egyetemben szerkesztett és a mely a cornea görbületének az astigmatismusának meghatározására szolgál, a német egyetemeken sokkal inkább használják, mint a párisi szemorvosok. Snellen Utrechtben minden műtétnél, azaz a corneába ejtendő sebészeti műtétnél meghatározza a cornea görbülési viszonyait és a szerint ejti a sebet. Javalnak a kancsalságról szóló legújabb megjelent munkája a kancsalságnak műtét nélkül való gyógyításával foglalkozik. A betegek kora ifjúságától évtizedeken keresztül végzett vizsgálatai alapján azt állítja, hogy a kitartó és okszerű stereoskopikus gyakorlatokkal a kancsalsító szemet a binocularis látásban való részrevezésre lehet kényseríteni. Magától értetődik, hogy a szem refractióját szemtükörrel pontosan megnézi és kellőképp corrigálja. Feltételül köti ki, hogy a betegnek intelligensnek kell lennie és szabadon kell ideje felett rendelkeznie, mert a stereoskopikus gyakorlatok igen sok időt vesznek igénybe. Javal, ki mérnök volt, testvérhuga kancsalsításának kezelésénél kísérlete meg először a stereoskopikus gyakorlatokat, kinél Graefe tenotomiát végzett.

Felhagyott foglalkozásával és teljesen a szemészeti optikának szentelte idejét, különösen a kancsalsággal igen sokat foglalkozott. Javal Helmholtz és Donders műveit átültette a francia nyelvbe és hosszabb ideig volt Graefe tanítványa.

Említettek kivül Párisnak sok a szemorvosa, de csak ezeket volt alkalmam látni és kevés kivétellel csak ezek hírneve terjed túl a francia határon.

Ha a párisi szemorvosok körében szerzett általános impressióról akarok beszámolni, úgy azt hiszem, hogy közel járok a valóshoz, ha azt állítom, hogy a francia szemorvosok a legügyesebben, a legmerészebben operálnak a continens összes szemorvosai között. Genialitásuk, folyton újakat kereső és felfedező munkálkodásuk által határozottan az első helyet vívták ki maguknak.

## Vegyesek.

Budapest, 1896. november 13-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. október 25-től október 31-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 399 gyermek, elhalt 183 személy, a születések tehát 216 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 3, hökhurut —, kanyaró 1, vörheny 5, himlő 1, typhus abdominalis 4, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 1, agykéreglob 7, agyverőmleny 7, rángások 7, szervi szívbaj 11, tüdő-, mellhártya- és hörglob és hörgurunt 18, tüdőgümő és sorvadás 34, bélhurut és béllob 34, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák 1, Bright-kór és veselob 4, angolkór —, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 9, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 6, erőszakos halálestet 7. — A fővárosi közközházak-



ban ápolatott e hét elején 2126 beteg, szaporodás 620, csökkenés 666, maradt e hét végén ápolás alatt 2080. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1896. november 4-től november 11. dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 21 (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 9, vörhenyben 23 (meghalt 1), kanyaróban 52 (meghalt 1), rónesoló toroklobban és torokgyíkban 24 (meghalt 3), trachómában 6, vérhasban —, hökhurutban 14 (meghalt 2), orbáncban 18 (meghalt —), gyermekági lázban 1 (meghalt 1).

— Nékám Lajos dr. f. hó 1-től VIII. József-körút 29. sz. alá tette át lakását.

○ A budapesti orvosi kör országos segélyegylete jövő év január havában osztja szét a segélyeket. Felhívom azokat a tagtársakat vagy volt tagok özvegyeit és árváit, kik segélyre igényt tartanak, szíveskedjenek szegénységi bizonyítvánnyal és egy hatósági orvos ajánlatával ellátott folyamodványaikat f. é. december 15-dikéig hozzám beküldeni. A folyamodók közül a három legérdemesebb Mészáros Károly dr. alapítványának egyenként 160 frtot tevő kamataiban fog részesülni. Papp Samu dr. elnök, Kerepesi-út 8. sz.

— **Alkalmazások az orvosi karon.** Gyógyosztályi intézet: Második tanársegéd: Antal János dr.; díjazott gyakornok: Fenyecssy Béla szig. orvos; díjtalan gyakornok: Csiky János V. o. h. — Első sz. számú belgyógyászati klinika: első tanársegéd: Tauszk Ferencz dr.; díjazott gyakornok: Kovács József dr. és Vajda Károly dr.; díjtalan gyakornokok: Arató Elek dr., Rónay Gusztáv dr. és Schwarcz Miklós dr. — Elmekórtani tanszék: díjtalan gyakornokok: Décsi Károly dr. és Moor Emil szig. orvos. — Élettani tanszék: díjtalan gyakornok: Szabó József V. o. h.; díjazott demonstrátorok: Hönig Izidor és Türk Szilárd; díjtalan demonstrátorok: Balogh Zsigmond, Sörös Miklós, Arkenberg Béla, Hager Péter, Kiss Vilmos, Kolczonay István, Kürthy Arthur, Kugel Mór és Steiner Sándor. — Közegésztani tanszék: tanársegéd: Rigler Gusztáv dr. (az 5. és 6. dik. évre); díjazott gyakornok: Öhler László dr.; díjtalan gyakornok: Stangl Sándor szig. orvos. — Sebészeti I. tanszék: első tanársegéd: Kovács József dr.; második tanársegéd: Rihmer Béla dr. — II. szülészeti és nőgyógyászati tanszék: első tanársegéd: Tóth István dr.; második tanársegéd helyettes: Edey Gyula dr.; díjazott gyakornokok: Lakatos Izidor dr. és Agai Béla dr.; díjtalan gyakornokok: Pauer Károly dr., Rácz Ödön dr., Hajdu Imre dr., Schwartz Hugó dr., Szili Sándor dr., Molnár Albert dr. és Hasenfeld Oszkár dr. — Első számú kórbonczatani intézet: díjazott gyakornok: Trebits Gyula szig. orvos; díjtalan gyakornokok: Fischl Armin dr. és Ludeik Elemér szig. orvos. — Második számú kórbonczatani intézet: díjtalan gyakornokok: Hódossy Gedeon dr., Posgay István szig. orvos, Rohrer László, Verebely Tibor, Apt Ferencz és Zimmermann Károly V-öd éves orvostanhallgatók. — Második belgyógyászati klinika: díjazott gyakornokok: Kollarits Jenő dr. és Ivanovics Sebő dr.; díjtalan gyakornok: Ifj. Gebhardt Ferencz dr. — Fogászati klinika: díjtalan gyakornok: Fodor János dr. — Szemészeti klinika: díjazott gyakornokok: Leitner Vilmos dr. és Scholtz Kornél dr.; díjtalan gyakornokok: Ig Ede dr. és Bilaskó György dr. — Első szülészeti és nőgyógyászati klinika: második tanársegéd: Walla Béla dr. — Második számú bonczatani tanszék: díjtalan gyakornok: Tóth Zsigmond V. o. h.; díjazott demonstrátorok: Balázs Dezső, Entz Béla, Itz és Zsigmond, Tóth Jenő; díjtalan demonstrátorok: Fülöp Ferencz, Goldhammer Zoltán, Rerich Ferencz, Schöller Károly és Tóth Gyula. — Bőr- és bjakórtani tanszék: díjazott gyakornok: Deutsch Arthur dr. — Bonczatani (I.) tanszék: díjazott gyakornok: Pollatschek Elemér dr.; díjazott demonstrátorok: Lutter Károly, Gergő Imre, Landesmann Dávid, Polacco A. Brunó; díjtalan demonstrátorok: Pauncz Sándor, Mandel Ignác, Milkó Vilmos, Glücksthal Jenő, Wiesinger Frigyes, Konrad Jenő, Goitein Salamon. — Második sebészeti klinika: díjazott műtőnövendék: Chudorszky Móricz dr. — Élet- és körvegytani tanszék: díjazott gyakornok: Schönyslug Béla dr.

— Utazó ösztöndíj adományozás. Az orvostanártestület a Benefele jelenleg 1000 frtos utazási ösztöndíjat Neumann Szigfrid dr. II-dik szülészeti és nőgyógyászati II. tanársegédnek adományozta.

— Karácsonykor jelenik meg a Pesti Alfréd által szerkesztett „Orvosi könyv és ezimtar“ VII. évfolyama, aktualis, érdekes tartalommal. Melléklete egy czélszerű, kényelmesen elhelyezhető és négy részre osztott zsebnaptár lesz.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

**Szt. Lukácsfürdő**

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-meter nagyságú nyitott és zart medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő fürdők. Olesó és szép lakások. Prospektust küld ingyen az igazgatóság Budapesten.

Téli és nyári gyógyhely.

## CSÁSZÁRFÜRDŐ BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévívíz gyógyfürdő páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakoszával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kívánatra ingyen és bérmentve. 14



VÉDŐJEGY.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI  
nyilvános  
**TEHÉNIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE**  
TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

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

50 egyénre (kb. 1 gramm) .....	3.—
100 „ (kb. 2 gramm) .....	6.—
1 phiola 2-3 egyénre .....	—60
10 vagy több ilyen phiola á .....	—50
1 phiola 15 egyénre .....	2.50

☛ Csomagolásért 20 krajczár ☛

mint évek óta: praktizál  
**San Remoban** DR. med. **STEINBERG.**  
Grossgmain és Reichenhall.

## DR. GRÜNWARD SANATORIUMA

Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 15. szám.

(A király-utca villamos csút mentén.) 10

Ujonnan épült, minden komforttal és gyógyszerközzel ellátott magánygyógyintézet. Felvétetnek bármily gyógyszakmába vágó beteg nők. — Gyógykezelés kivánság szerint bármely specialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Állandó orvosi felügyelet. Kitűnő ellátás. Telefon. Kívánatra prospectus.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak 46

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a labororium vezetői.

Poliklinika: VII., Dohány-utca 31. szám.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

## HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

**Gyors, biztos enyhe hatás.** 45

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra.

— Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palack czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

Dragée ferr. protoxalat. Dr. Budai.  
Dragée ferr. protoxalat. c. arsen Dr. Budai.

Minden nagyobb klinikán kiváló sikerrel alkalmaztatott

**anaemia és idegesség ellen.**

Egy doboz ára 1 frt.

Kísérleti czélra az orvos uraknak ingyen és bérmentve küldetik.

Kapható: Budapesten „Városi gyógyszerár“ (Városház-tér).



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Hógyes Endre tanár ált. kór- és gyógytani intézetéből.

A szívhypertrofiáról az egyik vese kiirtása után.

Közlök *Wenhardt János* dr., II. belklinikai gyakornok és *Nádory Béla* dr., I. szülő- és nőbeteg klinikai gyakornok.

*Bright* már 1836-ban felhívta a figyelmet a róla elnevezett betegség és a szívhypertrofia gyakori egyidejű előfordulására. E nyilatkozat óriási irodalomnak lett a kiinduláspontja, de a két főpontra nézve még mai napig sem történt megállapodás: melyik az elsődleges megbetegedés és hogyan vonja ez maga után a másikat? Kérdés ugyanis, hogy a szív vagy a vese betegszik-e meg előbb, vagy talán mindkettőnek egy harmadik közös oka van-e. A bűvárok legnagyobb része *Bright* mellett foglalt állást, a ki szerint a vesebaj az elsődleges megbetegedés. De annál szétágazódóbbak a nézetek arra nézve, hogy a vesebaj mily úton-módon idézi elő a szív hypertrofiáját.

Az erre vonatkozó számos teóriát három csoportba lehet összetoglalni. A *mechánikai elmélet* szerint az érrendszer valamely helyén a vér áramlásának útjában akadály van, mely a szívet fokozott munkára szólítja fel. Ezen akadályt némelyek a parenhimás vesegyulladásnál a lobos duzzanat összenyomta erekben, vesezsugorodásnál pedig az elpusztult hajszálerekben keresik, mások a vesebajok mellett igen gyakran előforduló érmegbetegedésben, a mely az ereket részben szűkíti, részben pedig merevebbé teszi, vélik feltalálhatni az okot.

A *kémiai elmélet* hívei is kétféleképen gondolják el, hogy miként jöhet létre kémiai úton a szív hypertrofiája. Némelyek szerint veselobos beteg vérében rendellenes minőségű vagy legalább is rendellenes mennyiségben keringő anyagok izgatják a szívet és ezt gyakoribb meg erősebb összehúzódásokra bírják; mások szerint a rendellenes összetételű vér nehezebben áramlik tova.

Egyesek a *mechánikai és kémiai elméletet* egyesítették, ezek vagy az előbbi teóriák két-két pontjának az egyidejű jelenlétében keresik a szívhypertrofia okát, vagy felteszik, hogy veselob folytán a vérben keringő rendellenes anyagok az ereket izgatják, ezeket szűkítik és így a kémiai ágens mechanikai akadályt teremt.

A jelen dolgozat alapját képező kísérleteket tulajdonképpen azért végeztük, hogy a két szakaszos vesekiirtás előnyét kiderítsük az egyszerű vesekiirtás felett.<sup>1</sup> Mivel azonban az egyik vese kiirtása után fejlődött szívhypertrofiára nézve az irodalomban, mint látni fogjuk, homlokegyenest ellenkező nézetek találhatók, azért kísérleteinkben a szívre is tekintettel voltunk és megfigyeléseinkkel a jelzett vitás kérdés tisztázásához kívánunk hozzájárulni.

A vesezsugorodást követő szívhypertrofiának fejlődését *Traube*<sup>2</sup> a következőképen magyarázza. A zsugorodásban a

vese egyéb alakelemeinek pusztulásán kívül a hajszálerek is megfogynak. „Die Schrumpfung des Nierenparenchyms wird also zweierlei Folgen haben. Sie wird einmal vermindern auf die Blutmenge wirken, welche in einer gegebenen Zeit aus dem Aorten-System ins Venen-System abfließt. Sie wird zweitens verkleinern auf die Menge der Flüssigkeit wirken, welche in derselben Zeit dem Aorten-System zur Bildung des Harnsecrets entzogen wird.“ Mindkét körülmény szerinte a vérnyomást növeli, a minek következtében a szívnek fokozott munkát kell végezni.

Egészen eltekintve attól, hogy vesezsugorodásban a húgyelválasztás nemcsak hogy nem kisebb, hanem a rendesenél nagyobb, *Traube* magyarázatának második pontja még a csökkent húgyelválasztással járó parenhimás veselobokra sem áll, mint az *Cohnheim* és *Lichtheim*<sup>1</sup> a hidrémiás pleorára vonatkozó kísérleteiből kiténik.

Marad tehát *Traube* mechanikai elméletének első pontja, a mely szerint a vesezsugorodásban e szerv hajszálereinek egy része elpusztul, a minek következtében az időegység alatt kevesebb vér jut az arteriás rendszerből a vénásba, tehát az előbbiben a vérnyomás fokozódik, a mi ismét a szív nagyobb munkáját vonja maga után.

E pont lényege tehát az, hogy a vesebaj vérmeder kisebbedése szívhypertrofiát bír előidézni. Mi sem látszott könnyebbnek, mint ennek a mesterséges utánzása. Ki kell irtani az egyik vesét, a miáltal a vesebaj vérmeder felényire csökken, tehát a *Traube*-féle elmélet szerint szívhypertrofiának kell bekövetkezni.

A dolog azonban nem ily egyszerű. Ha a testben bárhol, akár az art. renalis-nál nagyobb eret lekötünk, akkor a vérnyomás változatlan marad vagy legföljebb csak igen rövid időre emelkedik. Ennek az oka a kollaterális bővérőség, vagy a hol az nem jöhet létre, ott a vér (a vérmeder szűkülésének megfelelő) „főlslegessé“ vált részének az érrendszerből való kiküszöböltetése. Miért maradna ez el a vesék ereinek összenyomatásakor (parenhimás veselob), a vesék ereinek pusztulásakor (zsugorodás) vagy az egyik vese kiirtása után?

Itt azon eldöntetlen kérdés merül fel, hogy a vesebaj vérmeder kisebbedése más, nem azon fajlagos működéssel bíró érterületen kollaterális bővérőséget támaszthat-e? Mert e tekintetben nagy különbség van a vesezsugorodás és az egyik vese kiirtása okozta vérmeder-kisebbedés között. Ha csakis fajlagos működéssel bíró érterületen támadhat kompenzációs értékű bővérőség, akkor ez az egyik vese kiirtása után a másokban még kifejlődhetik, de nem jöhet létre veselobban, a hol mindkét vese megbetegedett. Föltéve azonban, hogy a vesebaj vérmeder-kisebbedést vesezsugorodásban a test más helyén támadt, az egyik vese kiirtásakor pedig a másik vesében és talán a szervezetben egyebütt is fejlődött kollaterális bővérőség teljesen pótolja, akkor a vérnyomás növekedéséről nem lehet szó. Ha pedig nem jön létre teljesen kompenzáló kollaterális bővérőség, akkor miért ne küszöbölne ki magából az érrendszer, mely minden egyénben annak megfelelő bizonyos folyadékmenyiség befogadására van beállítva, a vérmeder kisebbedésének megfelelő és „főlslegessé“ vált

<sup>1</sup> Erről e lap hasábjain legközelebb fogunk referálni.

<sup>2</sup> Ges. Beitr. zur Path. u. Physiol. 1871. II. 334.

<sup>1</sup> Virchow Arch. 69. k.



vért, mint az más érterület szűkülésekor történik. Ha ezen kiküszöbölés bekövetkezik, akkor a vérnyomás növekedéséről megint nem lehet szó.

Ezen kérdésekre csakis a vérnyomás meghatározása adhat feleletet. Vesebajos embereknél, különösen vesezsugorodásban szenvedőknél a vérnyomás fokozódott. Ez bizonyos. Kérdés már csak az, hogy ez egyszerűen a mechanikai akadálynak a következménye-e, vagy talán a szívre és az érrendszerre ható kemiai anyagoknak is van-e ebben szerepük. Az előbbire felhasználható az egyik vese kiirtása, ha felteszszük, hogy ezáltal a vesebeli vérmeder annyira kisebbedik, a mennyire kisebbednie kell vesezsugorodásban, hogy szívhipertrofia fejlődhesse egyrészt, másrészt, hogy a vese kiirtásakor a kompenzáció nem tökéletesebb, mint a vesék zsugorodásában.

*Rosensteint*<sup>1</sup> gyakran említik, mint a ki az egyik vese kiirtása után a vérnyomásban változást nem talált. Mi a közleményében nem tudjuk megtalálni, hogy ő a vérnyomást közvetlenül meghatározta volna; inkább csak az tűnik ki, hogy mivel nyúl az egyik vese kiirtása után nem talált szívhipertrofiát, ebből visszakövetkeztetett, hogy a vérnyomás sem lehet fokozódott.

*P. Grawitz* és *O. Israel*<sup>2</sup> 1879-ben az egyik vese kiirtása után nyúl az egyik vese kiirtását rendszernek találták. De midőn *Israel*<sup>3</sup> 1881-ben ugyanazon kísérleteket ismételte, akkor egyes állatokon a vérnyomást 3–6 mm. Hg.-mal nagyobbak találta. Persze, tekintve a meghatározások csekély számát, ez véletlen is lehet, de ha nem a véletlen szeszélyes játéka, akkor ezen a vérnyomás rendszer határain belül, de mégis állandóan annak magasabb értékei körül mozgó vérnyomás szívhipertrofiát okozhat.

*Zander*<sup>4</sup> 9 nyúl meghatározta az art. carotis-ban a vérnyomást a vesekiirtás előtt és hosszabb-rövidebb idővel az után. A kapott értékek a rendszer határokra belül mozogtak.

Mint látnivaló, az eddigi vizsgálatok inkább a mellett szólnak, hogy házi nyúlban az egyik vese kiirtása után a vérnyomás változatlan marad.

Tekintsük már most a dolgot más oldalról. Ha *Rosenstein* és *Zander* vizsgálatai helyesek, a melyek szerint a vesekiirtás után a visszamaradt ép vese minden a húgyba való alkatrészt a szervezetből kiküszöböl, akkor fel kell tennünk, hogy az időegység alatt most ezen egy vesén éppen annyi vér áramlik át, mint annak előtte mindkét vesén. Ez pedig csak kétféleképpen lehetséges: vagy változatlan marad a visszamaradt vesében az erek átmérője és gyorsabban áramlik bennük a vér, vagy ép oly gyorsan mint azelőtt, de akkor ezen vese ereinek állandóan tágult állapotban kell lenniök.

Az első lehetőség, hogy a visszahagyott vesében a vér gyorsabban kering, csak akkor lehetséges, ha a nyomáskülönbség az arteriás és a venás rendszer között megnagyobbodott. Mivel pedig a föltételezett gyorsabb áramlásnál fogva az időegység alatt ugyanazon vérmennyiség jut a vivőeres rendszerbe mint azelőtt, tehát itt a nyomás nem csökkenhet, azért a nyomáskülönbség csakis az arteriás rendszerben a nyomás növekedéséből származhatik, de ezen nyomásnövekedést a verőeres rendszerben kísérletileg nem sikerült kimutatni.

A második lehetőség szerint a vérmeder a visszahagyott vesében tartósan megnagyobbodott. Tehát azon vérmennyiség, a mely azelőtt az időegység alatt két vesén áramlott át, az most egy vesének ugyanakkora vérmedrén megy át. A különbség csak az, hogy ugyanazon nagyságú vérmeder két vese mellett több, de szűkebb érből áll, egy vese mellett pedig kevesebb, de tágabb érből. Mivel pedig ismeretes, hogy azonos áramlási sebesség mellett ugyanazon folyadék tágabb erekben

kevesebb akadálytal találkozik mint szűkebbekben, nemcsak, hogy a nyomás nem növekedhetik, hanem éppen ellenkezőleg ennek a csökkenését kellene elvárunk.

Ezen kissé hosszadalmas, de rövidebbre nem szabható okoskodásból kitűnik, hogy a fölvetett kérdések tisztázásáig a veselobok, különösen a vesezsugorodás és a szívhipertrofia közötti összefüggés kiderítésére a vesekiirtás teljesen alkalmatlan eljárás.

(Folytatása következik.)

## Egyes ritkább nyelvántalmakról.

Irta *Schwimmer Ernő* dr., egyetemi tanár.

(Vége.)

### III. *Pemphigus linguae.*

Ismeretes, hogy a pemphigus betegség egy ritka bőrbántalom, sokkal ritkább a herpesnél, de a szájnyalakárányának megbetegedései közül a pemphigus mégis sokkal gyakrabban látható, mint a herpes. Tapasztalataim szerint, melyek igen bő anyag észlelésére támaszkodnak, rendszeren a pemphigusnak a köztakarón való megjelenése után lép fel a szájnyalakárány hasonló megbetegedése is, mely azonban egyes esetekben még a kór hosszantartó lefolyásánál is teljesen hiányozni szokott, a mennyiben a bőrön levő pemphigus daczára a nyálkahártya teljes épségben maradhat. Néha azonban azt tapasztaltam, hogy a nyálkahártya pemphigusa megelőzi a köztakaró pemphigusát. Néhány szerző azon állítása, hogy a szájnyalakárány önálló pemphigusát nem követi a köztakaró hasonló megbetegedése, nem látszik előttem valószínűnek. Magam azon nézetben vagyok, hogy ép oly jogosulatlan a szájr- és nyelv önálló pemphigus kórisméjének felvétele, mint a köztakaró egyes helyein fellépő *egyedül álló* hólyagokból a bőr pemphigus kórisméjének felállítására. Az ilyen diszert hólyagok megjelenésében nyilvánuló szájnyalakárány bántalom más betegségek kíséretében is fellép s így minden orvos helyesen teszi, ha kétes esetekben óvakodik ezen súlyos bántalom diagnózisát felállítani.

A súlyos pemphigusoknál a szájnyalakárány rendszeren, sőt a halállal végződőknél még a bélhuzam hason természetű megbetegedése is részt vesz a kórfolyamatban.

Nem rég volt alkalmam kórodámon egy *a nyelven* előforduló pemphigus kóralakot észlelni. Az eset a következő.

Egy 41 éves nő, ki ez év február havában egy hólyagosa kitörésben jelentkező bőrbajban betegedett meg, mely baja eddig mindenféle kezeléssel daczolt, került osztályomra. Midőn a beteget először láttam, állapota kétségbeejtő volt. A köztakaró kinézése az ú. n. rosszindulatú pemphigusra emlékeztetett, t. i. azon alakra, melyet azon burjánzások miatt, melyek a szétmállott hólyagcsák alapjából indulnak ki, pemphigus vegetansnak nevezünk. A tarkó, hát, a mell s a nemzőszervek bőre fekélyedő burjánzásokkal fedett elváltozást mutattak, a felső és alsó végtagok köztakarója ugyancsak, azonban kisebb mértékben. A test többi részén is láthatók voltak babszemnyi egész mogyorónyi nagyságú hólyagok.

A beteg állítása szerint, a szájnyalakárányának a betegségben való részvétele sokkal később jelentkezett, mint az említett kóros elváltozások a köztakarón, a mennyiben a bőrön fellépő első tünetek után csak hat héttel később érzett fájdalmakat a szájában. Nemsokára fekélyek is léptek fel a szájban, melyek csak hig táplálék vételét engedték meg.

Midőn beteget először láttam, a nyelv megbetegedése már igen előrehaladott stadiumban volt s daczára annak, hogy néhány napi tisztántartás s antiseptikus szerek használata által a nyelv felülete meglehetősen tisztult, sőt már finom hámmal bebőrödni is kezdett, mégis utólagosan az alig gyógyulásnak indult helyen egy új hólyagkitörést észlelhettem. A nyelv felső felületén három babszem mekkoraságú hólyag lépett fel, melyek rövid 24 óra lefolyása alatt meg-

<sup>1</sup> Virchow Arch. 53. k. 154. l.

<sup>2</sup> Virchow Arch. 77. k.

<sup>3</sup> Virchow Arch. 86. k.

<sup>4</sup> Zeitsch. f. kl. M. 1882. IV. 174.



repedtek, úgy hogy a hámfoszványok szabadon lógtak a hólyag széleiről. A nyelv felületének hámlása az újképződésre nem igen mutatott hajlamot. Az említett hólyagos kitérések mellett látható vörös foltok, melyek igen vékony hámtakaróval voltak borítva, hasonló folyamat előmenetele mellett szólottak. Pofa-, garatnyákhártya ép volt, azonban a felső s alsó ajk szélén sötét-vörös elszínesedés s duzzadás volt látható. Az ajkpir a megszáradt vérből származó s így sötétszínű pörkkel volt fedve.

Daczára annak, hogy az általános állapot napról napra rosszabb lett, a gyengeség fokozódott, daczára annak, hogy a köztakarón jelentkező hólyagkitérések napról napra szaporodtak: a nyelv állapota kissé javult, a mennyiben a hámfoszványok mind szépen leváltak. Végre egy heves bélkatarrhus alig 10 napi kórházi tartózkodás után halálos kimenetelt hozott létre.

#### IV. *Argyrosis linguae.*

A köztakarónak az ezüst készítmények sok ideig való használata által előidézett, jellegzetes elszínesedése létrejöhet úgy e szerek belső adagolása, mint külső alkalmazása folytán. Régebben azt hitték, hogy a szervezetnek csak a szem által hozzáférhető részei, mint a bőr, a nyálkahártyák színesedhetnek el, míg *Orfila* és *Fromman*,<sup>1</sup> *Weichselbaum*<sup>2</sup> és mások ki nem mutatták, hogy oly egyéneknél, kik hosszabb időn át az *argentum nitricum*ot belsőleg vették, a boncolás alkalmával a belső szervek elszínesedése volt constatálható. Az elváltozás módjai valószínűleg különbözők, ámbar a nézetek magáról az ezüst lerakódásról is megoszlanak. Míg némelyek azt veszik fel, hogy a légenysavas ezüst a szervezet nedveivel ezüstalbuminátot képezvén, a reducált ezüst ott helyben, kis, oldhatatlan szemcsék alakjában lerakódik, addig más szerzők azt vélik, hogy a reducált ezüstszemcsék a vér s nyirokedények útján elvitetnek oda, hol a felhám tovább vándorlásukat megakadályozza.

Bőrgyógyászati szempontból csak az olyan esetek birnak érdekeltéssel, hol az *argentum nitricum* helyi alkalmazása következtében egy *localis argyrosis* lép fel s ez mindjárt nagyon valószínűvé teszi azon felvételt, hogy egy helyi ezüst-kiválasztás következtében helyi elszínesedés jön létre. Ha azonban *Neumann*<sup>3</sup> észleletét vesszük tekintetbe, akkor a másik feltevés is valószínűvé válik. Ugyanis *Neumann* egy betegénél, ki 26 éven át étette rendszeren lapissal a nyelvgyökén székelő szemöleseit, nemcsak nyálkahártya-argyrosis fejlődött ki, hanem az arc-, a mellbőr, sőt a körmök is elszínesedtek. Ezek szerint tehát úgy látszik, hogy a nyálkahártyáknak lapissal való rendes érintése az ezüstnek tovább vitelét lehetővé teszi, míg a köztakarónak lapissal való kezelése ezt nem vonja maga után. Szóval a nyálkahártyák e tekintetben egészen másképp viselkednek, mint a köztakaró.

Részemről nem emlékezem egyetlen esetre sem, hogy betegéknél, kik kiterjedt arc lupusuk miatt gyakran és kiterjedően lettek lapissal kezelve, a köztakarónak nagyobb területére kiterjedő vagy általános *argyrosis* fejlődött volna.

Esetleg fel lehetne hozni azt, hogy a beteg szövet nem alkalmas az ezüstalbumin felvételére és továbbvitelére, csak hogy ez a feltevés nem felel meg a bőrön előforduló pathologikus folyamatoknál tapasztaltaknak. Így egy esetben, a hol az orrsücsön levő teleangiectasiát huzamosabb ideig étettem lapissal, az edénykítágulás tényleg eltűnt, helyén azonban egy állandó *argyrosis* lépett fel. Ennél a betegnél különféle festő anyagokkal próbáltam a megtámadott bőrt taetovirozni, de kísérleteimet nem koronázta siker.

A nyelv *argyrosis*a egy igen ritka kóralak. Az eset, melyről itt röviden akarok beszámolni, egy 58 éves férfit illet, ki 26 év előtt bujakóros bántalomban megbetegedett, s csak

hosszasan tartó kezelés folytán gyógyult meg látszólag. Tíz év előtt nyelvén és ajkán itt-ott fellépő kis excoariatiókat vett észre, melyeket ő syphilitikus eredetűeknek tartván, orvosi tanács nélkül, állandóan, praeventiv okokból hosszú éveken keresztül lapissal étetett. A midőn az ajk, a foghús és a nyelv nyálkahártyájának elszínesedése állandósult, s ő ezen sötétebb elszínesedésnek okát megadni nem tudta, miután az *argentum nitricum* ebbeli hatását nem ismerte, kórodámhoz fordult, az említett bántalom ellen orvoslást keresve.

Itt miután bántalma természetéről felvilágosítottam, egyúttal tudomására hoztam, hogy semmiféle therapeutikus beavatkozás ezen elszínesedés eltüntetésére nem vezet célhoz. A mi ezen esetben mint érdekes tünetény említést érdemel, ez az, hogy a szürkés-kékes elszínesedés nemcsak a bántalmazott nyálkahártyákon fejlődött, hanem az arczon is, melynek kinézése cyanotikushoz hasonló volt. A test többi részének köztakarója ezen elváltozástól teljesen ment maradt. Beteg értesülvén arról, hogy baja semmiféle orvosi kezelésnek nem enged, rövid idei ott tartózkodás után kórodámát elhagyta.

#### V. *Glossitis mercurialis.* (3. ábra).

Már régóta ismert tény az, hogy a syphilis gyógyításánál használt higanykészítmények némelyeknél a szájür nyálkahártyáját kisebb-nagyobb mértékben megtámadják. Ismeretes tény továbbá az is, hogy egyes betegeknek, legyenek azok akár luetikusok, akár nem, érzékenysége a higany iránt oly nagyfokú, hogy néha a mercur legparányibb mennyiségének használata után is a higanymérgezés tüneteit mutatják. Így egyes esetekben észleltem, hogy kosmetikus ezélből az arczon alkalmazott gyenge praecipitat-kenőcs már a foghús gyuladását s meglazulását hozta létre, úgy hogy — ilyen esetekben — ezen szer alkalmazásával teljesen fel kellett hagynom. Manapság azonban egyrészt a higanynak észszerűbb alkalmazási módja, másrészt pedig az ugyanazon időben a szájür nyálkahártyájának épségben tartására használt prophylactikus szerek, kisebb-nagyobb mértékben képesek a higany eme káros hatását megakadályozni. Ha daczára ennek egyeseknél higany-stomatitist látunk fellépni, iparkodunk azt lehetőleg gyorsan lektüzdeni, a mi nagy nehézségbe nem is ütközik, a mennyiben a higany kihagyása, a szájnyálkahártyának ápolása és tisztítása, összehúzó szerekkel ecsetelés s megfelelő szájvíz, nemcsak hogy rendszeren megakadályozzák a tünetek további kifejlődését, hanem gyors gyógyulást hoznak létre.



3. ábra.

A súlyos természetű stomatitist tehát, valamint a nyelv parenchymájának a bántalomban való részvétét manapság a legkritikább észleletek közé számítjuk, míg századunk első évtizedeiben az efféle bántalmak a mindennapi észleletek közé tartoztak, sőt ez időben a nyálkahártyáknak higany által előidézett megbetegedését a syphilis gyógyulására kedvező jöslatnak tekintették.

Előre sohasem tudhatjuk, hogy egyik vagy másik betegünk bir-e a higany iránt idiosyncrasiával vagy nem, s minden egyes esetben csak a tapasztalat tanít meg bennünket arra, hogy mily nagy az illető egyén érzékenysége ezen szer iránt.

A *glossitis mercurialis* a szájnyálkahártya megbetegedéseinek egyik legsúlyosabb alakját képezi s csak igen ritkán lép fel az iny egyidejű megbetegedésével, mi azt mutatja, hogy ez nem tekinthető a foghús lobosodásából eredő s per contiguum terjedő bántalomnak, hanem egy olyan kóralaknak, mely a szervezetben rejlő mérég által directe hozatik létre.

Mert ha ez egy per contiguum terjedő bántalom volna, úgy

<sup>1</sup> Kobert: Ueber Argyrie und Siderosis. Arch. f. Derm. 1893. 773. old.

<sup>2</sup> Anzeiger der Gesellsch. der Aerzte. Wien 1874. Nr. 20.

<sup>3</sup> Wiener med. Jahrbücher 1877. évf. 367. old.



mindig azt kellene tapasztalunk, hogy a hol csak a foghús megbetegedése állandósult, ott a nyelvbántalom is kifejlődik. Mi azonban rendszeren az ellenkezőt tapasztaljuk, t. i. a nyelv megbetegedése a létező legkritkább esetben vesz a bántalomban részt, a nyelv rendszeren ment marad minden elváltozástól.

Az itt felemlítendő eset egy 20 éves nőt illet, ki súlyos syphilissel került kórodámra. A törzs és végtagok bőrén kiterjedt papulosus syphilid, a nemi szervek környékén széles, nedvedző papulák, garatnyálkahártyán fekélyek s általános adenitis volt constatálható a betegnél. Rögtön a felvétel után megkezdte a bedörzsölési kúrát 3 gm. unguentum cinereumal. Alig, hogy az első kenést a két alszárán elvégezte, már is érzékenység s fájdalmasság jelentkezett a foghúsában a nélkül, hogy itt valami, a rendestől való eltérést vehettünk volna észre. Beteg másnap a kenést a czombján folytatta, mire a száji érzékenysége s fájdalmassága fokozódott, a foghús duzzadni s lazulni kezdett s szélén egy vékony kékes színváltozást mutatott. Ez arra indított engem, hogy a kúrával egyelőre felhagyjak s részint chromsav-csesetelést, részint pedig a szájnálkahártya legszorgalmasabb tisztogatását ajánljam. Azonban a foghús fájdalmas állapota nemesak, hogy nem csökkent, hanem még növekedett. Ugyanezen időben beteg még nyelv-fájdalmakról is panaszkodott. A nyelv duzzadt volt, bűzös szagot árasztott maga körül, nagy mértékben nyálfolys mutatkozott, mely tünetnyek elrabolták beteg nappali és éjjeli nyugalmát. Táplálékot beteg nem volt képes magához venni és a jéglabdacok vétele sem segített ezen állapotán, miután úgy a száj nyitása, mint csukása fájdalmas volt. Két nap múlva a nyelv piszkos sárgás lepellel vonatott be, itt-ott lehámlások léptek fel s az epitheliány következtében a lehorzsolások vörös pontok alakjában mutatkoztak. Beteg fájdalmi miatt folyton sirt és jajgatott. A nyelv és foghúson kívül még a pofa nyálkahártyája is meg kezdett duzzadni s a levált sejthámeczfatok a száji összes puha részletének kifekélyesedésére s genyedésbe való átmenetelére engedtek következtetni.

Ezen gyötrelmes állapot majd egy hétig állott fenn s csak nehezen sikerült cocain beecsetelésre s chloral belső adagolására némi enyhítést nyujtanunk. A második bekenéstől számított 8-dik napon kezdett csak állapota javulni s csak négy heti ott tartózkodás után hagyhatta el a kórházat gyógyult állapotban.

Ezen esetben, míg a higany a nyálkahártyán oly kellemetlen elváltozásokat hozott létre, addig — bámulatos, hogy ilyen kis mennyiség következtében — a fent elsorolt syphilitikus tünetek teljesen elmúltak.

Érdemesnek tartottam ezen nyelvbántalomról beszámolni, a mennyiben ilyen kóralak manapság a legkritkább esetek közé tartozik. Alig emlékezem, hogy azon sok és sok ezer beteg közül, kiket higanynyal kezeltem, csak egy is szenvedett volna ilyen nagymérvű glossitis mercurialisban. Legérdekesebb ezen esetben a toxikus bántalom iránti hajlandóság, mert daczára a legalaposabb szájpolásnak, daczára a károsnak bizonyult szer rögtöni kihagyásának, a vérkörbe jutott csekély mennyiségű higany már akkor végezte káros hatását, midőn annak a szervezetbe való felvételét alig lehetett volna lényegesnek mondani.

## A nervus facialis viszonya a hallószerv bántalmaihoz.

Irta: Tomka Samu dr., fülorvos Budapesten.

(Folytatás.)

### Lefolyás és kimenetel.

Fülbántalmaknál a facialis paralisiseknek fejlődése, a melyet gyakran elonikus rángások előznek meg a facialis területén, vagy állandóan előrehaladva következik be, vagy nagyobb ingadozások között; néha hirtelen teljes paralysis lép fel előre ment prodromal tünetekkel vagy azok nélkül.

Az arczideg területén az ingadozások a hűdési tünetek nagyobbodása vagy csökkenése tekintetében igen gyakoriak

és a megbetegedési helyen az idegnek nagyobbodó vagy kisebbodó vezetési képességétől függenek.

A hol a hűdés csökkenése következik be, többnyire egyenlőtlenül haladó javulást észlelünk a facialis egyes ágai területén, a mennyiben egyes ágak már normalisan működnek, míg mások még paritikusak. A gyógyulás sem következik be mindig a facialis egész területén, a mennyiben egyes ágakban, pl. a naso-labial barázda és a levator palpebrarum ágaiiban örökösen hűdéses állapot maradhat vissza. Az utóbbi akkor következik be, ha a facialis egyes idegkötegei arrosio vagy hegeképződés által a vezetést elveszítették, a facialis többi része pedig érintetlen maradt. Mélyreható pathologikus változások, mint ronsolás, kötőszöveti hegek, a melyek az egész idegtörzsön áthatolnak, rendszeren teljes gyógyíthatlan paralyssist vonnak maguk után. Hosszú ideig tartó facialis hűdéses folytán néha az arcizmok sorvadása következik be, ritkábban a megfelelő arczfélnek deformatiója az állkapocs atrophija folytán (*Politzer*).

Már gyógyult facialis paralisisek reidivái olykor előfordulnak, minőket többek közt *Donáth*<sup>1</sup> irt le.

### Diagnosis.

Az arczideghűdésnek tünetei még a gyengébb esetekben is az arcizmok hűdése következtében beállott eltorzító sajátosságos arczkifejezés folytán annyira kifejezettek, hogy a diagnosis a legtöbb esetben könnyen állítható. Mindig szükséges azonban annak megállapítása, hogy mely ágak vannak többé és melyek kevésbé bántalmazva, hogy a beteg által bizonyos mimikus mozgásokat végeztessünk, mint például a szájjúgnak visszahúzása, a szemeknek behunyása, a homloknak ránczolása, miáltal a hűdésnek foka és a kezelés alatt előrehaladó gyógyulás megállapítható.

A központi és környi hűdés közti differential diagnosis a hallószerv objectiv leletének hiánya mellett a könnyebb alakoknál és a betegség kezdetén csak nehezen állítható fel, ha más agyidegek területén hűdési tünetek és még egyéb egyidejű agyi tünetek nem léteznek, a melyek rendszeren a facialis központi megbetegedésére engednek következtetni.

A villanyos vizsgálat is fontos diagnostikus mozzanatokat nyujt ezen irányban. Elfajulási reactio többnyire csak környi hűdéseknél fordul elő, míg a központi paralisiseknél, ha a Varolhidban székelő facialis magvak bántalmazva ninesenek, a villanyos izgathatóság teljesen megtartva marad. Az utóbbi hűdéseknél a szem csukása többnyire nem szenved és a homloki rész is rendszeren mozgatható marad, míg ez a környi hűdéseknél többnyire hűdött.

A központi facialis paralisisek differential diagnosisára különösen tanulságosak az irodalomban feljegyzett koponyaalapi tumorok esetei, melyek a belső halljáratba behatolnak és az arczideg összenyomása folytán annak nagyfokú hűdését okozzák (*Virchow, Politzer*). Ezen esetekben a facialis paralysis és teljes siketség mellett charakteristikus agyi tünetek léptek előtérbe, melyek a központi megbetegedésnek diagnosisát bizonyossá tették. Eklatáns példát nyujt erre a *Politzer* által leirt és tankönyvében lerajzolt eset.

A peripher hűdéseknél székelyét illetőleg, a dobüregben vagy a sziklacsontban való megbetegedésének pontos localisatiója igen nehéz. Azon feltevés, hogy a megfelelő oldal iz-érzés zavara a chorda tympani kilépése mögötti megbetegedést jelentené, csak középfül genyedések nélküli arczideghűdéseknél engedhető meg. Genyes középfülloboknál az iz-érzés zavara diagnostikusan nem értékesíthető, mert, miként előbb említve volt facialis megbetegedés nélkül, pusztán a chorda tympani változásai folytán is észlelhetők iz-érzési anomaliák.

A levator palati mollis egyidejű hűdése ép oly kevésbé értékesíthető a Fallop-esatornában lévő megbetegedés székelyének meghatározására, mint a garathűdés hiánya, minthogy facialis paralisiseknél a garathűdés okairól még nem tudunk semmi biztosat.

<sup>1</sup> Orvosi Hetilap 1894. 38. szám.



Sírasi képtelenség a gangl. genicul. vagy a mögötté eső rész megbetegedésére enged következtetni (*Jendrassik, Goldzieher*).

Hogy nyomás vagy destructio által okozott facialisbénulás forog-e fenn, abból következtetünk, hogy a bénulás lassan fejlődött-e ki, fokának ingadozásai mellett, vagy pedig hirtelen teljesen lépett fel. Előbbi esetben a hűdés a fülbántalom javulásával szintén javul, a mi a nyomás általi hűdés mellett szól; míg utóbbi esetben a hűdés a fülbántalom javulása mellett is változatlan maradhat, mi az ideg ronesolására enged következtetni.

Az arcideghűdés fokának meghatározására nagyon fontos a villanyos vizsgálat. Kisebb fokú hűdéseknél a hűdött idegek és izmok reakciója normalis, vagy valamivel emelkedett. Súlyosabb esetekben a megbetegedés kezdetén a faradikus izomösszehúzóerő gyakran nagyobbodott (*Erb*), a további lefolyásban azonban a teljes kialvásig súlyosod, míg az izmok reakciója, a megbetegedett oldalon a galvanikus izgatás iránt nagyobb mint az egészségesen (elfajulási reactio), a további lefolyás alatt a galvanikus izomösszehúzóerő is megszűnik.

A javulás vagy gyógyulás oly módon következik be, hogy az emelkedett galvanikus reactio eszikken, míg a faradikus lassankint emelkedik.

#### Kórjósolat.

A facialis paresisek és paralyisisek kórjósolata a megbetegedett ideg bonczati alapjától és a megbetegedés tartamától függ. Gyermeknél a kórjósolat rendszeren kedvezőbb mint felnőtteknél.

Általában véve a kórjósolat friss és még nem régóta fennálló hűdéseknél, heveny nem genyes, vagy genyes folyamatoknál is kedvezőbb, mint idült középfülbántalmaknál. Heveny esetekben a kórjósolat az egyén általános egészségi állapotától is függ. Kedvezőtlenebb lesz, ha a hűdést okozó középfülgenyedés tuberculotikus, syphilitikus, cachectikus egyéneknek lép fel; továbbá vörhenyes, diphtheritikus folyamatoknál; kevésbé kedvezőtlen kanyarós és thyphosus középfülgenyedéseknél. Idült középfülgenyedéseknél a kórjósolat egészben véve sokkal kedvezőtlenebb, minthogy itt többnyire a Fallopesatorna tájékán cariosus necrotikus folyamatok, a lobnak és ronesolási folyamatnak az idegre való áttérjedése forognak fenn.

Hogy a chronikus esetekben sem teljesen kedvezőtlen a kórjósolat, mutatják ama, épen nem ritka észleletek, hol évekig tartó középfülgenyedéseknél fennálló hűdés ismét visszafejlődtek.

Arcideghűdés, melyek polyp, sequester-képződéssel, cholesteatommal szövődtek, szintén nem tekinthetők feltétlenül gyógyíthatatlanoknak, minthogy tapasztalat szerint a polyp, sequester, cholesteatom eltávolítása után a hűdés részben vagy egészben ismét megszűnhet.

Kedvező kórjósolati jelként tekintendő az idegnek visszatérő, hosszantartó, normalis reakciója állandó áram alkalmazása mellett.

Kórjósolatilag kedvezőtlen mozzanatok a galvanikus reactio megszűnése, az arcizmok sorvadása és a megfelelő arcfél deformitása. Kedvezőtlen jel továbbá, ha hirtelen teljes hűdés lép fel, mert ez az ideg destructiójára enged következtetni.

A középfülgenyedések lefolyására vonatkozólag a facialis paralyis fellépése idült esetekben mindig komoly tünetként tekintendő, minthogy az, miként a tapasztalat mutatja, nem ritkán halálosan végződő meningitisnek, vagy agytályognak, ritkábban egy sinusbántalomnak prodromal tüneteként lép fel.

Ez érthető, ha tekintetbe vesszük a Fallopesatorna fekvését a tegmen tympani közelében, a honnan a cariosus folyamat könnyen a szomszédos koponyatüregre terjedhet át.

Sziklaesont necrosisnál, a félkörös ivjáratok vagy az egész tömkeleg kilökötésénél a facialis paralyis kórjósolata rendszerint kedvezőtlen.

#### Gyógykezelés.

A facialis paralyisisek gyógykezelése a bántalom okától, tartamától és a megbetegedés helyétől függ.

*Heveny esetekben:* az úgynevezett rheumatikus hűdésben, heveny középfüllobnál, a hol a hűdés okául nagyfokú hyperaemiát, az arcideg savós beszűmkedését vehetjük fel, a processus mastoideus alatti vér-elvonások, salicylsav belsőleg jó eredményt szolgáltatnak.

Acut esetekben, váladék felhalmozódásánál a középfülben, légbefúvások által (catheter, Politzer-féle eljárás), a dobhártya paracentesise által a paralyis javul vagy teljesen meg is szűnhet.

Egyidejű fájdalomknál, melyek a csonthártya, vagy a facialesatorna lobjára engednek következtetni, belsőleg jodkali adandó ( $\frac{1}{2}$ —1 gm. pro die) és jodkenőcs bedörzsöléseket rendelünk a csecsenyujtványra kapcsolatban extr. laud. aq. vagy morphinnal, vagy a csecsenyujtványnak jodtincturával való beecsetelésére szorítkozunk. Heveny esetekben szigorú diéta, alkohol és congestiót okozó életmód kerülése, rendszeres székletét, egyenletes hőmérsékben való tartózkodás és fokozott diaphoresis ajánlatos.

A villanyosság alkalmazása heveny esetekben csak akkor van javalva, ha a reakciós tünetek (fájdalom clonikus göresök), megszűntek, minthogy a galvanikus áram korai alkalmazása által az állapot rosszabbodhatik.

Ha a reakciós tünetek már megszűntek, úgy másodnaponként 2—3 percen át gyenge, állandó áramnak a fossa auriculae mastoideán való átvezetésére szorítkozunk.

Strümpell a kezelés kezdetén az anodnak, később a kathodnak alkalmazását ajánlja a megbetegedett oldalon.

*Idült arcideghűdéseknél,* melyek középfülgenyedések által okoztatnak, a fősúly az alpbántalom kezelésére fektetendő. Itt mutatkozik gyakran a therapia fontos befolyása a fennálló arcideghűdésre, a mennyiben a fülfolys meggyógyítása után, polyp eltávolítása után, a sequester kilökötése vagy extractioja után, cholesteatoma eltávolítása, a csecsenyujtvány megnyitása és a cariosus dobüregfalak eltávolítása után (Küster, Bergmann-féle módszer) az arcideghűdés vagy teljesen meggyógyul, vagy legalább javul.

A facialis paralyisisek galvanikus kezelése idült esetekben kevésbé kedvező eredményeket szolgáltat, mint a heveny hűdéseknél.

Az arcizmoknak környi galvanisatiójára, felváltva faradisatiójára szorítkozunk. Itt abban áll az eljárás, hogy az anod a foramen stylo-mastoideum tájékára helyeztetik és a kathodal az egyes idegágak régiói dörzsöltetnek.

Közvetlenül a villanyos kezelés után elért javulás sok esetben az arcizmoknak, különösen a szem záró izmának, erősebb mozgathatóságában és működési képességében nyilvánul.

Egyes esetekben kedvező eredmények észleltettek strychnin-kenőcs alkalmazása után, strychnin. sulfur. 0.10:10.0 bőr alá fecskendezése után 3—4-szer hetenként  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Pravaz-fecskendővel, az arcizmok masszálása után, jodfürdők és akrothermák használata után.

Scrophulotikus egyéneknek belsőleg jod (jodkali, ezigekai, halli jodvíz), syphilisnél antiluetikus kezelés (bedörzsölési kúra, jodkali, 2% pilocarpin. muriat. oldat 6—8 esep bőr alá fecskendezése, sublimat bőr alá fecskendezések) van javalva.

(Folytatása következik.)

### Közlemény Korányi Frigyes tanár I. belgyógyászati klinikájáról.

#### Adatok az arterio-sclerosis aetiologiai viszonyaihoz.

Irta Ritoók Zsigmond dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás)

Az alábbi két táblán összefoglaltuk azon bántalmakat, melyeket scleroses dystrophiques névvel jelölnek, ugyanazon aetiologikus tényezők szerint, melyeket már az előbbieken részleteztünk. A két táblázat százalékos adatai abban különböznek egymástól, hogy az I-ön az összes megbetegedések



összegéből vannak a százalékok aetiologiai megoszlás szerint kiszámítva (figyelem nélkül arra, hogy egyes aetiologiai tényezők más tényezőkkel együttesen, vagy csak egyedül

fordultak-e elő). A II-on az összes arterio-sclerosis esetekből s azok aetiologiai tényezőiből vannak a megbetegedések megoszlása szerint feltüntetve a százalékok.

I. tábla. Az arterio-sclerosissal complicált s erre visszavezethető megbetegedések aetiologiája százalékos arányokban.

	Az összes arterio-scler. esetek	Arterio-sclerosisok minden complicatio nélkül	Apoplexiával	Aneurysmával	Tiszta aorta-szajadék bántalmakkal	Szívizom degeneratióval	Interstitialis nephritis-szel	Tabes dors.-szal	Hepatitis interst.-szal
Összesen	381	42	24	54	124	25	47	31	34
e z e k k ö z ü l									
Férfi	270 = 70.8%	24 = 57.1%	14 = 58.2%	42 = 78.3%	87 = 70.1%	16 = 64.0%	31 = 65.9%	25 = 80.7%	31 = 91.2%
Nő	111 = 29.2%	18 = 42.9%	10 = 41.8%	12 = 21.7%	37 = 19.8%	9 = 36.0%	16 = 34.1%	6 = 19.3%	3 = 8.8%
<i>Kor.</i> 15—20 éves	13 = 3.4%	—	—	—	12 = 9.9%	—	1 = 2.1%	—	—
21—30 "	29 = 7.6%	—	2 = 8.2%	—	18 = 14.7%	—	7 = 14.7%	1 = 3.2%	1 = 2.9%
31—40 "	62 = 16.0%	2 = 4.7%	2 = 8.2%	7 = 12.9%	32 = 25.9%	—	9 = 19.0%	5 = 16.2%	5 = 14.7%
41—50 "	108 = 28.4%	13 = 30.9%	4 = 16.3%	17 = 31.4%	35 = 27.5%	2 = 8.0%	10 = 21.4%	17 = 54.9%	10 = 29.3%
51—60 "	105 = 27.9%	11 = 26.1%	9 = 37.2%	25 = 46.4%	22 = 17.8%	13 = 52.0%	10 = 21.4%	6 = 19.3%	9 = 26.5%
61—70 "	57 = 14.9%	12 = 28.0%	6 = 25.0%	5 = 9.3%	5 = 4.2%	9 = 36.0%	10 = 21.4%	2 = 6.4%	8 = 23.5%
71—80 "	7 = 1.8%	4 = 9.3%	1 = 4.1%	—	—	1 = 4.0%	—	—	1 = 2.9%
<i>Aetiol. Semmi</i>	103 = 27.0%	3 = 7.1%	9 = 37.2%	9 = 16.7%	38 = 30.6%	8 = 32.0%	14 = 29.4%	9 = 29.0%	3 = 8.8%
Öröklés	57 = 14.9%	—	4 = 16.3%	7 = 12.9%	19 = 15.3%	4 = 16.0%	15 = 31.9%	4 = 12.8%	4 = 11.7%
Rheumat. chr.	43 = 11.3%	—	2 = 8.2%	5 = 9.3%	27 = 21.7%	3 = 12.0%	5 = 10.7%	—	2 = 5.8%
Alcoholism.	28 = 6.5%	—	—	3 = 5.5%	—	1 = 4.0%	5 = 10.7%	—	19 = 55.6%
Saturn.	2 = 0.5%	—	—	1 = 1.8%	—	—	—	1 = 3.2%	—
Chron. tápl. zav.	9 = 2.3%	—	—	1 = 1.8%	3 = 2.4%	—	3 = 6.4%	1 = 3.2%	1 = 2.9%
Acut infectio	133 = 34.9%	29 = 69.0%	6 = 25.0%	14 = 25.9%	45 = 36.2%	6 = 24.0%	14 = 29.4%	6 = 19.3%	13 = 38.2%
Lues	43 = 11.3%	4 = 9.5%	6 = 25.0%	11 = 20.3%	5 = 4.2%	—	3 = 6.4%	12 = 38.6%	2 = 5.8%
Malaria	96 = 25.2%	10 = 23.8%	2 = 8.2%	24 = 43.4%	27 = 21.7%	7 = 28.0%	13 = 27.4%	9 = 29.0%	8 = 23.5%
Tuberculosis	4 = 1.0%	—	1 = 4.1%	—	1 = 0.8%	—	1 = 2.1%	1 = 3.2%	—

II. tábla. Az arterio-sclerosissal complicált, s erre visszavezethető megbetegedések aetiologiája, százalékos összehasonlításban az összes arterio-sclerosis esetekkel, s ezek aetiologiájával.

	Az összes arterio-scler. esetek	Arterio-sclerosisok minden complicatio nélkül	Apoplexiával	Aneurysmával	Tiszta aorta-szajadék bántalmakkal	Szívizom degeneratióval	Interstitialis nephritis-szel	Tabes dors.-szal	Hepatitis interst.-szal
Összesen	381 ezek közül	42 = 11.0%	24 = 6.3%	54 = 14.3%	124 = 32.5%	25 = 6.5%	47 = 12.3%	31 = 8.2%	34 = 8.9%
Férfi	270 " "	24 = 8.9%	14 = 5.2%	42 = 15.5%	87 = 32.2%	16 = 5.9%	31 = 11.5%	25 = 9.2%	31 = 11.5%
Nő	111 " "	18 = 16.3%	10 = 9.0%	12 = 10.8%	37 = 33.4%	9 = 8.0%	16 = 14.4%	6 = 5.4%	3 = 2.7%
<i>Kor.</i> 15—20 éves	13 ezek közül	—	—	—	12 = 92.3%	—	1 = 7.7%	—	—
21—30 "	29 " "	—	2 = 6.8%	—	18 = 62.1%	—	7 = 24.1%	1 = 3.5%	1 = 3.5%
31—40 "	62 " "	2 = 3.2%	2 = 3.2%	7 = 11.4%	32 = 51.5%	—	9 = 14.5%	5 = 8.1%	5 = 8.1%
41—50 "	108 " "	13 = 12.1%	4 = 3.7%	17 = 15.8%	35 = 32.4%	2 = 1.8%	10 = 9.2%	17 = 15.8%	10 = 9.2%
51—60 "	105 " "	11 = 10.3%	9 = 8.7%	25 = 23.9%	22 = 20.9%	13 = 12.3%	10 = 9.5%	6 = 5.7%	9 = 8.7%
61—70 "	57 " "	12 = 21.1%	6 = 10.5%	5 = 8.8%	5 = 8.8%	9 = 15.7%	10 = 17.5%	2 = 3.4%	8 = 14.1%
71—80 "	7 " "	4 = 57.1%	1 = 14.3%	—	—	1 = 14.3%	—	—	1 = 14.3%
<i>Aetiol. Semmi</i>	103 ezek közül	3 = 2.9%	9 = 8.7%	9 = 8.7%	38 = 36.6%	8 = 7.7%	14 = 13.6%	9 = 8.7%	3 = 2.9%
Öröklés	57 " "	—	4 = 7.0%	7 = 12.3%	19 = 33.4%	4 = 7.0%	15 = 26.3%	4 = 7.0%	4 = 7.0%
Rheumat. chr.	43 " "	—	2 = 4.7%	5 = 11.6%	27 = 62.6%	3 = 6.9%	5 = 11.6%	—	2 = 4.7%
Alcoholism.	28 " "	—	—	3 = 10.7%	—	1 = 3.5%	5 = 17.8%	—	19 = 67.8%
Saturnism.	2 " "	—	—	1 = 50%	—	—	—	1 = 50%	—
Chron. tápl. zav.	9 " "	—	—	1 = 11.1%	3 = 33.3%	—	3 = 33.3%	1 = 11.1%	1 = 11.1%
Acut infectio	133 " "	29 = 21.8%	6 = 4.5%	14 = 10.5%	45 = 33.9%	6 = 4.5%	14 = 10.5%	6 = 4.5%	13 = 9.8%
Lues	43 " "	4 = 9.5%	6 = 13.9%	11 = 25.5%	5 = 11.6%	—	3 = 6.9%	12 = 27.9%	2 = 4.7%
Malaria	96 " "	10 = 10.4%	2 = 2.1%	24 = 25.0%	27 = 27.5%	7 = 7.3%	13 = 13.5%	9 = 9.2%	8 = 8.2%
Tuberculosis	4 " "	—	1 = 25.0%	—	1 = 25.0%	—	1 = 25.0%	1 = 25.0%	—

Ha a tárgyaltak szempontjából egyenként vesszük figyelembe az egyes szerveken fellépő sclerotikus elváltozásokat, legközelebb állnak maguknak a véredényeknek s a szívnek ilyenféle folyamatai. Ezek egymással különben is szoros összefüggésben állanak, ha elfogadjuk a szív-bántalmaknak azt a beosztását, mely szerint *valvularis* és *vascularis* illetőleg *arterialis* csoportot veszünk fel. Az előbbieket a rheumatikus aetiologiával, az utóbbiakat a diathesikus aetiologiával bírók, melyet egyszer már aortisme hereditaire néven említettünk. Az arterialis csoportban ismét a myocardikus, s szorosabb értelemben vett bal szívi valvularis typust különbözteti meg *Houchard*.

Az utóbbi typus ugyanolyan eredetű, mint az ittőrfalzat egyik megbetegedése, az *aneurysmának* azon alakja, mely endarteriitikus kiindulással bír. Általában minden tankönyv kiemeli, hogy legfőbb szerepe az aneurysmák képződésé-

ben az arterio-sclerosisnak van, bár *Eichhorst* azt hiszi, hogy ez a szerep túl van becsülve. Szerinte egy, bármely más okból már kifejlett aneurysma maga is okozhat másodlagos endarteriitist. *Ziegler* (*Thoma* után) már lényegesebbnek tartja, s általában minden esetre, melyben nem mechanikai hatás, vagy mycotikus thrombus — tehát nem kívülről ható artrosio következménye — általános aetiologiai tényezőül fogadja el az arterio-sclerosist.

Statistikánkban az összes arterio-sclerosis esetek közt 14.3%-ban (54 eset a 381-re) találtunk különféle edények aneurysmájára, melyben az aortafal egyszerű hengeres tágulatai is bennfoglaltatnak. Ez az összes észlelt aneurysmáknak: 66 esetnek 81.9% a, a mi magában véve arra utal, hogy nem lehet túlzottnak mondanunk azon szerepet, melyet *Thoma* és követői az endarteriitistnek tulajdonítanak a tárgyalt bántalom



aetiologiájában. S ezt támogatja azon körülmény, hogy azon korra, melyben — mint láttuk — az arterio-sclerosis a leggyakoribb: a 40—60. évig az 54 esetnek 77·8%-a esik. Az összes arterio-sclerosisoknak ezen két decenniumra eső 56·3%-ának pedig 39·7%-át képezi, tehát az összes figyelembe vett complicatiók között csak az aorta szájadék megbetegedéseinek kisebb arányban.

Ha az eredeti, mindkét bántalomra nézve közös aetiológiát tekintjük, úgy az 54 eset közt feltűnő gyakran találjuk a malariát: 43·4%-ban, mely arányt egyetlen egy sem közelít meg a számbavett megbetegedések közt, bár az összes arterio-sclerosisok kórelőzményében szereplő 96 esettel (25·2%) történt összehasonlítás által nyert 25·0%-ot az aorta-szájadék bántalmaknak 27·5%-a felülmúlja. Mint látni fogjuk, az utóbbiak közt minden esetben megvolt az arterio-sclerosis, s így ilyen viszonyszám ebből könnyen értelmezhető, s a malaria fontos szerepének ez irányban ellent annál kevésbé mond, mert mint kiemeltük, a kétféle megbetegedés lényegében talán csak helyileg különbözik egymástól. Nagy szerep jut továbbá az acut infectiós bántalmaknak 25·9 és a luesnek 20·3%-kal. Utóbbinak szoktak általában a legnagyobb szerepet tulajdonítani, s tekintve, hogy a bántalom okozta specifikus elváltozások az agyarteriák mellett az aortafalon szoktak jelentkezni, ezen adat erejét a kórboneztani alap hatalmasan támogatja, szemben a másik két tényezővel, melyek oly gyakoriak, hogy a véletlen összetalálkozás ellen csak a tárgyalat százalékok nagysága bizonyít. Az öröklés 12·9%-ban szerepel, tehát 7-szer, mely az összes eseteknek 57-et kitevő hasonló aetiológiával bíró eseteihez viszonyítva 12·3%-ot képez, s mint látni fogjuk, a többiek mellett nem magas arányú.

(Folytatása következik.)

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Magyar Tud. Akadémia.

(III. osztályülés 1896. november 16-dikán.)

Elnök: **Than Károly**; titkár: **König Gyula**.

Orvosi érdekű tárgy volt ez ülésen:

**Klug Nándor** r. tag bemutatása két az élettani intézetben végzett vizsgálatról. Ezeknek egyike:

1. **Irsai Arthur** dr. egyet. m. tanár részéről: **A pajzsmirigy hatásáról az állati szervezetben.** Manapság már megdönthetetlenül áll azon észlelet, hogy a pajzsmirigynek hiánya, illetőleg annak teljes kiirtása rendszerint az életet veszélyeztető jelenségeket idéz elő és hogy rövidebb-hosszabb idő elteltével halált okoz. Ezen jelenségek ismerete néhány évtizedre nyúlik csak vissza. Ez időtől a pajzsmirigynek fontossága a szervezetre elvitázhatatlan ténynyé vált. Pedig szerzők mint *Burdeleben*, *Cambri*, *Drobnick*, *Gibson*, *Munk* és mások egyszerűen tagadásba vették, mintha a pajzsmirigynek egyáltalában jelentősége lenne a szervezetre, szerintük a mirigykiirtás folytán létrejövő tünetek nem egyedül a mirigy működésihiányának volnának az eredményei. Az utolsó évtizedben, de különösen néhány év óta, a pajzsmirigy physiologiája és pathologiája szempontjából bő kutatások a pajzsmirigy fontosságát a szervezetre minden kétségen kívül helyezték. A mirigy élettani működését illetőleg a physiologikus problémák egyik legnehezebbikével állunk szemben. Tény az, hogy úgy állatoknál, valamint embereknél a pajzsmirigy funkciójának kiesése súlyos anyagcsere zavarokra vezet, melyeknek kétféle alakja az acut thyreotetania és a chronicus thyreocachexia. Mindkét alakja a bajnak halálhoz vezet. A pajzsmirigy tehát az élethez okvetlen szükséges szerv. Ha a tulajdonképeni pajzsmirigy kiirtása után nem következnek be az említett jelenségek, úgy ezt visszamaradt parathyreoidalis és accessorius pajzsmirigyek jelenlétének tulajdonítják. Ez azonban még vitás kérdés. A szerzők adatai szerint, ha pajzsmirigy nélküli állatnak a szervezetébe más állatból vett pajzsmirigyet bekebeleztünk, a mirigyhiány okozta jelenségek visszafejlődnek vagy teljesen meg is szűnnek. A hiányzó mirigy pótlását ezélezz, juh, borjú, épen kivett mirigyt bevarrták a hasüregbe vagy a bőr alatti kötőszövetbe (*Schiff*, *Eiselsberg* és mások), vagy mirigykivonatot készítve, ezt bőr alá fecskendezték (*Murray*), végül a mirigyet magát etették (*Howitz*). A hatás egyenlő volt. És miután legkönnyebb s legegyszerűbb eljárásnak az etetés bizonyult, ezen mód van elfogadva a pajzsmirigy pótlására. *Baumann*nak sikerült ez év elején a pajzsmirigynek hatóanyagát felfedezni. Ő ugyanis állati és emberi pajzsmirigyben szerves jodvegyületet talált és ezt thyrojin, most jodothyrinnek nevezte el.

Az élettani intézetben általam végzett kísérleteknek czélja első sorban volt a mirigykiirtás által létrejövő jelenségeket megbirálni, továbbá kutatni azt, vajjon a mirigykiirtás miatt bekövetkező jelenségeket

miképen lehet befolyásolni illetőleg megszüntetni. Tizenkét kutya képezte a kísérlet anyagát. A kutyák 5—8 kgm.-nyi súlyúak voltak. A műtét alatt morphinum befecskendezése által narcosisba ejtett állaton a pajzsmirigy mindkét oldalát óvatosan ki lett irtva; a kiirtás különös elővigyázattal az idegekre történt, úgy hogy azokat nem sértettük meg. A műtét alatt az állatok alig veszítettek vért. Az ejtett sebész rendszeren genyedés nélkül hat nap alatt behegedt.

Két kutya a műtét után is ép, egészséges maradt. Közülök az egyik még ma is él (5 hónap), a másik a műtét utáni 50. napon öletett le. Utóbbinak accessorius vagy parathyreoidalis mirigyei nem voltak, a mi esetleg megmagyarázhatta volna a tünetek ki nem fejlődését. Ez esetek adatai arra, hogy bár rendszerint a thyreoidea kiirtása a jellegzetes tüneteket eredményezi, egyes esetekben a thyreoidectomia után sem tetania, sem cachexia nem következik be. A többi kutyán pontosan jelentkezett a baj, a műtét utáni 2—5-dik napon belül, ritkábban később. A legtöbb állat az egész testre kiterjedő fibrillaris rángásokat, majd kifejezett tetaniás (göres) rohamokat kapott. Kivételesen nem fejlődtek ki göresrohamok, hanem folyton növekvő cachexia közben pusztult el az állat. A midőn a thyreotetania kifejlődött, kezdődött a mirigyműködés pótlását czélzó eljárást az által, hogy pajzsmirigy-kivonatot tartalmazó tablettákat adagoltunk; ez azonban minden hatás nélkül volt. Az állatok a tabletták daczára elpusztultak. Most áttértünk a *Baumann* által ajánlott thyrojinra. Ezzel a legkifejezettebb rohamokat is képesek voltunk megszüntetni. Ha a thyrojinot elhagytuk, 2—3 nap múlva már ismét beállottak a jellegzetes tünetek. Képesek voltunk újból az állatokat tetszés szerint betegé és ismét egészséggé tenni és életben tartani. E czélra azonban a thyrojinoknak kellő nagy mennyiségét kellett alkalmaznunk, mert a thyrojinoknak kis adagjai nem használnak. Ezért voltak *Gottlieb*-nek eredményei teljesen negatívek; kísérleti állatai mind elpusztultak, daczára annak, hogy thyrojinot kaptak. Mi kezdetben szintén kisebb adagokat adtunk, de látván a hatástalanságot, áttértünk nagyobb adagokra. Hat-hét kgm.-nyi kutyát 3 gm. napi adag gyógyít meg. Néhány napi adagolás után beáll a teljes egészség. Ha kevesebbet kapott az állat, pl. 2 gm.-ot, 1—2 napon keresztül jól van ugyan, lassankint azonban előáll a thyreoidea-hiány és göresrohamok jelentkeznek. Megkísérlettük a thyreoidea-hiány által bekövetkezett tüneteket egyéb jodkészítmények adagolásával visszafelédésre bírni, de ez nem sikerült. Minden más jodpraeparatum adagolása mellett beállottak a tetaniás tünetek. A kísérletek eredménye tehát röviden következő:

1. A thyreoidea kiirtása után rendszerint bekövetkezik a thyreotetania és a thyreocachexia jelensége, vannak azonban esetek, a midőn jól sikerült kiirtás után is ama jelenségek kimaradnak.
2. A thyreotetaniát és a thyreocachexiát a thyrojin meggátolni képes és az állat életben marad.
3. A thyreoidea tabletták nem használnak, azok adagolása daczára az állatok elpusztultak.
4. A thyrojinon kívül más jodpraeparatumok szintén hatástalannak bizonyultak.

Mindezek a pajzsmirigy igen fontos szerepére a szervezetben utalnak. A tünetek, melyek a kiirtást követik, súlyos mérgezés tünetei-vel egyeznek meg és e miatt további kutatásra hívnak fel. Egyelőre kiterjesztettem figyelmemet az állatok vérének vizsgálatára annál is inkább, mivel a szerzők egy része (legújában *Haskovec* és *Formanek*) a thyreoidéat a vérképzésben résztvevő mirigynek völik. Az általunk végzett vérvizsgálat *Haskovec* és *Formanek* vizsgálati eredményeivel megegyezőleg azt mutatta, hogy a mirigykiirtás után a fehér vérszettek megszaporodnak, a vörös vérszettek száma pedig rendkívülien leszál (6—7 millióról 1 millióra), minden tetaniás roham alatt azonban a vörös vérszettek száma is növekszik. A vérszettek számának ezen változása azonban nem azt bizonyítja, hogy a pajzsmirigynek a vérszettek képzésében valami része van, hanem következménye ez a mirigy kiirtása miatt a szervezetben felhalmozódó mérgező anyag hatásának valamint annak, hogy tetania alatt az állat vére nagyon besűrűsödik a lélegzéseknek a magas hőmérsék miatt történő tetemes megszaporodása miatt.

2. A másik dolgozat **Gebhardt Ferencz** dr. élettani intézeti gyakoronoké: **A táplálék egy- és többszöri felvételének befolyása az anyagcserére.** A dolgozat azon kérdéssel foglalkozik, vajjon az állati szervezetben mennyiben függ a fehérje kihasználás a táplálék felvételtől; előnyösebb-e a napi táplálékok — különösen fehérje szükségletet — több részre elosztva felvenni, azaz, jobb-e napjában többször, mint egyszer étkezni.

A kísérlet 9 kilogrammos kutyán történt, zsirtól és inaktól megfosztott, szárított hússal, tehát majdnem tiszta fehérje táplálékkal.

Az állat először nitrogen-egyensúlyba hozott, s így megállapított, hogy napi nitrogen szükséglete 18 gramm. Ezután egy hétig a napi 18 gramm nitrogen-szükségletnek megfelelő húst napjában egyszerre kapta, a rákövetkező két héten kétszerre; az azután következő két héten négyszerre, s végül két hétig nyolcszorra, s azután egy hétig ismét egyszerre kapta ugyanazt a húsmennyiséget.

Az egész kísérlet alatt szerző meghatározta a felvett táplálék-  
nak a naponta kiadott vizeletnek és a bélsárnak nitrogen tartalmát.

A bélsár napi nitrogen-tartalma az egész kísérlet alatt körülbelül ugyanaz volt, igen keveset ingadozott, s mindvégig nagyon kicsiny volt. A miből következik, hogy az állat emésztő rendszerét az adott húsmennyiség sem az egyszeri, sem a többszöri etetésnél túl nem terhelte, hogy a táplálék megemésztése, s a megemésztett részek felszívódása az egész hosszú kísérleti sorozat alatt, mely 53 napig tartott, nap-  
nap mellett ugyanaz volt.



Mindamellett, hogy a napi nitrogen-felvétel, sőt még a napi nitrogen-felszívódás is ugyanaz volt, mégis az tünt ki, hogy a többszöri etetésnek megfelelőleg az állat mind több nitrogent tartott vissza; ugyanis a húgyban naponta kiválasztott nitrogen mennyisége a bevett nitrogen mennyiségénél egyre kisebb lett és a nyolczszori etetésnél volt legkisebb.

A kísérlet tehát azt mutatta, hogy többszöri etetés mellett jobb a felszívott nitrogennek felhasználása a szervezetben. Ennek oka abban van, hogy a napi tápláléknak kisebb részekre való elosztása mellett, a bélrendszerben a pankreas túlemésztése, valamint a bélbeli rohadás, nem érhetnek el olyan fokot, mint mikor az egész táplálékot egyszerre veszi fel az állat. Így a többszöri etetésnél a felszívott nitrogennek nagyobb része mint fehérje, míg egyszeri etetésnél több, mint nitrogen-tartalmú bomlástermék kerül felszívódásra; vagyis a bevett nitrogennek nagyobb része marad oly állapotban, melyben protoplasma-képzésre és így nitrogen visszatartásra alkalmas. Még nagyobb mértékben jelentkezik ez embernél így, a ki napi táplálékszükségét egyszerre megemészteni sem képes.

Ezenkívül igen érdekes, hogy az állat nitrogen egyensúlyba hozatala alatt, mely a kísérletet megelőzőleg 44 napig tartott,  $\frac{3}{4}$  kilogrammot vesztett súlyából. Ugyanezen idő alatt a napi vizelet nitrogen mennyisége hosszú időn keresztül jóval kisebb volt a bevett nitrogen mennyiségénél, tehát a kutya meglehetősen sok nitrogent takarított meg, nitrogén, azaz fehérje-tartalma nőtt, mikor a kövér állat lesóványodott. A  $\frac{3}{4}$  kilogramm testsúlycsökkenés tehát nem származhatott másból, mint hogy az állat saját zsírsját elhasználta; ennek fogyása mellett nagyobb mennyiségű víz is vált fölöslegessé szervezetében, mialatt fehérjében gyarapodott.

Tisztán fehérje táplálékra szorított állat tehát először saját zsírsját használja el, de, a mint látjuk, az ily körülmények között beálló lesóványodás, testsúlycsökkenés, korántsem zárja ki az állat fehérje tartalmának növekedését, megerősödését.

Ez egyensúlyba hozás tehát érdekes világot vet azon soványító kúrákra, a melyek szorosan fehérje táplálékra szorítkoznak.

A dolgozat végeredményei következőkben foglalhatók össze:

1. A tápláléknak a nap folyamán többször való adagolásakor több nitrogent tart vissza a szervezet. E miatt még ha a felvett táplálék mennyisége az egyszeri adagolásnál a béltraktus emésztő és felszívó képességét felül nem mulja is, a mint az a kutyanál így van, akkor is előnyösebb a napi táplálék szükségletnek megfelelő mennyiségűt több részre elosztva, a nap folyamán elfogyasztani, mint egyszerre.
2. Kövér állatnál a lehetőleg tiszta fehérje táplálék soványodásra vezet és vízszükséglete — szomja — megkisebbedik.
3. A soványodás oka zsírvészítés, velejáró vízvesztéssel.
4. Midőn vegyes táplálékra fehérjedús hústáplálékra megyünk át, az ezt követő testsúlycsökkenés mellett is tetemes lehet a nitrogen appositio, a mint ez az athleták training-ja alatt tényleg történik is.

## Budapesti kir. orvosegyesület.

(XX. rendes ülés, 1896. november 7-dikén.)

(Folytatás.)

### Aneurysma-esetek.

**Pertik Ottó.** Elsőben bemutatja a Jendrassik tanártól Kélti kóróján észlelt ritka aorta aneurysma esetet, a mely a thorax jobboldalán uzorálva a 2., 3., 4. és részben az 5-dik bordát, e tájon majdnem gyermekfejnyi subkutan fekvő pulzáló tumor alakjában jelentkezett. A bonzati vizsgálat, mely csakis a mellkasi szervekre terjeszkedhetett ki, constatálta, hogy az aorta ascendens és arcus határán az aorta belsejére 4 krajczárosnál nagyobb kaput mutat, a mely az aorta falzat lécszerű kettőzetével vezet be a mondott óriási zsákba. Fennforog tehát egy úgynevezett aneurysma sacciforme semiperiphericum, a mely vagy tág nyílással, vagy szűk kapuval szokott beszajdázni az ütérbe; utóbbi esetben mindig a falnak lécszerű kettőzete forog fenn. Az átmetszett zsák teljesen ki van töltve alvadékkal, melynek körzeti rétegei concentrikusak, szárazok, halvány és sötétebb sárgás vagy barnás-pirosak, s a melynek középpontját egy aránylag sokkal frissebb, nedvdúsabb, nem rétegzett, sötét barna-piros, laza alvadék foglalja el.

Az egyén 42 éves volt. Ütér rendszerén csak igen mérsékelt endarteritikus plaqueokot mutat. Szív túltengve nem volt: normalis ökölnagyságú. Billentyűk és szívdégek épek.

Ezen a localisatiója által feltűnő aneurysma keletkezés módjának megvilágítására előadó még 6 más ritkább aorta aneurysmát mutat be:

1. Az aneurysma eseresznyekekoraágú, közvetlenül a billentyű felett ül és a sinus Valsalvae jobb felét öblösíti ki.
2. Ezen esetben ugyanazon helyen egy majdnem diónyi aneurysma a sinus Valsalvae bepúósítja a conus pulmonalisba, melybe még át nem tört, de a mely igen tetemesen szűkült.
3. Ez az aneurysma almamekkoraágú, ismét az aorta ív domború vonalának oldalán, teljesen comprimálja jobb felé a vena cava superiorit. A 4-dik esetben egy emberfejnyi aneurysma indult ki az arcusból és pedig annak domborulatából olyképp, hogy az aneurysma túlnyomólag az anonyma eredése előtt fekszik. Ezen eset erőteljes, 26 éves munkást illet és kiténik az által, hogy az összes ütérrendszer ideálisán egészséges. A praeparatumon látható aorta thoracica belsejére is üvegszerűen sima, egyenletes, elzsírosodási rajzok nélkül. Ennek dacára az aneurysma pár hét alatt napról napra az orvosok szeme előtt rohamosan nőtt, úgy hogy mintegy 5 hét alatt érte el jelenlegi nagy-

ságát, a mikor is nyomási nekrosist idézve elő a nyak mellső részének köztakaróján mellfelé kipukkadt. Ezen aneurysma nem bir külön szűk kapuval, hanem tág nyílással szájadzik be a különben kissé tágult aortába; falzatán aránylag kevés alvadék. Usurálta a manubrium sternit, a két kulesesont sternalis végét és az első bordákat. Mind e helyeken a csontok érdesek, részben lekopatottak, törmelékesek és csak ezek elpusztítása után következett be a bőrbeli áttörés.

5. Emberfejnyi aneurysma az egész aorta ascendens és ív hengeres tágulásával és e mellett az ív domborulatának specialis nagyfokú kiöblösödésével. A zsák belsejére absolute mentes minden alvadéktól és az ütér belsejére endarteritikus plaqueok, hegek és meszes szigeték által igen érdes egyenetlen.

A zsák nem fekszik, mint az előbbi esetben, az anonyma eredése előtt, hanem az anonyma a tágult zsák domborulatából ered és kezdeti szakaszán maga is mérsékelt tágult.

Ezen eseteknek a Jendrassik tanárral való szembesítése néhány érdekes pontot világít meg. Az aorta aneurysmák ugyanis fekvésüket illetőleg vagy a sinus Valsalvae ülnék (ezek vagy a tüdő ütér főágába, vagy a szívburkba szoktak beletörni. Egyik bemutatott esetben tényleg a pulmonalis jelentékenyen volt szűkítve) vagy az aorta ascendensben, az ívben és a thoraciacában nem véletlenül változó pontokon, hanem egy matematikailag meghatározott vonal mentén, ép úgy mint az endocarditikus izzadmány is, tudjuk, meghatározott vonalak mentén rakódik le, melyek — az úgynevezett záródási vonalak — a legnagyobb feszülésnek és vongálásnak vannak kitéve a vérhullámok által. Ép így áll a kérdés az aorta aneurysmák localisatióját illetőleg, a mire nézve az a szabály áll, hogy, mint azt először Rindfleisch jelezte, az aneurysmák képződési helye megfelel a vér hullámvérés vonalának; ez pedig egy spirális vonal, mely kezdődik a bulbos aortae mellső falán, azután jobbra tart, azaz az aorta ascendensben jobboldalt halad a convexitás domborúsága felé, a hol közvetlenül az anonyma eredése előtt fut el s innét mindinkább, de lassan a leszálló aorta hátsó belső falára irányul, úgy hogy a thoraciacában a gerincoszlop mellett halad. És tényleg tudjuk, hogy a thoracica aneurysmái épen azok, a melyek oly gyakran usurálják a csigolya testeket.

A bemutatott esetek tehát igazolják, hogy az aorta ascendensben az aneurysma képződés tényleg jobboldalt az ív domborúsága felé lép fel, mint azt a bemutatott 3 eset mutatja, melyek Jendrassik esetének fiatalabb phasisait tüntetik fel. Ezzel a Jendrassik-féle aneurysma localisatiója meg van magyarázva. Még jobban megvilágítja ezt azon körülmény, hogy az aneurysma zsákja gyermekfejnyi nagyságot ért el és e mellett igen szűk kapuval szájadzott az aortába.

A bemutatott 4. és 5-dik esetben láttuk, hogy a zsákban nagysága dacára alig volt alvadék, míg a Jendrassik-félében az egész zsákot alvadék töltötte ki. Ha ennek okát kutatjuk, azaz kérdezzük, miért van egyik esetben az aneurysmazsák véralvadéktól jóformán teljesen ki-töltve, míg a másikban az viszont majdnem teljesen hiányzik? úgy előadó véleménye szerint a szerzőktől hangoztatott véráram lassúzás, falzati érdeség elégtelen. Döntő momentumnak tekinti, hogy a szűk kapu és nagy zsák mellett, a véráramban érvényző mozgások származnak, melyek a falzat felé dobják a fehér vérszöveteket, a hol azok az alvadást megindítják. Hogy ilyen alvadék a pukkadást előidézni képes, az bizonyos; de bizonyos az is, hogy azt megakadályozni képtelen. A fibrin a vér nyomásának ellent nem áll s azért a vérzés sokszor a fibrinosis rétegeken át igen kanyarutos vonalakban szívárog és az elvérzés lassan esetleg esepenként történik.

Előadó kiterjeszkedik az aneurysmák okainak tárgyalására is.

Azon régiebb felfogás, mely az aneurysmákat endarteritisből származtatta, megdőlt már azon statistikai adat által is, hogy az aneurysmák leggyakrabban a 35—45-dik év közt, míg az endarteritisek az 50-dik éven túl fordulnak kiterjedten elő. De ha a hengeres tágulásokat az endarteritikus folyamatból származtatni lehet is, kétségtelen, hogy az oly eseteket, minő a Jendrassik-féle és még inkább a 4. alatt idézett eset, — a hol t. i. az ütérrendszer ép, endarteritisnek nyoma sincs, az egyén fiatal, erőteljes — endarteritisből származtatni egyáltalán nem lehet.

Épen az aneurysma sacciforme semiperiphericum az, a mely aránylag leggyakrabban fordul elő a 35. és 45-dik év közt. Ma az iránt tökéletes az egyetértés, hogy aneurysmák csakis az ütér ellentálló rétegének pusztulása után keletkezhetnek, ezeket pedig a media az elasticával és izom elemekkel képezi. Tehát endarteritis is csak úgy fog tágulásra vezethetni, ha ezen középső réteget pusztítja, ha mesarteritisre vezet. Vannak, a kik a középső réteg ezen gyuladását, mely a vasa vasorum mentén terjedne tova és Küster szerint az adventitiából indul ki, minden aneurysmánál lényeges momentumnak ismerik el, úgy hogy ezen felfogás helyesen az aneurysma lobos teoriájának nevezethetik.

Kétségtelen azonban, hogy ily mesarteritis nem minden aneurysma esetében mutatható ki, hanem vannak esetek, a hol a media akár debilis fejlettség, akár a reá ható abnormis nagy vérnyomás folytán repedéseket szenved, azaz a muscularisban és elasticában apró rések támadnak, a melyek aneurysmáknak kiindulási pontjaivá. Ezek szerint tehát aneurysmák ép edény rendszer mellett is képződhetnek szokatlan nagy testi munka mellett. A 4-dik eset, súlyos testi munkát végző napszámosnál ide sorolandó és az aneurysmáknak újabbán Amerikában és Angliában fiatal férfiaknál meglepő gyakran való fellépése talán oki összefüggésben áll a sportnak ezen tájakon szokamos túlságával. Mások, mint Thoma és Birch-Hirschfeld a media abnormis nyújthatóságát veszik fel az aneurysmák oka gyanánt. Ha ez túl gyorsan, vagy túlságos nagy mértékben lép fel, úgy hogy, a szerintük compenzáló jelentőségű endarteritis által, azaz a belfalnak e



helyeken való megvastagodása által nem pótolható, aneurysmák képződéséhez vezet.

Előadó az aneurysmák úgynevezett mechanikai képződési módját támogatja, de egyoldalúnak tartaná ezt kizárólagos képződési módnak tekinteni. Kétségtelen, hogy mind a 3 módon származhatnak aneurysmák, de bizonyos az is, hogy a zsákalakú semiperipherikus aneurysmák keletkezése a mediának körülírt pusztulásával van okozatos összefüggésben.

Előadó bemutatja az art. iliaca sin. egy diónagyságú aneurysma sacciforme semiperiphericumát egy oly esetben, a hol endocarditis ulcerosa forgott fenn. A készítményen a szív a test összes nagy ütereivel összefüggésben áll és constatálható nemcsak a mondott endocarditis, hanem, hogy az aorta oszlása után az iliacákon ú. n. aneurysma serpiginosum már fennforgott. Ezen üterek ugyanis nemcsak szabálytalanul tágultak, hanem meg is hosszabbodtak olyképp, hogy hullámszerű vonalat irnak le, melynek domborulatán az ütőfal újból sajkagerinezszerűen még külön kidomborodik. Ilyen domborúságban fekszik az új aneurysma, mely ez esetben az úgynevezett *embolikus aneurysmák* egy ritka esetét mutatja, a minőket újabban, így Buday tanár is, leírták. Akár méz concretio képezi az embolust, mely az intimát sérti s a mediát gyuladással hozza, akár fertőző bakteriumok szerepelnek itt, a melyek az ütő falban megfészkelve körülírt lágylást okoznak, mindkét esetben a mediának puhulása, ellenállásának csökkenése képezi az aneurysma keletkezésének okát. Hogy ceteris paribus a vérhullám nyomása és a vérnyomás fokozódása az aneurysma-képződést elősegíti, azt az ütőtagulások gyakori volta az aorta thoracicaiban és art. popliteában bizonyítja. A folyton összehúzódó és elernyedő rekeszszárak az előbbi esetben, utóbbi esetben pedig az alszár hajlott volta, főleg mint az az angol kocsisoknál fordul elő, ha a hajlott alszár merev tárgyhöz: a kocsi fájához van szorítva, az ütőret időszakosan, habár váltakozva csak másodpercekre is, vak esővé, tömlővé változtatja, melyen a vérnyomás minden esetre jobban érvényesülhet, mint egyéb hasonló viszok fel nem tüntető ütereken.

Jendrassik Ernő kiegészíti az általa itt előadott s az Orvosi Hetilap 1895. évf. 15. sz. közölt kórképet annak további lefolyásával. A beteg végig szenvedte az idejekorán meg nem repedő értágulások nyomorúságát, a daganat tetemesen megnőtt s a mellkason kívül csaknem gyermekfejnyi lett, a beteg mellkasa ezen oldalt besüppedt, háta meggörnyedt, eleinte csak jobb karja lett vízkóros, majd lábai is megduzzadtak, végül mindkét mellkasfelében hydrothorax támadt s így kimerülve halt meg. A boncolás is beigazolta azon felvételt, hogy ezen értágulatnak oly szokatlan helyen való jelentkezését (a szegycsont jobb szélétől kifelé a 3-5. bordaközben) az érdaganatnak a mellkas falával való összetapadása okozta, a mely ez esetben bizonyára már igen korán támadt; hozzájárulhatott még ehhez a rekesz mély állása is.

(XXI. rendes ülés, 1896. november 14-dikén.)

Elnök: Löw Sámuel; jegyző: Imrédy Béla.

#### Leukaemia esete.

Dieballa Géza. A 41 éves nőbeteg jelen panaszeit 1895. január hó elejére viszi vissza, midőn állítólag tüdőgyulladásban betegedett meg. Es ebből pár hét után felépülve észrevette, hogy nyaki, hónalji s lágyéktáji mirigyek nagyobbodni kezdenek; ezen időtől kezdve havi baja elmaradt, gyengének érzi magát, s fokozatosan sápadtabb lett; mult év szeptember havában bal bordaíve alatt szűrást kezdett érezni és csakhamar ugyanitt egy daganatot vett észre, mely azóta fokozatosan nagyobbodott. Azóta időnként lábai is megdagadnak, az utóbbi időben pedig ereje rohamosan gyengül.

A mi a jelen állapotot illeti, a beteg erősen lesoványodott, feltűnő halvány; a bal alkarnak s a bal alszárnak háti részén a bőr nagy kiterjedésben papulák elváltozást mutat, melynek természetéről Nékám tagtárs, ki a beteget ez irányban megvizsgálta, később bővebben fog referálni. Megjegyzendőnek tartja, hogy a beteg állítása szerint ezen bőrbaj betegségének többi tüneteit körülbelül egy évvel megelőzte. A nyakon, hónaljban- és lágyéktájékon a nyirokmirigyek mogoróegész galambtojás nagyságnyira megnagyobbodottak. A tüdőket illetőleg a jobb csúcs felett kissé tompult a kopogtatási hang, a belégzés érdekes, s a kilégzés megnyultabb, mint egyebütt és ugyanitt száraz szörtyözrejek hallhatók. Szívotompulat rendszer nagyságú, szívcsúcs és pulmonalis felett systolés. anaemiás zörejek hallhatók. A has rendkívül elődomborodó, a jobb bordaív alatt a rendszer jóval nagyobb, s resistensebb máj tapintható, s a has baloldalának legnagyobb részét pedig a rendkívül kemény, s megnagyobbodott lép tölti ki és alsó szélé a köldököt négy harántujjnyival meghaladja. A hasüregben kevés szabad folyadék mutatható ki. A beteg az utóbbi időben genyes köpetet bőven ürített, melyben azonban Koch-féle tuberc. bacillus többszöri vizsgálatra sem volt található. A legutóbbi tuberc. vizsgálat szerint a vér haemoglobin-tartalma Fleischl szerint 40, a vér fajsúlya 1045.5, a vörös vérszámja száma egy köbmilliméter vérben 2.300.000, a fehéreké 650.000; utóbbiak tehát a rendszer körülbelül százsorosára felsaporodtak. A mi a fehér vérszámok különböző alakjainak egymáshoz való viszonyát illeti: lymphocytá 91%, polynuclearis neutrophil 5.3%, nagy mononuclearis alak 1.5%, myelocytá (egy magvú, neutrophil szemcsézettel) 1.7%; eosinophil 0.5%.

Mint a tüneteknek ezen rövid felsorolásából kitünik, a klinikai kórkép és a vérvizsgálat eredménye között némi dissonantia mutatkozik. Ha ugyanis a leukaemiának még most is divó klinikai beosztá-

sát — myelogen, lienalis és lymphatica leukaemia alakokra — követjük, úgy a jelen esetet leukaemia lienalis-lymphaticának nevezhetnők, miután a betegnél legfeltűnőbb a lép megnagyobbodása, s csak másodsorban a nyirokmirigyeké. A vérvizsgálat pedig azt mutatta, hogy a fehér vérszámok felsaporodása túlnyomó részben az apró, egy magvú elemeket, az ú. n. lymphocytákat illeti, míg a többi fehér vérszám együttvéve alig teszi ki az előbbieknél tízedrészét, vagyis a leukaemiának azon ritkább alakjával van dolgunk, melyet *lymphaeimiának* neveznek. Ezen eset által újabb megerősítést látom azon nézetnek, hogy a leukaemiának klinikai jelentkezési módjából a priori a vér állapotára következtetnünk nem lehet, nem pedig azért, mert a leukaemiának a fehér vérszámok képződése a rendszeről eltérő módon történik. Gumpert adott legelőször kifejezést azon tapasztalatnak, hogy leukaemiánál a vérben keringő fehér vérszámok valamennyi vérképző szerv által képezethetnek. Rendes körülmények között a nyirokmirigyeknek parenchymáját apró, egymagvú sejtek az ú. n. lymphocyták teszik ki, a lépben és csontvelőben pedig túlnyomó számban a nagyobb egymagos, sokmagos és eosinophil sejtek láthatók, felvehetjük tehát, miszerint a vérben keringő, morphologiailag különböző fehér vérszámok is normális viszonyok közt más és más helyről származnak. Leukaemiánál ezen viszony olyképpen változott meg, hogy a fehér vérszámok azon alakja, mely a vérben túlnyomó, így pl. lymphaeimiánál a lymphocyták, nemcsak a nyirokmirigyekben, hanem a lépben és csontvelőben is nagy számban található, hogy pedig nem csupán a vérárammal kerültek oda, hanem ott tényleg újra is képződnek, bizonyítja a magoslásban lévő alakok. Helyesebb tehát ilyen esetben — úgy mint azt Fränkel teszi — lymphocytaeimiáról s nem lymphaeimiáról beszélni; az előbbi elnevezés ugyanis csupán azt fejezi ki, hogy a fehér vérszámok melyik alakja túlnyomó a vérben s nem involválja egyszersmind azoknak származási helyét.

De érdekesnek tartja ezen esetet egyéb tekintetben is és ennek illusztrálására röviden megemlékezik azon véleményekről, melyek a leukaemia keletkezését illetőleg felmerültek. Az egyik Virchow és Neumanné, kik a fehér vérszámok felsaporodását a vérképző szervek túlproduktiójának tulajdonítják. Ezekkel ellentétben Löwit a vérbeli eredet mellett foglal állást; szerinte ugyanis a képződött fehér vérszámok lassabban esnek szét, s ezáltal szaporodnak fel. Löwit ezen lassúbb szétesésnek okát a megváltozott vérplasma behatásának tulajdonítja, de nem zárja ki azt sem, hogy az ok magukban a fehér vérszámokban is rejthetik. Fränkel legújabb, objectiv bizonyítékokkal támogatott nézete a vérképző szervekben keresi a bántalom kiindulási pontját. Fränkel rövid egymásutánban 9 acut leukaemia esetet észlelt, s valamennyinél azon feltűnő tapasztalatra jutott, hogy a fehér vérszámok felsaporodása csaknem kizárólag az apró, egymagos elemeket illette; míg a normális vérben túlnyomó sokmagos leukocyták elenyésző csekély számban voltak jelen, sőt egyes esetekben számuk abszolút véve is megfogyott volt. Fränkel ennek alapján felveszi, hogy az apró, egymagos sejtek az acut leukaemiánál rendkívül nagy számban és gyorsan képződve, gyorsan a vérbe jutnak, mielőtt még a vérképző szervekben sokmagos, eosinophil stb. alakká átalakulhattak volna, sőt túlbujánzásuk által a többi fehér vérszámok kifejlődését akadályozzák. Fränkel szerint a chronikus leukaemiánál a fehér vérszámok fejlődése, mint az a betegség természetéből következik, jóval lassúbb, s így azok tovább időzve keletkezési helyükön átalakulhatnak sokmagos, eosinophil, myelocyt stb. alakokká és már mint ilyenek jutnak a vérbe. Fränkel tehát acut leukaemiánál a lymphocytaeimiát a pathologiai processus gyorsaságából magyarázza, s ezen állításának bizonyítására felhossa, hogy az ú. n. lymphaeimiák gyorsabban folynak le, legalább is több éven át észlelt lymphaeimia esetet az irodalomban nem talált.

Ezen legutóbbi s nézetem szerint legvalószínűbb értelmezés szerint a lymphocytaeimia nem annyira a bántalom localisatiójára, mint inkább annak időbeli lefolyására és így a prognosira nézve lenné jellegző, s így concret esetben a lymphocytaeimiából arra következtethetünk, hogy az eddig chronikus lefolyású leukaemia újabban acutabb jelleget öltött, s a betegnek gyors erőhanyaglását ezen körülményre vonatkozathatjuk.

Végül pár szóval megemlékezik a jelen esetben a vér egyik szorosabban vett physikai tulajdonságának, a vér fajsúlyának sajátosság magatartásáról. Schmaltz, Peiper és Hammerschlag alapvető vizsgálataiból kitűnt, hogy a vér fajsúlya a vér haemoglobin-tartalmával arányosan változik, a mi annyival is inkább természetes, mert a vér fajsúlya első sorban annak fehérje tartalmától függ, a vér albumenének nagy részét pedig épen a haemoglobin teszi ki. A jelen esetre nézve azt találtam, hogy ez az említett szabály alól kivételt képez, vagyis hogy a vér fajsúlya magasabb mint az a haemoglobin-tartalomnak megfelelő, s hasonló tapasztalatra jutott a II-dik belklinikai két más leukaemiás betegénél is. Úgy látszik tehát, hogy a vér fajsúlyának a haemoglobin-tartalomhoz viszonyított magas volta leukaemiánál bizonyos szabályszerűséggel jelentkezik. Ezen tapasztalat nem értelmezhető másként, mint hogy a fehér vérszámok felsaporodása által a vérnek fehérje-tartalma növekedik, s ezzel együtt a haemoglobin-tartalomhoz viszonyítva a vér fajsúlya is magasabb lesz mint egyéb anaemiáknál. Szükségesnek véltem ezen tapasztalatnak felemlítését azért, mert ebből következik, hogy haemoglobinon és plasmafehérjén kívül a vérszámok is határozott befolyása van a vér fajsúlyára.

Nékám Lajos. Kétli tanár szíves engedelméből alkalma volt az esetet bőrgyógyászati szempontból észlelni, s az eset némely particularitására óhajta az egyesület figyelmét felhívni. Mert noha a leukaemia minden esete érdekes ugyan, hiszen azok aetiologiája teljesen rejtélyes, az anatómiai elváltozások is igen változók, s míg néha az összes leuco-



poetikus rendszerre kiterjedők, máskor, mint Leube és Fleischer esetében, alig kimutathatók lehetnek, itt még ezenkívül a secundaer localitások egy igen ritka esete forog fenn, ugyanis a bőrben képződtek leukaemikus granulatiók. Az ilyen elváltozások ritkaságát bizonyítja, hogy noha Virchow már 1845-ben felállította a leukaemia kórképét, az első, biztosan leukaemiás bőrbaj esetét Bisiadecki csak 30 év multával közölte. Ezóta mintegy 10—12 ide számítható közlemény jelent meg, de ha ezekből levonjuk a kétséges eseteket, minők a Philipper, Oliver, Leber, Gaillard, Chavel, Winiwarer, Vidal és Besnier által közöltek, akkor mindössze 4 biztos eset marad fenn, a melyeket a kórkép szerinti 3 csoportba kell osztani:

1. Néha izolált, livid, lágy, félgömb alakú, néha bámló, csúcsán kissé behúzódnó, indolens vagy kissé viszkető, elváltozni nem hajlamos, de spontán remissiókra képes tumorokat = valódi granulomákat észleltek (Bisiadecki, Hochsinger és Schiff).

2. Máskor kiterjedő, lapos, lebenyes, kiemelkedő, barna tömött göbök léptek fel, sokkal diffusabban, mint az első esetben és nem a verejtékmirigyek spiráljából, mint amott, hanem a faggyúmirigyek környezetéből kiindulól (Neuberger).

3. Végre Kaposi lymphoderma pernicioosa név alatt egy diffus, nedvező, pikkelyes bőrlóbbal kezdődő, a bőrt térszerűleg megvastagító, majd galambtojásnyi tumorok által jellemzett betegséget írt le. A tumorok ulcerálódtak; tipikus leukaemia; mirigydaganat mellett néhány hónap alatt exitus.

A jelen esetben a bemutatott nő bal alkarján, részben a hátán és a mellen is igen sok jól körülírt borsónyi daganat van, melyekre Bisiadecki leírása teljesen ráillik. Fokozza azonban az eset érdekességét, hogy a bal alszáron pedig a Neuberger által leírt diffus alak van jelen, mely a szülő szemei előtt ment át néhány hét alatt a göbös alakba át. Vörös foltok léptek ugyanis fel, melyek excentrikusan terjedve, széleken haemorrhagiákkal, ezen belül barnás pigmentet képezve, lassanként infiltrálódtak, kiemelkedtek, s alakultak át a karon észlelhető tumorokhoz hasonló képletekké.

A kimetszett darabokon végzett szövettani vizsgálat kimutatta, hogy a tumorok lymphoid-sejtek nagy tömegéből állnak, a melyekhez azonban, főleg a tumorok szélén igen sok plasma-sejt, s hízott sejt csatlakozott. Az eredés mindig a perispirális szövetből történik, s a tumorok az ascendáló edények mentén haladnak a bőr felső része felé. Igen kifejezett a collagen s az elastikus rostoknak kiterjedt pusztulása is. A hámban a magoknak Stowers által peridiaphaniának nevezett elváltozása van jelen, a midőn a mag körül fényes, átlátszó gyűrű képződik, mely a mag fogyásával párhuzamosan szélesedik a felületesebb rétegek felé.

Úgy a klinikai mint a szövettani kép e tumorokat az infectiosus granulomákhoz sorozza. A plasma sejtekben való gazdagság, a lassú fejlődés, a spontán visszafejlődés, a további átalakulásokra való képesség, melyek közös tulajdonai az idetartozó tumoroknak, azt engedik gyanítani, hogy a leukaemikus tünetek egy ismeretlen infectiosus betegség eddig tökéletlenül ismert nyilvánulása.

Schwimmer Ernő. A beteg felkarján látható egy dudorzos képlet, melyet lymphosarkomának tart, s mely a leukaemiával rokonságban van; az ilyen eset azért oly ritka, mert rendszeren mást kóriszámunk; két hasonló esetet látott szóló, melyek megjelenésre, nagyságra épen ilyenek voltak, s a lágy tapintatú daganatból kimetszett darab sarcoma képét mutatta.

A therapiát illetően a némelyek által hasonló esetekben ajánlott arsenóllal szóló jó hatást nem látott.

Nékám Lajos. A beteg már kapott arsenóllal, de a fellépett kellemetlen mellékhatások miatt ki kellett azt hagyni. Spontán remissiók minden granulománál mutatkoznak s a jelen eset folyton változó kórképet tár fel. Az esetet sarcomának felfogni nem lehet, úgy a klinikai lefolyás, mint a histológiai lelet a leghatározottabban ellene szól ennek.

Diebatta Géza. Schwimmer hozzászólására nézve megjegyzi, hogy rosszindulatú alképletek, így lymphosarcomák kíséretében is, jelentkezhetik ugyan leukocytosis, de ilyenkor a fehér vérszámoknak csupán azon alakjai szaporodnak meg a vérben, melyek abban physiologikus körülmények között is találhatók. A jelen esetben egyrészt a fehér vérszámoknak absolut száma — 650,000 pro  $\square$ -mm. —, másrészt myelocytáknak jelenléte kétségen kívülé teszi, hogy tipikus leukaemiával van dolgunk, a bőrelváltozást tehát nem tartja lymphosarcomának, hanem specifikus leukaemiás bőrmegbetegedésnek.

#### Melanosarcoma cutis multiplex.

Nékám Lajos. A 35 éves férfi állítása szerint f. é. május végén egy a hátán fekvő kocsányos, barnás naevus nőni és fájni kezdett. Sebészhez fordult, ki június közepén lemetszette a kocsányt. Hat héttel később ugyanaz újabb mütétet végzett, gyermektenyérsyi, tömött darabot távolítván el. Októberben bemutatónál jelentkezett, 40 gombostűfejtől mogyoróig terjedő, az egész hátán szétszórt tumorral; az eset ekkor már inoperabilis volt, s solat. causa arsen-befegekendésnek rendelték. Ma, két hét múlva, a naevus eredeti helyén már confluens, feketés, fájdalmas tumor ül, az axillaris mirigyek almanagyságúak s a beteg szemmel láthatólag fogy.

Az eset nem tartozik a bőrön fellépő malignus kötőszöveti daganatok ritkábbjai közé. Ezeket két csoportba szokás osztani: Endotheliomák (Riehl) és sarcomák. Ez utóbbiak ismét: solitaer és multiplex, emezek pedig: 1. kemény, fehér; 2. kemény, pigmentált (bemutatott eset); 3. lágy és 4. arosarcomákra oszthatók, mely utóbbiak igen ritkák és Kaposi idiopathikus sarcomáival azonosak.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

Dennig: Ueber die Tuberkulose im Kindesalter. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1896.

A gyermekkori tuberculosis a felnőttek tuberculosisától nagyon sok tekintetben eltér és nagyon sok sajátossággal bír, a melyeknek ismerete a gyakorló orvosra nézve nagy fontossággal bír. Daczára ennek az irodalomban aránylag csak nagyon gyér adatokat találunk a gyermekkori tuberculosisra nézve, oly munka pedig, mely összefüggésben, jól átnézhetően tárgyalná az egész kérdést, tudunkkal eddig még hiányzott. Köszönettel tartozunk azért szerzőnek, ki már számos kisebb és egy nagyobb munkával (Ueber septische Erkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung der kryptogenetischen Septicopyaemie) jó nevet szerzett magának az orvosi irodalom terén, hogy e munkára vállalkozott és részben az irodalom szorgalmas áttanulmányozása után, részben pedig a tübingeni egyetemi poliklinikán és belklinikán nyolcz éven át szerzett tapasztalatai alapján egy csakugyan jó, lézagpótló munkát hozott létre. A munka beosztása nagyjából a következő: a bevezetésben az irodalmi adatokat találjuk felsorolva, azután pedig a tuberculosis viszonyait Tübingenben általában tárgyalva; ezután következik egy általános, az aetiológiát és pathogenesist tárgyaló fejezet, melyet a meningitis tuberculosáról szóló, körülbelül 100 lapra terjedő, igen részletesen kidolgozott fejezet követ. Szintén kimerítően vannak leírva az agy és a mellíri szervek tuberculosisai. Ezután következik a hasürbéli szervek gümőkórjának fejtegetése, végül egészen röviden a pharynx, a szájnnyákhártya, a pajzsmirigy, a thymus, az orr- és vaginalis nyákhártya tuberculosis megbetegedése. Szerző általában azt az elvet követte, hogy azon megbetegedésekkel, melyek a felnőttek hasonnemű megbetegedéseitől csak kevésbé különböznek, röviden végez. Ily módon azután sikerült neki elérni azt, hogy könyve nem túlságos terjedelmű, a mi csak előny, annyival is inkább, mert az nem esett a fontos részek kimerítő voltának rovására. A könyvet, melynek ára 6 márka, olvasóink közül is bizonyára sokan nagy haszonnal fogják tanulmányozni.

### II. Lapszemle.

#### Sebészet.

Sarkoma a vesében. Hogy a hólyagtükrözés a vesebajok diagnózisát fellendíti, sőt egyes esetekben a vesebajok diagnózisra csakis ez úton állítható fel, élénken bizonyítja Nitze esete. Az 55 éves beteg éveken át véres vizeletet ürített, de a baj okára nem lehetett sem a palpálással, sem a sondázással reáakadni. A vese sem kopogtatás, sem tapintással kórosnak nem tűnt fel. A megejtett kystoskop-vizsgálat alatt az egyik, a jobb ureterből egy hosszúkás giliszta alakú aludt vértömeg emelkedett ki, mely a hólyagban kóvályogva mozgott ide-oda. Az alvadt vérnek megjelenéséből természetesen a megfelelő vese megbetegedése volt constatalható s a sebészi beavatkozásnak volt is eredménye, mert az operatio alatt a vesében sarkomás daganat találtatott. (Berlin. klin. Wochenschr. 1895.)

Novotny dr.

Rák a vesében. A rákos daganat fejlődéséről érdekes képet nyújt egy beteg, ki 6—7 év óta — kisebb-nagyobb megszakítással — véres húgyot ürít. A vérvizelés harmadik évében a jobb oldalon, a borda alatt, egy könnyen mozgatható, kemény daganatot lehet tapintani, mely fejlődése alatt labdaalakúvá válik, felületén göröngyös s végre jókora ökölnagyságot ér el. A physikai vizsgálattal a betegnél másnemű bajt nem lehetett constatalni, s így az eset azt bizonyítja, hogy a vesében a rákos daganat fejlődése az operatiót megelőzőleg már 6—7 év előtt indult meg. A nephrektomia alatt kitűnt, hogy a hosszú idő alatt fejlődő daganat csakugyan rák s pedig a vese elsődleges rákja volt. Nevezetes körülményül hozható fel, hogy a másik vese teljesen ép s benne rákos góczok nem tapinthatók. Az eset tehát nagyon tanulságos, melyből láthatjuk, hogy még az ú. n. rosszindulatú daganatok is fejlődésük alatt — időbeli lefolyásukkal — könnyen tévedésbe hozhatják az orvost, ki hasonló esetekben a húgyutak valamelyes részének chronikus gyuladására, avagy gümös elváltozására gondolhat. (Brit. med. Journ. 1894.)

Novotny dr.



### Gyermekgyógyászat.

A hosszú és rövid tubusok alkalmazása álhártyás gége-lobnál. *Bonain* a hosszú tubusok mellett foglal állást. A rövidnek előnyei — könnyűség (miáltal a nyelés volna könnyebbítve), a tubusnak enucleálható volta s az álhártyáknak le nem tolatása — nem érik fel a hátrányokat: mélyebb szűkületeknél hasznavehetetlenség s könnyen beálló eldugulás. A hosszú tubus ép úgy enucleálható, mint a rövid, mire különben fonál alkalmazása mellett úgy sincs szükség. A mi az álhártyák letolását illeti, ha ez eshetőség be is áll, a tubus kihúzása rendszeren a membrana kiköhögését váltja ki. Az enucleálás technikáját illetőleg, szerző felsorolja az összes módozatokat: I. Nyomás a cartilago cricoidea alá. II. I. alatt említett eljárás előrehajtott fej mellett. III. Előbbi eljárás, de a jobb kéz csipővel, vagy a nélkül, a garatürbe hatol, a tubus kiemelésére, nehogy az az orrüregbe vagy nyelöcsőbe jusson. Végül tagadja szerző, hogy a tubust a cartilago cricoidea tartaná, mi ellen a tubus s a poroz átmérői közti különbözet is szól, hanem a régi nézet mellett marad, hogy a hangszálak tartják a tubust, és bizonyítékként felhossa, hogy paralytikus szálak tubust támasztani képtelenek s ilyenkor az illető kor feletti tubus használandó. (Bulletin et Mémoires de la Société française de Laryngologie.)

Deutsch Ernő dr.

Észrevételek a status lymphaticus felett gyermekeknél címmel ír *Escherich*. A Langerhans 2 éves gyermekét ért hirtelen halál és ennek magyarázatára írt cikkek kapcsán, a gyermek-kori hirtelen halálesetekkel és azok okával foglalkozik. Paltauf A.-nak 1889. és 1890-ben megjelent: „Ueber die Beziehung des Thymus zum plötzlichen Tode“ című munkájára emlékeztet és több közleményt említ, melyek oly hirtelen haláleseteket tárgyalnak, melyeknél a sectio a halál okát fel nem derítette, hanem lymphaticus constitutiót állapított meg.

Elhanyagolták, úgy mondja, a thymus befolyásának tanulmányozását, mert nyomás általi hatást kerestek, míg a helyes irányt Paltauf R. mutatta meg, midőn a thymus megnagyobbodását, a lépduzzanatot és a lymphaticus szövetek hyperplasiáját lymphaticochlorotikus természetű constitutió symptomájaként tüntette fel. E. ilyen alkotási gyermeknél észlelt hirtelen halált ír le és a hirtelen halált a szív bénulásából magyarázza.

Többször látott laryngospasmusnál hirtelen halált, ezen esetekben is syncopét mond halál okának, melyet lymphaticus dyscrasia idézett elő. Klinikáján eszközölt vizsgálatok mutatják, hogy a laryngospasmus legalább acut alakjában az idegrendszer általános túlingerlékenységének részleges tünete és többnyire a latens vagy jól kifejezett tetaniához társul; támogatják ezen felfogását azon jelenségek, melyek között a laryngospasmus roham alatt a halál beállani szokott. Példát hoz fel és esetében a halálokat nem a rövid tartam és tökéletlen glottis-zárta vezeti vissza, hanem a halál körülményei és a bonczélet alapján azon hirtelen halálesetekre gondol, melyeket Paltauf status lymphaticusnál szívbénulás folytán látott. Ez nem egyedüli esete, és az irodalomban is talál hasonlókat. A hirtelen halál okát gyermekkorban legtöbbször a laryngospasmus képezi. Arra a következtetésre jut, hogy status lymphaticust mutató gyermekek leginkább hajlamosítvák spasmus glottidisra illetve ennek alapját képező neurosisra.

Végül a thymus túltengés káros befolyásának magyarázata czéljából hypothesis állít fel, melyben a thymus és pajzsmirigy között párhuzamot von és ajánlja, miszerint kísérletek tétessenek oly irányban, hogy a status lymphaticust illetve az ez által okozott ideges jelenségeket borjú thymus-etezéssel nem lehetne-e előnyösen befolyásolni. (Berliner klin. Wochenschr. 1896. Nr. 29.)

Preisich dr.

### Bőr- és bujakórtan.

A gonorrhoeának gyógyításáról kalium hypermanganicum öblítésekkel írt *Goldberg*. Szerző részletesen megbeszéli és megírja mindazon dolgozatokat, melyek e módszerrel foglalkoztak és melyeknek száma már körülbelül 30 (!). Részletesen leírja az öblítéseknek technikáját és hatását. Ezen öblítéseket annál is inkább ajánlhatja, miután maga is 70, a gonorrhoeának különféle stadiumaiban levő esetében alkalmazta és 95%-ban a gonococcusok

kipusztítottak. Hatásuk egyrészt mechanikus, mert a húgycsőből a váladékot és a gonococcusokat alaposan kitisztítják, másrészt pedig chemikus. A mi az öblítéseknek számát illeti, tapasztalatai arra vezették, hogy heveny kankónál legalább is 10-szer öblítsünk, míg a vizelet kristály tiszta, idült kankónál pedig 14 napig történjenek az öblítések. Az eredmény ellenőrzése czéljából esetleg húgycsőprovocatiókat eszközölhetünk. Általában véve igen meg van elégedve ezen gyógyítási eljárással és tapasztalatait következő pontokban foglalja össze: A kalium hypermanganicum öblítések 1. javaltatnak, ha gonococcusok kimutathatók, 2. kipusztítják a gonococcusokat véglegesen az esetek 95%-ában és pedig az esetek több mint fele számában 1—2 hét alatt, legyenek azok bármely stadiumban, 3. ennélfogva egyszersmind biztos abortivumot képeznek, 4. ezen eredményt az által hozzák létre, hogy a mechanikus és chemikus behatás egy és ugyanazon idő alatt történik, talán még specifikus antigonorrhoeumként is hatnak, habár ez még bizonyításra vár és végre 5. ellenjavaltatnak mindenkor, valahányszor heveny lobos complicatiók kifejlődnek; ilyenkor bevarandó ezeknek lezajlása. (Centralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. VII. Heft 3. u. 4.)

Aschner Arthur dr.

A gonorrhoeának abortiv kezeléséről Janet módszere szerint értekezik *Wossido* (Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane 1896. Bd. VII. Heft 2.). A Janet-féle módszer azon alapelven alapszik, hogy a gonococcusok kipusztíttassanak, eltekintve attól, hogy a gonorrhoea heveny, subacut vagy idült. E czélra kal. hypermangan. 1:4000—1:1000 meleg oldatait (40°) alkalmazza, melyekkel a húgycsövet öblíti. Az eljárás a következő: Egy 1—2 literes üvegirrigator segítségével, melyen 2 m. hosszú gummicső és ennek végén egy rövid konikus üvegcső van, mely a húgycsövet épen elzárja, az elülső vagy a hátsó húgycsövet öblíti, a szerint a mint a vizsgálat az urethritis anticat vagy posticat megállapította és pedig először 1:2000 oldattal, 5 óra után 1:1500, ismét 5 óra után 1:1000, 12 órai szünet után ismét 1:2000, a következő öt napon minden 12 órában 1:2000 oldattal. Szerző is ezen eljárást akarta igénybe venni, azonban ő is mint több más szerző ezen eljárást a betegek társadalmi helyzeténél fogva kivihetetlennek tartja. Csak 4 beteg vetette magát alá ezen gyógyítási módszernek, kik közül egy 5 nap után, egy 10 nap után gyógyult, kettő pedig 10 nap után sem gyógyult és más kezelési módszerhez folyamodott. Janet később módszerét módosította, a mennyiben a kiöblítéseket 1:6000—1:1000 oldatokkal végezte heveny kankós folyamatnál eleinte kétszer, később és régibb gonorrhoeánál csak egyszer naponta és ezt addig folytatta, míg a gonococcusok teljesen eltűntek. Szerző tehát 21 beteget kezelt ekként, kik közül 10 teljesen gyógyult, a többi javultan boesáttatott el, a gyógyulási idő 13—44 napig tartott. (Azonban gyógyulást elérhetünk ilyen hosszú időtartam mellett sokkal egyszerűbb apparattal és kevesebb fájdalommal. Ref.) Szerző tapasztalatait következőben összegezi: 1. A Janet által először ajánlott abortivkezelés heveny gonorrhoeánál a magángyakorlatban kivihetetlen. 2. A később módosított eljárás inkább ajánlható és pedig csak acut és subacut gonorrhoeánál, miután az esetek nagy része teljesen gyógyul, azonban a kezelés tartama előre meg nem állapítható. Ha 10 napi öblítés után a siker kimaradt, a kiöblítések folytatását csak a beteg különös kívánatára ajánlhatja. 3. Chronikus esetekben azonban vajmi kevés eredményt tudott kimutatni. A hol anatomiai laesiók kimutathatók, az Oberländer-féle (tágítási) módszert jobbnak tartja.

Aschner Arthur dr.

### Apró jegyzetek az orvogyakorlatra.

1. Égetési sebeknél *Dejace* jó eredményvel használja a loretint pasta alakjában: Rp. Loretini 30'0; Ol. olivar. steril. 60'0. — Nedvező eczemánál pedig a következő hintőporral ért el jó eredményeket: Rp. Loretin-bismuth., Zinci oxyd., Acidi borici pulv. aa 10'0. (Le scalpel, 1896.)

2. Vérzések ellen *Reverdin* újabban a natriumsulfatot használja belsőleg; óránként 10 centigrammot ad belőle. Kísérletei alapján a hatásmódot illetőleg oda nyilatkozik, hogy a natriumsulfat a vér alvadási képességét, illetve ennek gyorsaságát növeli. (Wiener mediz. Presse. 1896. 45. sz.)



## TÁR C Z A.

## Külföldi gyógyklimás helyek és vizgyógyintézetek.

## IX.

## Graefenberg. — Vöslau-Gainfarn.

1896. augusztus.

Oszták-Szilézia Szudetjeiben egy kis erdős promontorium tekint le a 6—7000 lakosú *Freiwaldau* városkára. Ezen áll a Schwanthalertől mintázott 15 mázsás öntött vas oroslán, melyet régi jó magyar paciensek állítottak *Priessnitz* emlékére. A alapzaton elül e sorok:

„A' vaddal köz italt megkezdé vetni az ember  
'S göge' fejében kór agg leve és nyavalás  
Priessnitz visszaadá a' viznek régi hatalmát  
'S ősi erőben kél újra az emberi faj.“

Oldalt pedig:

„Priessnitznek, az emberiség' jótevőjének  
Érdemeit hálásan méltató magyarok  
Üdvözlők Graefenberg életújító forrásainál  
A később évek fiait hazájukból.“

És: MDCCCXXXIX. és —XL.

A hydrotherapia újjászületése helyén vagyunk. Mert, hogy vízzel gyógyítás az emberiséggel egykorú, alig lehet kétséges előttünk. Mint sok más okos dolog, ez is egyszer jobban járta divatját, máskor meg kevésbé, Priessnitz idejében jól nevelt német ember italként is irtózott a víztől, nemhogy tőle a bajában gyógyulást várt volna. A genialis paraszt [első betegeit a családjuk nem egyszer kitagadással fenyegette, a miért „békákká“ aljasodnak le. S Priessnitznek mégis sikerült az elfeledett hydrotherapiát újból divatba hozni. Nagy önbizalommal, tagadhatatlan józan észszel és ernyedetlen kitartással kúrálta a betegeit, miután egy bordatörése alkalmával a vizes borítások jó hatásáról önmagán meggyőződött volt. A diplomátlan kezelés úgy látszik, szerencsésen ment, mert 19 éves korában már Csehországba is hitták beteghez s 1829-ben a doktorkodás miatt el is ítélte őt *Freiwaldau* város hatósága. Ez utóbbi incidens nem igen ártott meg neki. Csakhamar magasrangú paciensei is akadtak s hihető, hogy ezek révén 1831-ben hivatalos engedélyt kapott reá, hogy vizgyógyintézetet állítson. A legegyszerűbb eszközökkel dolgozott. Borítások, egy nagy vízbe mártott spongya voltak az első segítségei. A „vizgyógyintézetében“ primitív kádfürdőkkel, magas eső-douche-sal és száraz pokróczban izzasztással érte be jó ideig. A hydrotherapia mai nagy kifejlődéséhez ő adta meg az első lökést s *Graefenberg* még mindig szedi az ő nimbusa gyümölcseit. 1895-ben 2901 fürdővendég fordult meg a hoteljeiben, a kik közül csak 337 volt passzáns. (Jellemző, hogy a betegek közt angol, amerikai is volt, francia azonban egy sem. Magyar 89.)

A telep csinosan fekszik *Freiwaldautól* északnyugatra a „Hirschbadkamm“ egy ágának oldalában körülbelül 630 méter magasságban. Környéke erdős, forrásokban rendkívül gazdag. Oly vízbőség van itt, hogy a tulajdonképeni fürdőtől délnyugatnak eső paraszt-házecsoportban („die Colonie“) csaknem minden háznak külön kis bevezetett forrása van. A kolóniának számos egyszerű embere, iskolázott fürdőszolga is valóságos kis vizgyógyintézetet tart a saját portáján, a hol szegényebb betegek az orvostól rendelt víz-procedurákat magukon végeztethetik.

A ma *Graefenbergben* működő 3 orvos közül szándékosan a legöregebbet kerestem fel, a ki még *Schindlernek*, *Priessnitz* egyik tanítványának a neveltje, *Emmel* dr.-t. Ő az „Annenhof“-ban téli pensiót is tart polgáremberek és katonatisztek számára. A tőle látottak és hallottak szerint a graefenbergi mai víz-kezelés-mód sajátosságai a következőkben foglalhatók röviden össze.

A hol lehet — a már említett „Annenhof“-ban megvan erre a berendezés — minden beavatkozást az illető beteg szobáján végez a szolga. Erre a célra gummival bevont kerekeken tolható kádak vannak készen megfelelő számban. Tagadhatatlan előnye a berendezésnek, hogy a beteg az ágy melegéből, tehát a bőrén egy bizonyos felhalmozódott melegség-quantummal kerül a procedurához, a mi alacsonyabb temperaturák alkalmazásakor

kevésbé egyéneknekél üdvös. A félfürdőket *Emmel* dr. csak 24—18° R. közt használtatja s mindössze egy-két perczig van benne a beteg, de mechanikus beavatkozás (dörzsölés stb.) nélkül. Hasonló enyhesség mutatkozik a temperatura megválasztásában a fej-congestiók esetén rendelt „hideg“ lábvíznél is. 18—16° R.-os víz, 20 perczig. Douche ritkán kerül alkalmazásra. Gőzszekrény egyáltalán nem. Leöntések a félfürdőben felálló betegre történnek 4—5°-kal hűvösebb vízzel (ischias pl.), a teljes nyomással a csöböl bocsátott sugárdouchet (mint a leöntés drasztikusabb alakját) egyáltalán nem használják.

A részleges ledörzsölés szintén nem szerepel. A teljes ledörzsölés ellenben gyakori, rendszerint 18° R. hőm. vízzel. A ledörzsölésnek egy mechanikailag enyhébb alakjául kell vennünk az *Emmel*-féle lesimitást („Abstreifung“), melynél hosszú simításokkal a lepedőn törekszik megmelegíteni a beteget a szolga. Ha lokálisan erősebb hőelvonásra van szükség (pl. acut izületi lóbnál), az illető helyre újra öntenek fel vizet. Nagy kiterjedésben alkalmazzák a begöngyöléseket. Acut lázas betegségeket is felvesznek ily kúrára, a mikor az esetleg jelenlevő lokalizált gyuladás helyére a lepedő és pokrócz közé 3—4-szeres rétegben compresset helyeznek el. Olykor még a száraz begöngyölés is előfordul, pl. inveterált lues esetén. A borítások sphaerájában érdekes, hogy *Emmel* dr. impermeabilis réteget soha sem tétet pl. a haskötőbe. Az eredetileg keskeny hasborítókat („Graefenberger Schnupftücher“) megfelelő szélességben alkalmazzák ma, úgy mint egyebütt is. A feltevésükre ügyelnek rá, hogy a gerincoszlopot a megmelegedő borítás ne érje, mert ettől a centrum genitospinale izalmát tapasztalták. A fejtől elvonó borítások egyik szokatlanabb alakját, a karkötőt is látjuk itt, stb. Inhalatio nem kerül alkalmazásra. Jellemző, hogy mint annak idején *Priessnitz* kiadta rendeletben, úgy ma is bennfoglaltatik az *Emmel*-féle gyógyregulák között, hogy „minden medicamentum használata szigorúan tiltva van“.

Az étkezés restauratióban történik, kellő felügyelettel, hogy a betegek ne excedáljanak. Alkoholikákat egyáltalán nincs megengedve a kúra folyamán inni.

A *Baden* melletti *Vöslau-Gainfarn* nagy etablissement-ja bizonyos tekintetben képviselője lehet *Graefenberggel* szemben az új, minden lehető segédeszközt felhasználó vizgyógyintézeteknek. Az általában véve enyhe vizes beavatkozásokon kívül ásványos fürdők, az elektromosság minden alakja (*Gärtner*-féle kétfülkés villamos fürdők is), gyógy-gymnastika, massage és orvosszerek is bőven kerülnek alkalmazásra. A nagyobb szabású (évente 800-nál több beteg-forgalmú) intézet úsan fel van szerelve minden szükségesséssel. Tornatermében ügyes Zander-gépek vannak, fürdőhelyiségei (a nőknek csak a doucheoló terme közös, egyébként külön fürdő szobácaik vannak) mind földszintiek, barátságosak. Egyikükben a Kneipp híveinek is kedvére való ú. n. „Gehbad“ berendezése vonja magára a figyelmet. A terem vízhatlan pallóján középiütt sekély mélyedés terül el jó darabon. Ebben az egy csövön át állandóan odafolyó hideg víz csekély mélységű tócsát okoz (állandó partialis lefolyásról is gondoskodva van), melyben a congestiós betegek tipeghetnek. Feltűnt még a hydrotherapiás procedurák között az ú. n. „gőzköpnöy“. Így nevezik azt a berendezést, hogy kevés vérű, rosszul melegedő betegek a begöngyölés előtt lepedőt teritnek és ebbe, a lepel meg a test közé a gőzdoucheból gőzt kergetnek be. Csak miután így meleget halmoztak fel a testén, pakolják be az egyént. Úgyesnek kellett találnom a villamoszóban a galván- és szakgatott áramra berendezett asztalt, a melyhez nem kis elemek adják az elektromosságot, hanem az akkumulátor árama (az intézetben villamos világítás van) vezetődik hozzá csökkent feszültséggel. Egy-egy Edison-lámpácska a szánkagép és galván sarkok előtt — zárás-kor kigyuladva — fokozza a készülék impozánságát.

Az intézet betegeinek túlnyomó kontingensét idegbajosok teszik, újabban azonban kezdődő tüdővész-esetek hygienes-diaetás, sanatoriumszerű kezelésében is próbát szándékozik tenni a tulajdonos és vezető főorvos, *Friedmann Tivadar* dr.

A kényelem, szórakozások tekintetében minden lehető meg van téve. Pompás táncsterem, kuglizó, lawn-tennis-pálya, stb., a szobákban villamos hordozható lámpák, a szép parkban hattyús



tó és így tovább. Az intézet egész éven át nyitva van, télen azonban az egyszerre ott lévő betegek száma alig éri el a 20-at.

Kuthy dr.

## Heti szemle.

Budapest, 1896. november 20-dikán.

**University extension.** Az Orvosi Hetilap f. é. 1. számában kifejezett szándékunkhoz híven igyekeztünk a külföldi egyetemek életébe bepillantást nyújtani. Szándékosan mutattuk be a nagy nemzetek egyetemi rendszerén kívül a kisebb államok felsőbb oktatásügyét is, s nem kétem, sikerült bebizonyítani, hogy az egyetemek az utolsó évtizedekben az egész művelt világon hatalmas fejlődésnek indultak. E fejlődést úgy az állam mint a városok s a társadalom együttes támogatásának köszönhetik. A mondottak után most már az a feladatunk, hogy reámutassunk azon intézkedésekre, melyek alkalmasak volnának egyetemeink fejlődésének hatalmasabb elősegítésére. Az első intézmény, melynek meghonosítását úgy a műveltség terjesztésére, mint a társadalomnak az egyetemekkel szemben tanúsított közönyének megtörésére szükségesnek és célravezetőnek tartjuk: az *University extension*. Az a tapasztalat, hogy a természet és orvosi tudományok iránt fokozódó érdeklődés mutatkozik, arra jogosít fel, hogy első sorban mi orvosok tegyük meg a kezdeményező lépést. Már egy ízben említettem, hogy nálunk a közegészségi egyesület, a természettudományi társulat, a Szabad Lyceum e téren máris mutatnak fel eredményeket, de, hogy mennyivel sikeresebbnek ígérkezik az actio, ha az egyetem a maga tekintélyével s aránytalanul hatalmasabb eszközeivel lép a sorompóba: azt nem kell külön bizonyítani. Nem kell attól félni, hogy az egyetem ez által valami alantasabb feladatra vállalkozik. Nem arról van szó, hogy úgynevezett népszerű előadásokat tartson, hanem arról, hogy a tudomány tüzhelyéhez a nem egyetemi hallgatókat is hozzá ereszszük. Szép s hatalmas gondolat, mely méltó ahhoz a nagy nemzethez, melynek földjén megszületett s méltó azokhoz a világhírű tudósokhoz s mesterekhez, kik az eszmét megvalósították! Ki hitte volna, hogy ama 8 előadásból, melyet James Stuart 1867-ben a vidéki városokban a csillagászatból tartott, 25 év múlva az egész világon elterjedt University extension keletkezzék?! Az Egyesült-Államokban az utolsó év jelentései szerint az 1040 előadásnak 393,285 hallgatója volt, s a különben conservatív bécsi egyetem is organizálta az előadási cyclusokat. Ma már kétségtelen, hogy bizonyos feltételek mellett az university extension nálunk is megfelelő feladatnak.

E feltételek a következők: Az előadásokat az egyetem fakultása által kiküldött bizottság organizálja, az előadók: egyetemi tanárok, adjunctusok vagy assistensok lehetnek. Az előadások ne egy népszerű tárgy egyszerű megismertetéséből álljanak, hanem a megfelelő szakot teljesen kimerítő cyclusokból. Egy-egy cyclus 6—8 előadást (hetenkint egy) foglaljon magában. Az előadások idejére az úgynevezett syllabus (útmutató) már készen legyen s azt minden hallgató megkapja. Az előadás 1—1½ óráig tarthat s utána megbeszélés következék. E megbeszélések, seminariumok alapján az előadó indokolt javaslatára a bizottság érmet vagy elismerő oklevelet adhat ki. A belépő díj egy cyclusra 1 koronánál több ne legyen. A költségek fedezésére állami, városi segély s a belépő díjak szolgálnának. A kik múlt évben Klug tanár klasszikus előadásait hallották s a nagy közönség érdeklődését tapasztalták, nem fognak kételkedni, hogy a durván vázolt intézmény a legjobb sikereket adhatja. E vázlatos program korántsem merítette ki a kérdést, s ezúttal csak jelezni kívántuk az irányt, melyet az ügy érdekében megteendő lépésekben követni szándékozunk.

G. E.

Bármennyire osztjuk t. munkatársunk nézetait az itt ismertetett intézmény üdvös hatása iránt; annak meghonosítását az előadott módon nem látjuk ez időszert szükségessnek. A természettudományi társulatban rendezett cyclusok előadások, az országos közegészségi egyesület, a Szabad Lyceum által rendezett populáris és szakismertető előadások eléggé szolgálják az University extension fennjelzett céljait. Ez előadásokat is nagyjából egyetemi tanárok látják el előadásokkal. Lényegében véve egyre megy akár maga az egyetem akár az egyetemen kívül álló egyesületek rendezik azokat. Fő az, hogy legyenek és azon kell lenniük, hogy ki ne fogyjanak.

Szerk.

\*\*\*

**Budapest székes főváros közegészségi állapota 1896. szeptember hóban.** A tiszti főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a múlt havhoz általános halálzás tekintetében javult. Elhalt ugyanis augusztus hóban 1049, e hóban 969 egyén (—80). Apadt a gyomor-bélhurut esetek száma úgy halálzás mint betegedés tekintetében. A heveny ragályos kórok úgy egyenként, mint összesen számbavehető eltérést nem tüntetnek fel. Elveszületett e hóban 1725, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 117 egyén levonásával 969; így a szülések 756-tal multák felül a halálzásaiakat. Szeptember hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6632 fekvő és 6917 járóbeteg, vagyis 810-zel kevesebb mint az elmúlt hóban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 733 fekvő és 1216 járóbeteg, összesen 1949, kórházba küldetett 74 egyén. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás volt e hóban 31, csökkenés 19. Beteg volt e hóban összesen 13, meggyógyult 8, gyógykezeltek 1, meghalt 4. Halál okok voltak: aszkór 1, béllob 2, agyhártyalob 1 esetben. Beoltatott 321 fiú, 293 leány, összesen 614, újraltatott 462 fiú, 184 leány, összesen 646.

Ebmarás előfordult 10 esetben. A köztisztaság a csa'omázatlan és közvetlen utczák kivételével kielégítőnek mondható. A vízvezetési víz, tekintve, hogy a hónap legnagyobb részében a mesterséges szűrők nem működtek, minősége általában jónak volt mondható. Orvosrendőri bonczolás végeztetett 56, orvostörvényszéki 20 esetben. Öngyilkosság 18 esetben fordult elő, még pedig: lövés 6, akasztás 5, mérgezés 2, egyéb módon 5. A Dunából 4 hulla fogatott ki. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen, a mennyiben járványosan semmi állati betegség nem uralkodott. Okleveleiket e hóban bemutatták: Zilzer Arnold, Tausz Béla, Groszmann Arthur, Tornai József egyetemes orvostudorok és 3 szülésznő. A tiszti főorvosi hivatalba beérkezett 1354, s elintéztetett 1327 hivatalos ügydarab.

\*\*\*

**A budapesti orvosi kör orsz. segélyegyletének pénztárába** f. é. július hó 1-től október végéig következő összegek folytak be: Grünhut Adolf dr. adománya 25 frt; egyenkint 10 frtot fizettek; Bertalan P. Munkács és Genersich G. Kolozsvár; 8 frtot fizetett; Bíró G. Rákosfalva; egyenkint 6 frtot fizettek; Bauer M. Apostag, Beck B. Maros-Vásárhely, Blumgrund S. Versecz, Cséby A. Szt.-Endre, Lovrich Gy. Nagybánya, Magyar K. N.-Enyed, Mégay Gy. Zalathna; 5 frtot fizetett; Christian J. Nagyszombat; egyenkint 4 frtot fizettek: Ábrahám B. M.-Sziget, Budai M. Zsarnóca, Dobrovits M. Pozsony, Dorner B. Győr, Fischer S. Daruvár, Gutmann L. Győr, Havas E. Turzovka, Khoór D. Hajdú-Nánás, Kolezonay E. Besztercebánya, Kórodi K. Tiszá-Ujlak, Langfelder A. Szempez, Mankovits D. Bártfa, Náray P. Pécsvárad, Serli S. Mohács, Velics A. Budapest; egyenkint 2 frtot fizettek: Áron S. N.-Károly, Ajkay E. Sopron, Asztalos J. N.-Szombat, Badzey L. M.-Sziget, Bakó P. Dévaványa, Balogh L. Czepléd, Banet J. Vadkert, Bányai L. Komárom, Belle Gy. Szilágy-Kraszna, Bernády D. Bánlak, Bernard J. Zichyfalva, Bihari Gy. Cs.-Gorbó, Blau A. Ungvár, Böckel B. Sz.-Nagyfalú, Brezsnay J. Tallos, Cavallar V. Sopron, Chalaupke J. Tata-Tóváros, Csáky K. Podolin, Danis L. Török-Bálint, Décsy M. Adánd, Démy L. Sopron, Demkó B. Budapest, Dóka L. Dévény, Dudich E. N.-Salló, Ehrenreich K. Szirák, Elischer R. Arad-Szt.-Márton, Engel G. Kolozsvár, Engel G. Nezsider, Fabritius J. Brassó, Feledi F. Balassa-Gyarmat, Fűredi S. Sopron, Gara L. Nyiregyháza, Garzó A. Duna-Szerdahely, Gerő M. B.-Gyarmat, Glücksthal A. Zenta, Gruber Gy. Bánlak, Grün J. Besztercebánya, Györgyi Gy. Abony, Györki L. Kölesd, Haidegger L. N.-Beeskerek, Heks J. B.-Gyarmat, Heller J. Harkány, Hercz A. Várpalota, Hering M. Körmend, Homoky F. Orsova, Hubert B. Vásáros-Námény, Jánoki J. Kuczura, Jármay L. Budapest, Jékel L. N.-Károly, Jeszenszky B. Temerin, Kaufner D. Merán, Kaufmann E. Pécs-Szabolcs, Keith K. Lugos, Kelemen A. Mezőtúr, Komáromi Gy. Szegvár, Korek J. Német-Csanád, Kovács J. Salgó-Tarján, Kronstein V. Arad, Krieser Jakab Besztercebánya, Lányi B. Aranyos-Maróth, Lányi L. Szabad-szállás, László K. Somorja, Lechner K. Kolozsvár, Leszlauer L. Győr, Leszner R. Sopron, Löwien J. Trencsén, Löwensohn M. Diószeg, Löwy J. Pozsony, Márer F. Szécsény, Márkus M. Siklós, Meller B. Sopron, Menner A. Miskolc, Molnár J. és Molnár K. Csikszereda, Nádaskay B. Budapest, Nagy Ottó Békásmegyer, Neumann J. Dombóvár, Ney J. Siófok, Nyári J. Zeliz, Pokorny R. Sopron, Pollak J. Deveser, Posevitz A. N.-Róce, Poszvek L. Sopron, Révész Zs. Somberek, Réthy G. Sopron, Rózsai M. Kotor, Rudy B. Brezstovác, Rüll J. Mohács, Sági S. Zombor, Sáska L. Dömsöd, Scheitz V. Kolozsvár, Schlesinger J. Győr, Schönfeld M. Kis-Tereme, Simenszky R. Báránd, Skultéty T. N.-Szöllös, Solowy A. Pozsony, Starke A. N.-Károly, Stein F. Sásd, Steiner M. Győr, Stockmayer F. Sopron, Stráner Gy. Sopron, Strasser V. Szomolány, Straub L. Mosony-Szolnok, Sümegi J. Ozora, Székely K. Beregszász, Szentgyörgyi F. Orsova, Szilvássy J. Borszék, Szommer A. Balaton-Fő-Kajár, Szulik K. Kurtakeszi, Tapay J. Hajós, Tauffer J. Temesvár, Terray L. Breznóbánya, Udránszky L. Kolozsvár, Wappenstein H. Felső-Lendva, Weiss J. Sopron, Wertner M. Muzsla és Zsigárdy A. Pozsony. — Liebmann Mór dr., egyet. m.-tanár, pénztáros (Andrássy-út 13. sz.).

## Vegyesek.

**Budapest, 1896. november 20-dikán.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. november 1-től november 7-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 404 gyermek, elhalt 200 személy, a születések tehát 204 esettel multák felül a halálzásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 1, hökhurut 1, kanyaró 1, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekági láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 10, agyvérömleny 8, rángások 7, szervi szívbaj 14, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 25, tüdőgümő és sorvadás 37, bélhurut és béllob 20, carcinomata et neoplasmata alia 13, méhrák 4, Bright-kór és veselob 4, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 5, erőszakos haláletet 7. — A fővárosi közkörházakban ápolatott e hét elején 2080 beteg, szaporodás 676, csökkenés 620, maradt e hét végén ápolás alatt 2136. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1896. november 11-től november 18 dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 25 (meghalt 1), álhimlőben —, bárányhimlőben 23, vörhenyben 23 (meghalt —), kanyaróban 34 (meghalt 2), ronesoló toroklobban és torokgyikban 17 (meghalt 5), trachomában 13, vérhashan —, hökhurutban 18 (meghalt —), orbánczban 15 (meghalt —), gyermekági lázban 1 (meghalt —).

— Szabó Endre eszterházi kórorvosnak a király sok évi önzet len és buzgó működése jutalmul az arany érdemkeresztet adományozta.



— Az ezredéves országos kiállítás jury-tanácsa által megítélt kitüntetésekben a már említettek kivül még a következő orvosok részesültek: *Milleniumi nagy érem*: Bókay János, Davida Leó, Kovács József, Kézműrszky Tivadar, Klug Nándor, Kéti Károly, Mihalkovics Géza, Schulek Vilmos, Thanoffer Lajos, Tauffer Vilmos. *Kiállítási érem*: Bereczky Endre, Böke Gyula, Bánóczy Gyula, Csapodi István, Frenyó Pál, Juba Adolf, Kenyeres Balázs, Laufenauer Károly, Mann Jakab, Mergl Ödön, Morelli Károly, Navratil Imre, Ónodi Adolf, Pertik Ottó, Plósz Pál, Preysz Kornél, Schmidt Antal, Szili Adolf, Tomka Samu, Vajna Vilmos. *Elismerő oklevél*: Batizfalvy Sámuel, Grünwald Mór, Herczel Manó, Némái József, Reich Miklós, Schuschny Henrik, Szenes Zsigmond, Weisz Ede. *Közreműködők érme*: Aczél Károly, Erreth Lajos, Jendrassik Ernő, Koller Gyula, Kovács Aladár, Kresz Gyula, Kresz Géza, Landauer Armin, Müller Kálmán, Petz Lajos, Rajtsics Lajos, Rigler Gusztáv, Rózsaffy Alajos, Székely Ádám. Ezekon kívül a *Magyar orvosi könyvkiadó társulat* az állami aranyérmét a *Pápai Vilmos és Pécsi Dani-féle tehénhímlő-termelőintézet* a milleniumi nagy érmet, a *Bácskay Béla-féle tehénhímlő-termelőintézet* a kiállítási érmet és végül a *Keleti és Kulpin-féle* hasonló intézet az elismerő oklevelet kapták.

— **Figyelmeztetés.** A tagajánlások a budapesti kir. orvosegyesület titkárságához csakis f. hó 30-dikáig nyújthatók be. Ajánló lapok az egyesület szolgájánál (Szentkirályi-utca 21. sz. a.) kaphatók.

— **Megjelent:** Orvosi zsebnaptár az 1897. évre. Szerkeszti Faragó Gyula dr. Harmincegyedik évfolyam. Budapest, Légrády testvérek kiadása.

— **Karácsonykor** jelenik meg a Pesti Alfréd által szerkesztett „Orvosi könyv és ezimár“ VII. évfolyama, aktualis, érdekes tartalommal. Melléklete egy czélszerű, kényelmesen elhelyezhető és négy részre osztott zsebnaptár lesz.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősr 5. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

**Szt. Lukácsfürdő**

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-meter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő fürdők. Olesó és szép lakások. Prospectust küld ingyen az igazgatóság Budapesten.

Téli és nyári gyógyhely.

## HIRDETÉSEK.

<b>DR. DOLLINGER GYULA</b>	
TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE	BUDAPEST VII., KEREPESI-ÚT 52.

## Mi az amusol?

Amusol a **F. BUCHKA's Kopfapotheke** által Frankfurtban Suppos. Haemorrh. amusoli alakjában készítettve biztos szer az

**aranyeres csomók ellen.**

Az amusol-suppositoriumok nem tartalmaznak **narcoticumot.**

Raktár Budapesten: **Nádorgyógyszertár, Váci-körút.**

## Dr. KELETI és KULPIN

min. enged. nyilvános borjú - hímlőnyirk - termelő intézete  
**Békés-Csabán.**

Szállít biztos, utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezesség mellett, kitűnő oltóanyagot a következő áron:

1 phiola 3 egyénre	---	---	---	1 phiola 10 egyénre	---	---	---	frt 80 kr.
1 " 5 " "	---	---	---	1 " 50 " "	---	---	---	2 " "
				1 phiola 100 egyénre	---	---	---	4 frt.

**Oltóeszközök** ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket postafordultával expedálunk.

Sürgőnyozim: **KELETI, CSABA.**

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úrv vegyi, mint górcsói és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

dr. **VAS BERNÁT** és dr. **GARA GÉZA** a labororium vezetői.

Foliklinika: **VII., Dohány-utca 31. szám.**

Nyilvános

## Röntgen-féle fotografiai felvételek

**DR. KISS KÁROLY** vezetése alatt

Budapesten, VIII. ker., Eszterházy-utca 1. szám.

Az újszerkezetű, platinatükrös lámpákkal **gyors felvételek, s az egész emberi szervezet átvilágítása,** melynél bariumpatincianür ernyővel **a szív- és rekesz izom működése is jól megfigyelhető.**

Alkalmazhatók: csonttöréseknél, ficzomodásnál, csontkinövésnél és képződésnél, görvélyes és köszvényes esontbántalmaknál, esontgyulladásos részek felismerésénél. Megfigyelések operatio utáni esontfejlődéseknél.

A szervezetbe hatolt szilárd testek — golyó-, üveg-, fémszilánkok stb. — kimutatásánál. Kísérletek folyóknak — orvos tanácsára — idegbetegtestrészeknek Röntgen-sugarakkal való gyógyítására is. Fogak és foggyökerek, melyek az ínben maradtak, kimutathatók.

A sugarak a szervezetre kártékony hatással ninesenek.

**Felvételek a délutáni órákban.**

**Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.**

## HUNYADI JÁNOS

*A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószert.*

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnye:

**Gyors, biztos enyhe hatás.**

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges.

*Bevásárlásnál a palack címkéjén olvasható*

**„Saxlehner András“**

*név figyelembe ajánlatik.*

**Dragée ferr. protoxalat. Dr. Budai.**  
**Dragée ferr. protoxalat. c. arsen Dr. Budai.**

Minden nagyobb klinikán kiváló sikerrel alkalmaztatott

**anaemia és idegesség ellen.**

Egy doboz ára 1 frt.

Kísérleti czélra az orvos uraknak ingyen és bérmentve küldetik.

Kapható: Budapesten „Városi gyógyszertár“ (Városház-tér).

## Tamar Indien Grillon

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak, vértödülés, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekeknek. — Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloë, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

A *Tamar Indien Grillon* Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR:

**TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszertára, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Kézmárszky Tivadar tanár I. szülő- és nőbeteg-klinikájából.

Placenta praevia 46 esete.

Közi Platzer Sándor dr.

A szülés egyik komoly complicatioja a placenta praevia, melynél az anya és a magzat élete egyaránt nagy veszedelemben forog. E veszedelem elhárítására a legkülönbözőbb eljárásokat kísérlették meg. Természetesen kiki a maga eljárását legjobbnak tartotta s tartja most is, másokét pedig „káros vagy durva eljárásnak stb.” véli. Ezért nem is képzelhető el, hogy placenta praevia esetében egyhamar teljesen egyöntetű eljárás fog létrejöhetni. Ennek létrejövéte akkor lesz várható, ha minél több esetnek lefolyásáról lesz tudomásunk.

Az alábbiakban a Kézmárszky tanár úr vezetése alatt álló I. szülő- és nőbeteg-klinikán 1874. szeptembertől 1896. márcziusig előfordult placenta praevia eseteket szándékozom közölni, különös tekintettel az alkalmazott therapiára s az általa elért eredményekre. Az említett esetek közül mélyen tisztelt főnököm tizenötöt<sup>1</sup> már közölt. A teljesség kedvéért azonban ezen eseteket is felvettem e közleménybe.

Az említett időközben 16,150 nő szült az intézetben. E 16,150 szülésre esik 46 placenta praevia eset. Tehát 351 szülésre jut egy eset; százalékban kifejezve: 0.285%.

A lepény tapadása szerint volt:

Placenta praevia centralis: 9 = 19.55%  
Placenta praevia marginalis: 25 = 54.38%  
Placenta praevia lateralis: 12 = 26.07%.

Feltűnően nagy a primiparák száma: 11.

Primipara: 11 = 23.91%  
Multipara: 35 = 76.09%.

A multiparák közt volt:

I P.: 7    IV P.: 4    VI P.: 4    VIII P.: 2  
III P.: 9    V P.: 5    VII P.: 1    IX P.: 3.

A magzatok fekvése volt:

koponyafekvés: 35 = 74.46%  
farfekvés: 6 = 12.77%  
harántfekvés: 6 = 12.77%.

Az anamnesisből kiderült, hogy 16 esetben már a terhesség alatt kezdődött a vérzés, a szülés előtt egy—nyolcz héttel. A terhesség alatti vérzés leggyakoribb placenta praevia centralisnál, itt ugyanis 9 közül 6 vérzett a terhesség alatt, míg ellenben placenta praevia marginalis és lateralisnál 35 közül csak 10 vérzett a terhesség alatt.

A placenta praevian kívül mint complicatio előfordult még egy ízben ikerterhesség, öt esetben pedig köldökzsinór előesés. Az utóbbi complicatio egy esetben koponyafekvésnél, két ízben farfekvésnél s kétszer harántfekvésnél fordult elő.

Ezek után áttérek beavatkozásunk rövid vázolására:

Placenta praevia esetében a meddig a méhszáj két ujjnyira nem tágult, erősebb vérzés esetén tamponálunk. Mérsékes vérzésnél beérjük azzal, hogy a szülönőt kellő megfigyelés mellett abszolút nyugalomban tartjuk. A tamponálásra

régebben a colpeuryntert, 1886. óta kizárólag csak a jodoformgázot használjuk. Az utóbbit a colpeurynternél előnyösebbnek tartjuk több okból. A jodoformgáz a szülönőnek nem alkalmas, míg a colpeurynter olykor elviselhetetlen fájdalmat okoz. Sterilitása sem oly megbízható, mint a jodoformgázé. Továbbá a colpeurynter gyorsan romlik, kaucukja repedezik, s megeshetik, hogy a legválságosabb perczen felmondja a szolgálatot, a mi főleg a vidéken practizáló orvosra nézve fontos, ki nem szerezhet be rögtön újat. A tamponálást mindig harántágyon Sims-tükör segítségével végezzük.

Osszesen 15 esetben tamponáltunk, még pedig 7-szer colpeurynterrel, 8-szor jodoformgáz-zel. A gázamponat addig hagyjuk benn, míg a vér rajta át nem szívárog. Így egy esetben 32 óráig maradt benn. Néha az általa kiváltott fájások oly erősek, hogy rövid idő alatt kinyomják, egy esetben ez 15 perc után következett be.

Ha a méhszáj 2 ujjnyi, ismét a vérzés foka szerint járunk el. Ha a vérzés a tamponálás daczára sem szűnik, a tamponat eltávolítjuk s Braxton-Hiks szerint combinált műfogásokkal lábrafordítást végzünk. Kisebb vérzésnél tamponálással vagy a nélkül várunk, míg a méhszáj 3—4 ujjnyira megtágult, ekkor burkot repesztünk. Ha azonban a vérzés erős, avagy burokrepesztés után sem szűnik, belső műfogásokkal lábrafordítunk. Egyes esetekben ezen eljárástól eltértünk, azért az alábbiakban eseteinket részletesebben közlöm.

Tíz esetben a vérzés oly mérsékes volt, hogy egyáltalában nem kellett beavatkozni s a szülés spontán ment végbe. Ezen esetek közül 6-szor volt placenta praevia marginalis s 4-szer placenta praevia lateralis.

Két esetben a főképen Spiegelberg által oly melegen ajánlott „accouchement forcé-t” végeztük. Az egyik esetben ujjhegynyi belső méhszájnál, a másik esetben szűken két ujjnyi méhszájnál. Az utóbbi esetben mély cervixrepedés támadt s a szülönő elvérzett.

13 esetben a szülés spontán folyt le előrement tamponálás vagy burokrepesztés után; még pedig 3 esetben csak tamponálásra volt szükség, 10 esetben burkot repesztettünk. A méhszáj tágassága volt:

3 ujjnyi: 4 esetben,    tünőfélben: 2 esetben,  
4 ujjnyi: 3    „    eltűnt: 1    „

A burokrepesztést 3 ízben tamponálás előzte meg. A többi esetben a vérzés oly mérsékes volt, hogy a méhszáj kitégését minden beavatkozás nélkül bevárhattuk. Két ízben a burokrepesztés csak golyófogóval sikerült. Végeztük egyszer placenta praevia centralisnál, hol a promontorium előtt a burkok elérhetőek voltak, a többi esetben placenta praevia marginalis vagy lateralis volt jelen.

Még két burokrepesztésről kell beszámolnom, melyet két ujjnyi méhszájnál végeztünk. Mindkét esetben a fej újra kitért s az egyik esetben kénytelenek voltunk lábrafordítást végezni a vérzés szüntetésére, a másik esetben a fej csak a lepény részleges leválasztása után ékelődött be újra s a magzat spontán, de halva született. Ilyen szűk méhszájnál tehát nem tanácsos burkot repesztetni.

21 esetben végeztünk lábrafordítást vagy láblehúzást, utána 8-szor a spontán szülést bevártuk, 13-szor pedig rögtön extraháltunk. A lábrafordítást 5 ízben combinált műfogásokkal végeztük, 12 esetben belső műfogásokkal. Három esetben

<sup>1</sup> Th. von Kézmárszky: „Klinische Mittheilungen“.



a lábat húztuk le, egyszer pedig a fart (Braun-horoggal). A lábafordításnál 7 ízben narcosist alkalmaztunk. A lepény tapadása volt: 7 esetben centralis, 10-szer marginalis, 4 ízben lateralis. Végre még két esetről kell megemlékezni: az egyikben a szülönőt agoniában hozták a klinikára s elvérzett mielőtt még beavatkozni lehetett volna. A másik esetben a magzatot perforálni kellett az egyidejűleg jelen volt medencezsűküllet miatt.<sup>1</sup>

A mint a felsoroltakból látható, legtöbbször placenta praevia centralisnál kellett beavatkoznunk. Még pedig valamennyi esetben szükséges volt a tamponálás (az egy accouchement forcé kivételével). Utána lábafordítást kellett végezni, 2-szer Braxton-Hiks szerint, 4-szer belső műfogásokkal, egyszer a fart húztuk le s csak egy esetben sikerült beérnünk a burok-repesztéssel.

Placenta praevia marginalis és lateralisnál sokkal kevesebbszer kellett beavatkozni, mert 10 esetben spontán folyt le a szülés. 37 eset közül csak nyolcnál kellett tamponálni; lábafordítást 3-szor Braxton-Hiks szerint, 8-szor belső műfogásokkal kellett végezni; 3 esetben a lábat húztuk le. A többi esetben pedig tamponálást egyedül magában (3-szor) vagy burok-repesztést végeztünk.

A felsorolt eljárások mellett eredményeink a következők:

1. Beavatkozás nélkül, továbbá tamponálás vagy burok-repesztés után spontán lefolyt szülések száma: 23. Az anyák közül egy sem halt meg, a magzatok közül 9 halott, vagyis:

az anyák mortalitása: 0%,  
a magzatok „ : 39·13%.

A halott magzatok közül 4 macerált s két abortus volt, ezeket nem számítva a magzatok mortalitása 17-re: 3 = 17·65%.

2. Lábafordítás után spontán szülés volt: 8. Az anyák közül egy sem halt meg, a magzatok közül: 7, tehát az anyák mortalitása: 0%! A magzatok mortalitása: két maceráltat nem számítva: 6-ra 5 halott = 83<sup>1</sup>/<sub>3</sub>%. A magzatok mortalitása e módszernél tehát igen nagy.

3. Lábafordítás után vagy lábfekvésből azonnal extrahált magzatok száma 13. Az anyák közül ezen eljárásnál meghalt: 3. A magzatok közül: 6; vagyis

az anyák mortalitása: 23%,  
a magzatok „ : 46%.

A placenta praevia körül követendő eljárásnak vitás pontja épen az, hogy lábafordítás után rögtön extraháljuk-e a magzatot vagy sem. Az imént közölt adatok alapján határozottan azt kell mondanunk, hogy nem.

Igaz ugyan, hogy a magzatok mortalitása jóval nagyobb, de vele szemben mennyivel kedvezőbb az anyák mortalitási statisztikája!

Az egyik eljárásnál ez 0%, a másiknál 23%, s a mortalitás még, ha az egy septikus halálestet nem is számítjuk a műtét rovására, még mindig 15%-on felül van.

Hasonlók az eredmények másoknál is. Így Nordmann,<sup>2</sup> kinek eljárása majdnem teljesen olyan mint a miénk, közli, hogy az anyák mortalitása spontán szüléseknél lábafordítás után: 0%, míg rögtön végzett extractiónál 13·6%. Felemlítem még Hofmeier, Behm és Lomert,<sup>3</sup> kiknek nagyszámú (178) esetük van, hol lábafordítás után a spontán szülést bevárták s az anyák mortalitása csak 4·5%. Bizonyos az, hogy sok magzat életét meg lehet menteni a rögtön extractióval, de csak az anya élete árán.

Ezért irányelvünk most már az, hogy lábafordítás után csak kivételesen extraháljuk rögtön a magzatot, ha a feltételek igen kedvezők: eltűnt méhszájnal, ha az anya jó erőbeli állapotban van, vagyis még nem vesztett sok vért. Ilyenkor elkerültük az anyát fenyegető két legnagyobb veszedelmet: a cervixrepedést s a collapsust okozó agyanaemiát. Mortalitásunk a beavatkozásra való tekintet nélkül a következő: anyák: 8·69% (46 közül 4 halt meg), magzatok: 53·19% (47 közül

25 halott). Tekintve, hogy az anyák közül egyet haldokolva hoztak a klinikára, a beavatkozás rovására esik 3 halálestet vagyis 6·38%.

Eredményeink nagyjában egyezők másoknak közölt eredményeivel, a melyek közül néhányat az újabbakból ide iktatok:

Jung (göttingeni klinika) anyák mortalitása:	11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> %,
magzatok	57 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> %,
Rosahl (Halle) anyák mortalitása:	8·2%,
magzatok	50·6%,
Obermann (Lipese) anyák	11·0%,
magzatok	53%,
Nordmann (Drezda) anyák	13·3% (illetve 7·1%),
magzatok	45·9%.

Eseteinkben az anyáknál a halál oka volt: 3-szor elvérzés, egy esetben pedig sepsis. Az elvérzés egyszer a szülés előtt következet be. Egyszer cervixrepedés, egyszer pedig atonia uteri okozta.

(Folytatása következik.)

## Közlemény Högyes Endre tanár ált. kór- és gyógytani intézetéből.

### A szívhypertrofiáról az egyik vese kiirtása után.

Közlök *Wenhardt János* dr., II. belklinikai gyakornok és *Nádory Béla* dr., I. szülő- és nőbeteg klinikai gyakornok.

(Vége.)

A következőkben a saját kísérleti eredményeinket ez idő szerint csupán csak azért közöljük, mert szerény véleményünk szerint ez által az egyik vese kiirtása után a szív magaviseletére vonatkozó ellentétes nézetek tisztázásához hozzájárulhatunk.

*Rosenstein*<sup>1</sup> a szív hosszúságának, szélességének és a falak vastagságának a megméréseivel igyekezett kimutatni az egyoldalú nefrektomiát esetleg követő szívhypertrofiát. Ezt egy esetben sem találta, de megjegyzendő, hogy a visszamaradt vese mindig tetemesen hipertrofiás volt azon állatokban, a melyek elég hosszú ideig éltek arra, hogy a szív hipertrofiája kifejlődhetett volna.

*Gudden*<sup>2</sup> újszülött nyulak egyik veséjét kiirtotta és ezen állatok kifejlődése után a többi között a szív súlyát is meghatározta. Nem talált különbséget ezen egyvesés, valamint hasonló korú és hasonló viszonyok között felnőtt kétéves nyulak szívsúlya között. Szerinte azért, mert a nefrektomia teremtette keringésbeli zavar újszülött állatban csakhamar kiegyenlítődik. A visszahagyott vese hipertrofiás volt.

*P. Grawitz* és *O. Israel*<sup>3</sup> úgy tapasztalták, hogy ha fiatal nyulnak egyik veséjét irtották ki, akkor a másik annyira pótolta hiperpláziával a veszteséget, hogy a szív nem hipertrofizált. Ha azonban öregebb állaton végeztek egyoldalú nefrektomiát, akkor a visszahagyott vese rendszeren már nem vette át egészen mindkét vesének a működését, tehát a kompenzáció tökéletlen volt, a minek következtében szívhypertrofia fejlődött. G. és I. szerint ez nem a vérmeder kisebbedésének és az ezt követő állítólagos vérnyomásnövekedésnek a következménye, hanem mert ezen esetekben a húgyanyag egy része visszamaradt és ez a szívet erősebb és gyakoribb összehúzódásra szólította fel. G. és I. ugyan igen tekintélyes számú kísérletet végeztek, de nefrektomizált nyulak közül, a melyekben szívhypertrofiát találtak, csak négynek közlik a kórtörténetét. Ezen négy eset a mi nézetünk szerint nem igen alkalmas a szívhypertrofia bebizonyítására. A 31. sz. nyúl a nefrektomia után 32 napig élt. A visszahagyott vese csaknem kétszer akkora volt (9·4 gm.) mint a kiirtott (5·4 gm.). Mivel itt a visszamaradt vese ép oly mértékben megnagyobbodott mint a fiatal nyulakon, azért a vesében nem kereshető a szívhypertrofia oka. Különben ez nem tiszta eset, mert a benn-

<sup>1</sup> Bársony: „A kraniotomiáról“. Orvosi Hetilap 1892.

<sup>2</sup> Nordmann: „Archiv für Gynäkologie“ 32. Band.

<sup>3</sup> Lomer: „Berliner klinische Wochenschrift“ 1888.

<sup>1</sup> Virchow Arch. 53. k.

<sup>2</sup> Virchow Arch. 66. k.

<sup>3</sup> Virchow Arch. 77. k.



hagyott vesének az arteriáját 2 nappal a halál előtt egy órára leszorították. A 29. sz. állat már 9 nap múlva bronhopneumonia folytán elpusztult. *Tangl*, a kinek mesterségesen előidézett insuff. aortae kísérleteiben a szívnek bizonyosan a rendesnél nagyobb munkát kellett végezni, legkorábban csak a 18-dik napon bírta a szív hipertrofiáját kimutatni, itt pedig már 9 nap múlva fejlődött volna az ki, a mely idő alatt néhány napig még bronhopneumoniában is szenvedett az állat? A 35. és 36. sz. nyulaknak miokarditisztik volt, tehát a szívük sulya nem használható.

*Zander*<sup>1</sup> nefrektomizált nyulainak visszahagyott veséje csaknem mindig többé-kevésbé megnagyobbodott, bár voltak esetei, a melyekben ezen szerv csak annyival volt nagyobb, a mennyi a rendes határon belül van, sőt némelykor kisebb is volt. *Z.* sohasem talált szívhipertrofiát, a melynek a kiderítésére az I-t és a szív falainak a mérését használta fel. Ez utóbbi eljárás a mi nézetünk szerint nem a legpontosabb, mert a szerint, a mint a szív diasztólóban vagy szisztólóban áll meg, sokkal nagyobb különbségek jönnek létre mint a mekkorákat a szívhipertrofia ily kis szíveknél létrehozhat.

A búvárok egyhangú véleménye szerint az egyik vese kiirtása után a másik csak fiatal állatokban hipertrofizál annyira, hogy a veszteséget teljesen pótolja, de már teljesen kifejlődött állatokban egyáltalában nem vagy csak tökéletlenül és *Grawitz* meg *Israel* szerint éppen ez az oka, hogy ilyenekben szívhipertrofia fejlődik. Ha a dolog így állana, akkor ezen fölfogás megerősítésére a mi kísérleteink a legalkalmasabbak volnának, mert csupa kifejlődött állattal dolgoztunk és számbavehetően csak egyetlen egy esetben (IX.) nagyobbodott meg a visszahagyott vese, de itt sem annyira, hogy teljes kompenzációról szó lehetne.

Mi a szív nagyságának kiszámítására három adatot használtunk fel: 1) az 1000 gm. testsúlyra kiszámított relativ szívsúlyt (R); 2)  $\frac{j. vese + b. vese}{szív}$  -ből kapott indexet (I) és 3) hat esetben a szív izomrostjainak az átmérőjét.

*Tangl*<sup>2</sup> ritka éles kritikával „A szív túltengéséről“ írt munkájában 50 eset képesen azon következtetéshez jut, hogy ép nyúlban a relatív szívsúly 200—314 egm. között ingadozik, tehát a középérték 257 egm. A jelentékeny számú eset, a melyeknek alapján *Tangl* ezen középértéket kiszámította, tökéletesen elég arra, hogy a 257 egm.-ot az ép házi nyúl átlagos relatív szívsúlyának tekintsük. De különösen megerősítenek bennünket e nézet helyességében azon adatok, a melyeket *Tangl* mesterséges insuff. aortae-ben szenvedő nyulain talált. Ezeknél a szív hipertrofiájának megfelelőleg az R 14 eset közül csak egyszer volt 300 alatt (282), ez is oly állatban volt, a mely az operáció után csak 19 napig élt, a többinél, a melyek 30—187 napig éltek az operáció után, az R 324—562 között ingadozott. Ezekből kitűnik, hogy az R a szív nagyságának a kiszámítására teljesen megbízható tényező.

*Grawitz* és *Israel*<sup>3</sup> egészséges fiatal és teljesen kifejlődött idősebb nyulakon (hányon?) meghatározták, hogy a  $\frac{j. vese + b. vese}{szív}$  adta index (I) 2.60 és 3.50 között ingadozik. Öregebb és nagyobb nyulakon 3-nál valamivel több, fiatalokon valamivel kevesebb. Ezért szívhipertrofiát vesznek föl ott, a hol az I. teljesen kifejlődött nyulon 3-nál valamivel („um ein Merklisches“) kisebb.

*Zander*<sup>4</sup> egy ideig mindazon nyulakban (hányban?) meghatározta az I-t, a melyeket a königsbergi fiziológiai és patológiai intézetben leöltek. Sajnos, *Zander* nem mondja meg, hogy azon nyulak előbb más kísérletre is fölhasználattak-e és ha igen, milyenre; mert hosszabb ideig kísérlet alatt volt nyúl mégsem tartható épnek. Tekintve azonban az éles kritikát és a pontosságot, mely *Zander* egész munkáján végigvonul, valószínűnek kell tartanunk, hogy az I meghatározására

csakis oly állatokat használt, a melyeknél az előzetes kísérlet a szív és a vesék sulyára bizonyosan befolyás nélkül volt. 11 nyúl adatait közli, melyeknek a testsúlya 570—2960 gm., az I pedig 1.88—2.96<sup>1</sup> között ingadozott. Mint látni való, még a legnagyobb érték sem érte el *Grawitz* és *Israel* középértékét. Ezen okból *Zander* az I-t a szívhipertrofia meghatározására teljesen alkalmatlan tényezőnek nyilvánítja.

*Tangl*<sup>2</sup> 28 ép nyulon az I középértéke gyanánt 2.82-t kapott. A legkisebb és a legnagyobb adatot ugyan nem említi, de azt mondja, hogy az I nem ingadozik kisebb határok között mint az R. Ez pedig *Tangl* adataiban 200—314 között változik, vagyis a különbség (114) még nagyobb mint *Grawitz*-és *Israel*-nél (90). *Tangl* 28 I-meghatározása közül tizet közöl, a melyek közül csak egy nagyobb 3-nál (3.31), a többi 2.15—2.98 között ingadozik.

Ugyan az esetek csekély számánál fogva említésre is alig méltó, de mivel a számok már megvannak, megjegyeztük, hogy a szív és a vesék sulyára minden befolyás nélkül volt kísérlet után 4 nyúlban mi is meghatároztuk az I-t (2.06, 2.83, 2.97, 3.46). Az ebből kiszámított középértéket (2.83) csak azért merjük közölni, mert csaknem azonos *Tangl*-al (2.82).

Az I négy között középértékeinek (3.05, 2.42, 2.82, 2.83) a középértéke tehát 2.78. Ha már most valamely kísérletsorozatban az I mindig jóval 2.78 alatt van, akkor ebből csak szabad a szív hipertrofiájára következtetni, föltéve, hogy az R és a szívizomrostok haránt átmérője is a mellett szól. (Mivel mi, a kik ugyanazon laboratóriumban, de néhány évvel később dolgoztunk mint *Tangl*, az I középértékekért csaknem azonos számot kaptunk, *Grawitz* meg *Israel* (Berlin) és *Zander* (Königsberg) pedig különböző helyeken dolgozva meglehetősen eltérő eredményeket kaptak, azért nem tartjuk lehetetlennek, hogy G. meg I. és Z. talán különböző fajtájú nyulakkal kísérleteztek és talán ez az oka a nagy eltérésnek.)

Hogy a szív izomsejtjeinek a haránt átmérője is jól felhasználható a szívhipertrofia kimutatására, az kitűnik ugyan csak *Tangl*-nak igen meggyőző adataiból. Míg kifejlődött ép nyúlban 10.18—15.67  $\mu$  között ingadozik a szív izomrostjai haránt átmérőjének a középértéke, addig insuff. aortae-ben szenvedőkben 13.42—20.97  $\mu$  között.

Bár a megbeszélte 3 tényező mindegyike ép állatban is nem épen kis határok között ingadozik, mégis a rendestől eltérő relatív szívsúlyt kell fölvennünk mindentől, a hol egész kísérletsorozatnak minden adata a rendes határok legkisebb vagy legnagyobb adata körül forog, illetve ez alatt vagy fölött van.

A XI. nyulunknak testsúlya az operációtól kezdve a boneolásig folyton növekedett, állataink egy másik része az operáció után bizonyos ideig hizott, egy harmadik része, ha nem is hizott, legalább is hosszabb ideig nem fogyott, vagyis elég hosszú ideig volt a táplálkozás oly jó karban (a X. nyúl hétszer szült az operáció után 6—6 kölyköt, a XI.-nek is volt 7 kölyke), hogy szívhipertrofia kifejlődhetett volna. Később azonban minden állatunk (a XI. kivételével) többé-kevésbé lesoványodott s azért az R kiszámításakor azon kérdés merült fel, hogy ezen viszonyszámot az állatnak életben legnagyobb vagy pedig a bonezoláskor talált testsúlyával határozzuk-e meg. *Tangl* e kérdésben így nyilatkozik: „A szív hypertrophia foka tehát első sorban a szív által végzett munkatöbblet mennyiségétől függ. Függ továbbá valószínűleg a szív táplálási viszonyától, a mire azonban nem szabad, legalább nem mindig, a test tápláltságából következtetni. Így pl. majdnem valamennyi kísérleti állatom lesoványodott — némelyik rendkívül nagy mértékben — úgy hogy ezeknél a hypertrophia nem épen jó táplálási viszonyok között fejlődött ki s úgy látszik, ki is fejlődhetik mindaddig, míg magában a szívben nem állanak be táplálkozási zavarok. Legjobban illusztrálja állításomat a 15. eset. E nyúl testsúlya 155 nap alatt 1170 gm.-ról 840 gm.-ra fogyott le s pedig fokozatosan s mégis ezen állatnál találtam a legnagyobb fokú hypertrophiát. Ezekből az tűnik ki, hogy a szív hypertrophia meglehetősen kedvezőtlen általános

<sup>1</sup> Zeitschr. f. kl. M. 1882. IV.

<sup>2</sup> Math. és természettud. értesítő 1887. VI. k.

<sup>3</sup> Virchow Arch. 77.

<sup>4</sup> Zeitschr. f. kl. M. 1882. IV.

<sup>1</sup> A 11 eset között csak egyszer volt 2.00 alatt.

<sup>2</sup> L. c.



táplálati viszonyok között is fejlődhetik ki.<sup>4</sup> Tehát az R meghatározásánál mi is az operáció korabeli testsúlyt vettük alapul, a mire *Tanql* tapasztalatain kívül *Löte*<sup>1</sup> vizsgálatai is feljogosítottak, a ki szerint 1000 gm. ép nyúlra 2·87 gm.<sup>2</sup> szív esik, 1000 gm. éheztetett nyúlra pedig 3·52 gm., mert a test lesóványodásában a hájszövet 69·9—94·4%-kal vesz részt, a szív pedig alig. Ha tehát a lesóványodott állat testsúlyából számítjuk ki a relatív szív súlyt, akkor téves módon mindjárt megvolna a szív hipertrofiája.

A táblázatban az operáció korabeli testsúlylyal kiszámított R-ek, vagyis az egyveséjű nyulak tulajdonképeni relatív szív súlyai vastag számokkal vannak nyomtatva. Ezekből kitűnik, hogy az egyveséjű nyulaknál az R egyetlen egy esetben sem lépte túl azon értéket, a melyet *Tanql* egészséges nyulaknál mint a relatív szív súly maximumát (3·14) állapított meg. 14 nyulunk közül hatnak (I., V., VII., X., XIII., XIV.) a testsúlya az operáció előtt vagy után nagyobb volt mint az első operáció alkalmával és mi mégis az utóbbival határoztuk meg a relatív szív súlyt, a mi határozottan a szív hipertrofia javára történt és még ezekben sem lépte túl az R a rendes határokat. Sőt mi több, a táblázat R-rovatjában vékony számokkal nyomtatott adatokból kitűnik, hogy az állatok legkisebb testsúlyával kiszámított relatív szív súly többször nem lépi túl a 3·14-et, mint igen.

Hogy lesóványodás idején a testsúly csökkenésében a vesék mennyire vesznek részt, azt az erre vonatkozó irodalmi adatok nagyon is eltérő voltánál fogva nem tudjuk. Annyi

azonban valószínű, hogy némikép a vesék is részt vesznek. Mivel pedig mi ezt a vesék súlyából nem vonhattuk le, ebből magyarázható, hogy a mi indexeink általában magasak. De annyi biztossággal kiolvasható az I rovatából, hogy lesóványodáskor a vesék súlya annyira nem kisebbedhetik, hogy oly kis indexet kapjunk, a mely szív hipertrofia mellett szólana.

Az I viszonzyszám a XI, XIII. és XIV. nyúlról nem használható, mert a b. vese súlya ismeretlen, ugyanis ennek az urétere a kiirtás előtt le volt kötve, a hidronefrózis vese súlyából pedig nem lehet következtetni azon vese súlyára ép állapotban. A X. és XII. nyúl színtén megkísérlettük az uréter lekötését, de ez, mint a II. operáció alkalmával kiderült, nem sikerült; tehát ezen két eset is egyszerű vese kiirtás számba megy. A III. és VIII. nyúl b. veséjének súlya színtén ismeretlen, tehát az I itt sem számítható ki pontosan. Marad tehát 9 egészen tiszta eset. Ezekben az I-t a j. és b. vese súlyának az összegéből számítottuk ki (kivéve a IX.), mert a visszahagyott j. vese egy esetben sem hipertrofizált számbavehetően, mint az a veséknek abszolút és egymáshoz viszonyított súlyából, valamint a metszeteknek mikrométeres méréseiből kitűnik.

Ha most végül a szívizomrostok haránt átmérőinek minden esetben 100 mérésből kiszámított középértékeit tekintjük, a melyek 9·79—11·46  $\mu$  között ingadoznak, akkor egy harmadik tényező győz meg bennünket arról, hogy *a házi nyúl egyik veséjének kiirtása után szív hipertrofia nem fejlődik.*

Végül itt közöljük kísérleti adataink táblázatos összeállítását.

Kísérlet száma	Kelet	I.) = operáció II.) = boncolás	Testsúly gm.	Testsúly-külömb-ség gm.	Életben maradt napig	Bal vese egm.	Jobb vese egm.	A szív súlya egm.	R.	I.	$\mu$
I.	1893. augusztus 5. november 2.	I. B.	1070 720	— 350	(I—B.) 89	447	441	267	<b>250</b> 371	3·32	—
II.	1893. augusztus 5. november 9.	I. B.	700 650	— 50	(I—B.) 96	313	343	178	<b>254</b> 274	3·68	—
III.	1893. augusztus 30. szeptember 17.	I. B.	2050 1030	— 1020	18	?	883	503	<b>245</b> 488	?	—
IV.	1893. október 3. december 10.	I. B.	1650 1030	— 620	68	467	543	307	<b>186</b> 298	3·28	—
V.	1893. október 3. 1894. január 12.	I. B.	1770 1240	— 530	101	636	709	315	<b>178</b> 254	4·27	—
VI.	1893. október 30. 1894. március 6.	I. B.	1970 1080	— 890	127	663	639	330	<b>168</b> 306	3·94	11·46
VII.	1893. október 30. 1894. január 12.	I. B.	1860 1100	— 760	74	795	980	409	<b>220</b> 372	4·33	—
VIII.	1893. november 23. 1894. szeptember 18.	B. vese kapujában az erek és az uréter lekötése en masse. B.	1400 920	— 480	299	25	514	278	<b>199</b> 302	?	—
IX.	1894. július 6. október 6.	I. B.	1610 1150	— 460	92	506	720	400	<b>248</b> 348	2·53	—
X.	1894. április 18. május 3. 1895. július 11.	I. II. B.	1850 1970 1690	— 280	434 (II—B.)	707	794	454	230 <b>269</b>	3·30	10·73
XI.	1894. április 18. május 3. augusztus 24.	I. II. B.	1560 1500 1850	+ 350	113 (II—B.)	899	831	472	<b>225</b>	?	11·24
XII.	1894. május 9. május 29. szeptember 27.	I. II. B.	1870 1670 1240	— 630	122 (I—B.)	571	675	390	<b>209</b> 315	3·19	10·75
XIII.	1894. május 9. május 29. augusztus 27.	I. II. B.	1820 1770 1600	— 220	91 (I—B.)	1005	640	410	<b>225</b> 256	?	10·40
XIV.	1894. május 30. június 14. október 22.	I. II. B.	1750 1720 1400	— 350	160 (I—B.)	972	1026	410	<b>234</b> 293	?	9·79

<sup>1</sup> Orvostermészettud. értesítő. I.

<sup>2</sup> Ezen adat (hájtalan, gyomor- és bélfoglalattól megfosztott) netto állatra vonatkozik. Ezért nagyobb a mi középértékünkénél



Kedves kötelességet teljesítettünk, a mikor nyilvánosan köszönetet mondunk volt főnökünknek, *Högyes Endre* dr., egyetemi tanár úrnak, a ki az egész dolgozat folyamán érdeklődésével buzdított, jó tanácsaival mindenben támogatott és az anyagot meg eszközöket a legkészségesebben rendelkezésünkre bocsátotta.

## Közlemény Korányi Frigyes tanár I. belgyógyászati klinikájáról.

### Adatok az arterio-sclerosis aetiologiai viszonyaihoz.

Irta *Ritoók Zsigmond* dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

Hogy a tárgyalásaink során nyerhető kép minél tisztább legyen, csak azon bántalmait vettük figyelembe az *aorta-szájadéknak*, melyek más típusú szívbántalommal kombinálva ninesenek. S hogy ezen elváltozások a szívizom degenerációjával együtt mily szoros összefüggésben állanak a sclerosissal, a már tárgyaltakon kívül leginkább bizonyítja az, hogy 124 eset közt csak egy párral találkozunk, melyben az arteriák e megbetegedését a klinikai vizsgálat ki nem mutatta, s miután a boncolt esetek közt a lelet kivétel nélkül felemlíti, e néhány esetet is a vizsgálat hiányosságának kell tulajdonítanunk, s joggal tekinthetjük valamennyit arterio-sclerotikusnak. S ezzel e tárgyban kevés tovább a mondani valónk. Ki kell emelnünk azonban, hogy már a 15 éves kortól fogva minden decennium lényeges százalékokat szolgáltat a megbetegedéshez, s 9·9%-tól fokozatos emelkedésben a 41—50 közötti években éri el a legmagasabb — 27·5% — arányt. S mivel az összes eseteknek e bántalmak legnagyobb: 32·5%-át képezik, melyet a többi tárgyalt elváltozások százalékjai meg sem közelítenek, természetes, hogy az említett évtizedre eső 108 esetben is 32·4 magas százalékkal szerepelnek a tárgyalt bántalmak. Azután feltűnik, hogy lues csak 5 esetben (4·2%) ment előre, (a mi az összes luessel terhelt megbetegedéseknek 11·6%-a), s hogy ismét igen magas a malariával — 21·7% — és a heveny fertőzőes bajokkal való terheltég: 36·2%. Utóbbi oly magas, hogy csak az interstitialis hepatitisek aetiologiájában szerepel nagyobb százalékban; ez azonban az utóbbi bántalommal kombinált edénymegbetegedés alacsony számánál s azon ténynél fogva, hogy az összes 133 acut infectiós aetiologiával bíró esetek közt a májbántalom csak 9·8, az aorta-szájadék bántalom 33·9%-ban van meg, a 36·2%-nak maximum gyanánt való elfogadását megengedi. Az öröklés 15·9%-ban volt kimutatható, s legtöbb értékkel bír itt, tekintve, hogy már az ifjúkor évei alatt is nagyobb százalékaik találjuk a tárgyalt elváltozásoknak. Végül: 21·7% jut a chronikus rheumatismusra, elég magas arány arra, hogy kételkedjünk azon szoros aetiologiai elkülönzés helyességén, melyet franczia szerzők ez alapon a beosztásban is keresztül visznek, valvularis típusnak nevezvén a „rheumatikus eredetű bicuspidal bántalmakat“.

A fentiekben említett vascularis csoportnak *myocardikus* típusát *cardiosclerose* név alatt egy terjedelmes értekezésben tárgyalja *Huchard*. A folyamatot vele együtt *Martin* és *Duplaix* endarteriitis obliteransból kiindulónak tekinti, utóbbi azonban periarteriitist is talált. Az elváltozás rheumatikus és alcoholos sclerosissal diffus határú, kötőszöveti kötegekből alkotott nagyobb szigeteket képez, melyeknek legfőbb részén van a kiindulásul szolgáló, s az endo-periarteriitis előhaladt fokán álló, szabálytalan lumenű, vagy teljesen obliterált ütőér. A kötőszövet rostosporrtba beszorított izomrostok a szemesés, zsíros elfajulás előrehaladt állapotában vannak. *Landouzy* és *Siredey*-nek a typhus abdominalisra vonatkozólag tett tanulmányából a heveny infectiós bajokra következtetve, ezek is hasonló elváltozásokat hoznak létre. A lues és saturnismus okozta, valamint a senilis alaknál a kép annyiban más, hogy a kötőszöveti rostkötegek nem csoportosulnak szigetekbe, hanem finom, diffus, szivacszerű vázat képeznek az izomelemek körül. Ilyen, az aetiologia szerint különböző

elrendeződést a kötőszövet-hypertrophiában *Duplaix*, ki erre a figyelmet felhívja, más szerv sclerosissánál nem talált.

Ilyen sclerotikus folyamatnak tekintve a *szívizom degenerációt*, ezeknek diagnosisa 25-ször (6·5%) szerepel statistikánkban. Igen feltűnik, hogy míg más szervek megbetegedésénél 40 éven alul igen sok eset van még, itt egyetlen egy sincs, sőt 40 és 50 közt is csak 2 = 8%, ellenben 51 és 70 közt, tehát a tulajdonképi öregkorban 22 = 88%. Ha figyelembe vesszük, hogy a 25 eset közt 32%-ban — tehát a legtöbbször — semmi sem volt kimutatható aetiologiai terheltég gyanánt, s hogy az itt tárgyalt elváltozások között ezen százalék a legnagyobbak közé tartozik, talán nem jogtalan azon feltevésünk, hogy a senilis arterio-sclerosis — egyéb aetiologia által nem befolyásolva — főleg a szívdegenerációra hajlamosít, vagy, ha arterio-sclerosissra vezető tényezők lépnek fel az élet derekán, ezek az ily irányú senilis praedispositionnak kedveznek. Az aetiologiában itt az acut infectio és a malaria szerepel még magas arányokkal, előbbi 24·0, utóbbi 28·0%-ban, megfelelőleg általában azon magas százalékoknak, melyeket ezek az összes esetekben, mint terhelő tényezők, elérnek.

Leginkább tanulmányozott folyamat a *vesék sclerosisa*: az arterio-sclerotikus zsugorodó vese. Egyes szerzőknél nagy a hajlandóság arra, hogy általában minden interstitialis nephritist arterio-sclerotikus eredetűnek tartsanak, bár e tekintetben határozott állásfoglalást nem találtam. Legjobban hajlik hozzá *Duplaix*, midőn a szív túltengését, melyet nephritisnél oly gyakran találunk, határozottan függetlennek tartja a vese elváltozásától, melyet a *Traube*-féle elmélet szerint a tönkrement vesebeli véredények által feltételezett vérnyomás fokozódás hozna létre. És figyelmet érdemel azon állítása, hogy végtagok amputációját, miáltal jóval jelentékenyebb terület esik ki a keringésből, bal szív hypertrophia sohasem követi, hogy szerinte minden interstitialis nephritisnél fennáll a szívizom-sclerosisa is, ellenben a szívhypertrophia nincs meg minden esetben. E kérdéshez ma még igen sok szó férhet; a legújabb s talán legcompetensebb munka e téren: a *Senatoré*, határozottan ellenkező állásponton van, midőn az arterio-sclerotikus vesét elválasztja a vér elváltozásai által feltételezett vesecirrhosistól. Lényegileg egyezik ezzel a *Ziegler* véleménye, ki a kétféle alakot azon alapon választja el, hogy a genuin zsugorodó vesénél nem a parenchyma gyuladással elváltozása indítja meg a folyamatot (gen. zsugorodó vese, *Bartels*), ellenben a másiknál ezt a gyuladást megelőzi. Az előbbi alaknál is még 2 formát vesz fel a sclerosis létrejövési módját illetőleg: vagy egyszerű, nem lobos, kötőszöveti sarjadzást, vagy — mint kezdettől fogva lobos folyamatoknál — gyuladást. Az első felelne meg a francziák *scleroses dystrophiques*-jának, nem foglalván magába a secundaer alakot, mely *Senator* szerint a *következményes* szívhypertrophia s ennek folytán az edényrendszerben beálló nyomásnövekvés által okozza az arterio-sclerosist; vagyis maga a vesegyuladás is aetiologiája lehet az arterio-sclerosissnak. *Leube* szintén másodlagosnak, s nem egyidejűnek tartja a szív túltengését, a vasoconstrictoroknak azon periodikus összehúzódásai következményeként, melyeket a vesének hiányos kiválasztó működése folytán visszamaradt húgyalkatrészek időszakos felhalmozódása okoz.

Az eltérő nézeteknek ezen jelzése mellett azzal, hogy csak az arterio-sclerosissal együtt jelenlevő vesecirrhosistokat vettük statistikánkba, eltérve a francziák felfogásától, a *Bartels*, *Ziegler*, *Senator*-féle magyarázat alapján állunk. Adataink szerint 105 kötőszöveti vesegyuladás közt 47 = 44·6% van a tárgyalt edénybetegséggel complicálva, a mi nem valami biztató arra, hogy a *Duplaix*-féle felfogáshoz hajoljunk. A 47 eset közt a 40—70. terjedő három évtizedben minden decenniumra 21·4%, mindháromra 64·2% esik, s ezen évtizedekre eső összes arterio-sclerosis eseteknek 40—60-ig csaknem 20, 61—70-ig 17%-a, bizonyosságául a rég elfogadott tapasztalatnak. A további aetiologiában az acut fertőzés 29·4, a malaria 27·4%-kal szerepel, az alcoholismus a chronikus rheumatismussal egyenlő arányban 10·7%-ban van meg, mi az alcoholismus-



sal terhelt összes 28 esetnek 17·8%-a, melyet csak a hepatitis interstitialis mul felül jelentékenyen e viszony szempontjából. Itt is feltűnő kevés a luessel terhelt (6·4%).

A máj sclerotizáló folyamata a tárgyalt véredénybetegség mellett, tehát kifejezett cirrhosis hepatis, 34-szer fordult elő ez utóbbinak 95 esete közt, vagyis 35·7%-ban. Ismeretes, hogy a hepatitis interstitialisnál az aetiologia legfontosabb részét a chronikus alcoholismus képezi; nálunk e 34 esetben 55·6%-ban volt kimutatható, s az alcoholista arterio-sclerotikusok között 67·8%-ban szerepel a máj e bántalma. És ez meg is felel annak, hogy a 95 kötőszöveti májgyulladás közt 50-szer (52·6%) találtunk szeszese italokkal való visszaélést. Lues csak 5·8, malaria 23·5%-ban okolható a bántalom kifejlesztésében. Itt is az arterio-sclerotikus kor szolgáltatja a legtöbb megbetegedést a 40. és 60. év közt 55·8%-kal.

Az eddig is idézett francia szerzők a hepatitis interstitialis atroph. ról mint a scleroses dystrophiques egy alakjáról beszélnek. Azonban sem az irodalom sem — mint épen láttuk — a statistika nem nyilatkozik ezen nézet mellett kedvezőleg. Természetes, hogy az edényeknek minden esetben pontosan végrehajtott szöveti vizsgálata adna itt teljes bizonyítékot. A priori is helytelennek látszik a hepatitisek közül mást, mint a *Laennec*-féle atrophicans alakot, ide számítani. A *Senator* beosztásában a biliaris cirrhosis, mely kezdetben hyper-, azután atrophicans, nem is jár lépmegnagyobbodással, s egyszerű epelzáródás következménye, nem diffus bántalma a szervezetnek. A hepatitis hypertrophica cum ictero, — e ritkább megbetegedés — már felvehető az arterio sclerosisra gyanus esetek közé. Hogy azonban minden esetet bele vetünk a statistikába, azért történt, mert 20 év alatt fejlődött a kérdés a *Senator* idézett álláspontjáig, a régibb kórtörténetek nem tettek olyanokban különbségeket, mint az újabbak, s mert *Senator* maga is hangsúlyozza, hogy ez alakok keverten is fordulhatnak elő, midőn eredetük biztosan fel sem ismerhető. A tárgyalt diffus sclerotizáló elméletek szerint ezekhez lényegében hasonló a májnak azon kötőszöveti elváltozása, melyet a pangás eredményez, s melyet úgy lehetne értelmezni, mint egy helybeli tensio-emelkedés által létrehozott edénysclerosis következményét. *De Bearman* és *Sabourin* szerint ugyanilyen localis elváltozásokat teremt bármely májsugorodás a lépben. Természetesen *Duplaix*, következetesen az ő diathesikus elméletéhez, a cirrhosis létrejöttét a *Traube* féle felfogás alapján nem helyesen értelmeztnek találja, mert szerinte nem erőművi hatás, hanem egy diathesis a közös oka a máj — lép — s esetleges cardiakus elváltozásnak, mely egyszerűen a diffus sclerosist is létrehozza. És e felfogásnak kedvez a *Senator*-féle nézet, mely a lépmegnagyobbodás magyarázatára a pangást nem tartja elégnak; szerinte ez egyedüli ok nem lehet, miután azon elváltozás már oly korán jelen szokott lenni, a midőn a pangás még alig számbavehető, s ezért felteszi, hogy ugyanazon okok melyek a májra hatnak (alcohol, syphilis, malaria) egyúttal a lép szöveti hypertrophiájának is okozói.

(Vége következik.)

## A nervus facialis viszonya a hallószerv bántalmaihoz.

Irta: *Tomka Samu* dr., főorvos Budapesten.

(Folytatás.)

### Kóresetek.

#### 1. Meghülés.

1. *Bernhardt* (Arch. für Psychiatrie). Meghülés folytán baloldali facialis-hűdés. Bal oldalt beteg kellemetlenül erősebben hallott mindent. Izézési zavar nincs, a garatív állása rendes. Füllelet normalis.

2. *Bernhardt* (Arch. für Psychiatrie). Vasúton való utazás folytán meghülésből eredő jobboldali facialis-hűdés. Magas hangokat különösen erősen hall. Hallás csaknem normalis. A jobboldali nyelvfél mellső kétharmada izézését elvesztette, szintűgy az általános érzést érintés és szűrés iránt; a hátsó harmad mindkét oldali izézésre rendes.

3. *Bramwell* (Studies in clinical medicine 1889.). Jobboldali facialis-hűdés egy nőnél, kinél már háromszor volt ez az oldal megbetegedve. Léghuzam után lépett fel a bántalom. Izézési zavar, hyperacusic, részleges elfajulási reactio.

4. *Hatschek* (Jahrbuch f. Psychiatrie u. Nervenb. XIII.). 17 éves ép idegrendszerű leánynál, egy év előtt hirtelen facialis-bénelés lépett fel, mely három hétre magától gyógyult. Három hét előtt ismét hirtelen baloldali hűdés, csekély szakgató fájdalom a bal fülben, hallás jó, részleges elfajulási reactio, négy hó alatt teljes gyógyulás.

5. *Hatschek* (Jahrb. f. Psych. u. Nervenb. XIII.). 45 éves hivatalnok 18 év előtt félévig baloldali facialis-hűdésben szenvedett. Egy hét előtt állítólag léghuzam után a bal arcfél nehezebb mozgathatósága, mely a legközelebbi napokban még rosszabbodott. Alsó szemhéj duzzadt, a nyelv balra deviált úgyszintén az uvula. Bal oldalt magas hangok iránt hyperacusic, izézés mindkét oldalt gyengült. Az érzékenység a bal nyelvfélen gyengült, részleges cifafulási reactio; hét hó alatt gyógyulás.

6. *Hatschek* (Jahrb. f. Psych. u. Nervenb. XIII.). Léghuzam után baloldali arcfélhűdés, az első napokban a fülben fűás, izézés bal oldalt gyengült. Három hét múlva jobboldali arcfélhűdés is hozzá lépett, jobb oldalt hallás normalis. Bal oldalt teljes elfajulási reactio, jobb oldalt csak csökkenése a villanyos ingerlékenységnek. Hónapok múlva az állapot változatlan volt.

7. *Krüger* (Ein Fall von doppelseit. Facialislähm. Dissert.). 45 éves férfi mosó-intézetben dolgozott, s hirtelen a bal fül mögött fájdalmat érzett, néhány nap múlva a jobb oldalon is fellétek a fájdalmak. Két oldali facialis-hűdés. A beszéd meg van nehezítve, fűlűgűs, zűrejek iránt érzékenység. A nyelv mellső felében érzéstelenség az ízek iránt, égés a nyelven, nyáleválasztás nehezített, hallás kissé csökkent, zűgűs, villanyos kezelésre a hűdés jelentékenyen javult.

8. *Lannois* (Annales des maladies de l'oreille etc. 1894.). S. B. kisasszony három év óta torokfűásban szenved, augusztus 5-dike óta végtagfűdalmak, torokfűás, augusztus 15-dikén facialis-hűdés lépett fel; ezóta jobban éri magát, bal oldalt fűlűgűs, mindkét fűlben fájdalom; e tünetek elmultak, de az arczideghűdés fennáll. Garathurut, bal oldalt a dobhártya tiszta, benyomott, jobb oldalt szűrke, megvastagodott; a kalapács markolata belövelt, hallás alig csökkent, Rinne-féle kísérlet mindkét oldalt positiv. Katheter, massage, szeptember 2-dikán facialis-hűdés javult, fűlűgűs csökkent, szeptember 7-dikén alig van zűgűs, facialis csaknem gyógyult.

9. *Minkowsky* (Berliner klin. Wochenschrift 1891. Nr. 27.). 27 éves kűmives a folyosón dolgozott, hol léghuzam volt; délben már észre vette, hogy arca ferdén áll, a fűle körül fűdalma volt, hallászavar. A fűl vizsgálata nem mutatott semmi abnormalitást. Facialis részleges elfajulási reactiót mutatott, mely később teljes elfajulásba ment át. Tűbb hét után gyógyult a facialis-hűdés, de nyolcz hét után sűs-vmérgezésben meghalt a beteg.

10. *Műbius* (Centralblatt f. Nervenheilkunde). 51 éves földbirtokosnál jobb oldalt fájdalom nélkül facialis-hűdés lépett fel, másodsor bal oldalt lépett fel csekély fájdalommal a fűlben és tarkóban, harmadsor nagy fájdalom mellett jobb oldalt lépett fel.

11. *Politzer* észlelt eseteket, melyeknél a fűlben kis szűrés volt arczideghűdés fellépése mellett.

12. *Tomka* több esetet látott, mely e csoportba sorozandó azon körűlmény folytán, hogy a facialis-hűdés felléptekor a fűlben szűrés és zűgűs volt jelen egyéb elváltozások hiányával. Egyes esetekben a dobhártya csekély belöveltsége volt látható.

13. *Tomka*. 20 éves leány torokgyulladás után négy napra hirtelen baloldali arczideghűdést kapott. Füllelet normalis. Weber-féle kísérlet balra, Rinne positiv. Hyperacusic magas hangok iránt, a nyelven semmi-féle érzési zavarok, a villanyos ingerlékenység csökkent. Két hó múlva csaknem teljesen gyógyult a hűdés, a villanyos ingerlékenység rendes volt.

14. *Tomka*. Junius 2-dikán rosszul érezte magát a beteg, lázas és gyenge volt, fejfűással, étvágytalansággal és nagy orrhuruttal. Őt nap után jobb oldalt arczideghűnelés lépett fel, a jobb fűlben zűgűs és szűrés és a hallás csekély csökkenésével. Mindkét fűl normalis, csak a jobb kalapács kissé belövelt. Weber mindkét oldalt positiv, Rinne meghatározhatatlan. Néhány nap múlva a kalapács belöveltsége megszűnt, a hallás javult katheterre és négy hétre a facialis is meggyógyult.

## 2. A hallószerv localis megbetegedései.

### A) A fűlkagyló és a külsű halljűrat bántalmai.

15. *Bűke* (Arch. f. Ohrenb. XX.). Fűlűsűrdugasznál facialis-hűdés lépett fel, mely a dugasz eltávolítása után azonnal gyógyult.

16. *Czaig* (Canstatt 1869. II.). Észlelt esetet, melynél fűlűsűrdugasz mellett facialis-hűdés lépett fel, mely a fűlűsűr kifecskendése után meggyógyult.

17. *Politzer* észlelt elűször egy esetet, melynél a fűlkagylón herpes zoster mellett facialis-hűdés lépett fel a megfelelő oldalon. A hűdés a herpes zoster gyógyulása után néhány héttel visszafűlűdött. A megbetegedés a n. trigeminus vagy n. auricularis magnustól eredhet.

18. *Treitl* (A. f. O. XXXI.). A külsű halljűrat furunculusa facialis hűdésel. Hallás normalis, szintűgy a hangvűlűlelet. A furunculus gyógyulása után a facialis-hűdés megszűnt. A dobhűregeben semmi kimutatható változás, azonban lehetsűges, hogy kis izzadműny volt jelen, mely közben felsűvűdött.

19. *Tomka*. B. S., 21 éves szabó. 1892. május végén reggel felkeléskor a jobb fűlkagylóban fűdalmat érzett. Junius 2-dikán kis hűlyagesűk léptek fel a fűlkagylón, ezután az egész fűlkagyló veres volt és duzzadt, junius 6-dikán mosdűsűkor észre vette beteg, hogy a szűja ferdén áll, a következő napon fűdalmak léptek fel a jobb fűlben és a nyelven. A facialis-hűdés súlyos volt. Három hét alatt zűnk-kenűcsre



a herpes meggyógyult. Háromszor hetenként galvanisatio. Hat hét alatt a facialis-hüedés csaknem gyógyult. A dobhártya nem mutatott semmi rendellenesét.

### B) A középfül bántalmai.

#### a) Savós és nyákos hurutok.

20. *Böke* (Magyar fül- és gégeorvosok ülése 1894. nov. 15.). Beteg két nap előtt esős időben megfázott, erre jobb fülében szúrófájdalmak léptek fel, következő nap szája ferdén állott és jobb szemét nem tudta zárni, hallás rossz, zúgás nincs. Dobhártya belövelt, homályos, légbefúvásnál szörtyzörej. Légbefúvás után 2 napra szemét be tudja hunyni, hallás jobb, a dobhártya belöveltsége megszűnt, a száj még ferdén áll. Nyolcz nap mulva teljes gyógyulás. Ezen esetben szerző szerint nem volt váladék jelen, hanem csak a dobüreg nyákhártyájának hyperaemikus duzzanata.

21. *Böke* (A. f. O. XXIV.). Esetében a facialis-hüedés légbefúvásokra gyógyult.

22. *Böke* (A. f. O. XX.). Észlelt esetet, hol a duzzadt nyákhártya vagy a váladéknak a dehiscencián a csont csatornába való beömlése folytán facialis-hüedés keletkezett, mely a paracentesis után nem szűnt meg.

23. *Bezold* (Mediz. Congress Berlin). A dobüreg savós hurutja mellett friss facialis-hüedés, melynek megszüntével az izzadmány is eltűnt. A hallás kis mértékben csökkent.

24. *Hermet* (A. f. O. XXIX.). 35 éves syphillisben szenvedő nőnél savós hurut mellett facialis-hüedés lépett fel.

25. *Holt* (A. f. O. XXX.). Két esetben savós hurut mellett facialis-hüedés. A hurut semmi különös tünettel nem járt. A hurut gyógyultával a hüedések is megszűntek.

26. *Möbius* (Centralblatt f. Nervenheilk.). 20 éves lakatosnál háromszor lépett fel váladék mellett facialis-hüedés ugyanazon oldalon.

27. *Trautmann* (Mediz. Congress Berlin). Két esetben a dobüreg váladéka mellett facialis-hüedés volt. A paracentesis után megszűnt a hüedés és a váladék ismétlésével újból fellépett. A váladék gyógyultával a hüedés is gyógyult.

28. *Sexton* (A. f. O. XVII.). Két syphilitikus betegnél antisiphilitikus cura daczára savós hurut lépett fel facialis-hüedéssel, s később teljes sükettség fejlődött ki.

#### b) A középfül heveny lobja.

29. *Gradenigo* (Magán levél). O. M., 28 éves, nő. Baloldalt fájdalom, dobhártya vöröses, nincs perforálva, az arczfélben fájdalmas húzás; két nap mulva facialis-hüedés. Suttogó beszéd 1 m., két hét alatt csaknem teljes gyógyulás.

30. *Gruber*. Esetében a paracentesis után a lobos folyadékknak a dobüregből való eltávolítása után a facialis-hüedés gyorsan gyógyult, megszűnővén az idegre való nyomás.

31. *Lannois* (Annales des maladies de l'oreille 1894. 11. köt.). M., 23 éves k. a., egészséges, azelőtt sohasem volt fülbaja. 1890. június 26-dikán torokfájás, nagy fájdalmak a fülben, kisugározva az arczfélre és különösen a foghús felé. Julius 28-dikán jobboldali facialis-hüedés, 26-dikán mindkét oldalt feltűnő sükettség, különösen baloldalt; a fájdalmak a facialis-hüedés után mindjárt megszűntek; de a fülzúgás július 28-dikán lépett csak fel. Augusztus 12-dikén fülfolyás jobboldalt, 14-dikén baloldalt is. Öt héttel a fellépés után a facialis-hüedés változatlan. Mindkét oldalt perforatio van jelen, sehol sincs kimutatható caries. Két hét után a fülbántalom javultával a facialis is javult, de beteget többé nem látta. Az angina a kiirtón át a dobüregbe hatott, hol aent gyuladást okozott.

32. *Lannois* (Annales d. m. de l'oreille 1894.). I., 19 éves, sem tuberculosis, sem syphillis nincs jelen. A jobb fül mellett egy puskaövés óta a hallás gyengült. Május 14-dikén nagy orrhurut, különösen jobboldalt; május 20-dikán csaknem meggyógyult, a midőn jobb mandulájában fájdalmak léptek fel, szintúgy a jobb fülben, melyek a csecsnyujtványra kisugározta; jobboldalt csekély hallászavarral. 21-dikén facialis-hüedés, az angina, orrhurut, fülfájdalom megszűnt. Garat vörös, mandula dagadt, dobhártya behúzódott, kalapács markolat belövelt. Hallás: óra = 3 cm., catheter után 5 cm. Julius 21-dikén meggyógyult; hasonlóképp a facialis-hüedés is.

33. *Schwartz* (Lehrbuch d. Ohrenheilk.). Baloldalt néhány nap óta fülfájás. Hat nap után facialis-hüedés, fülzúgás, szédülés, fülfolyás nem volt. A csecsesont dagadt, nyomásra érzékeny. Fülbántalom javult, facialis-hüedés gyógyult.

34. *Wall* (Schwartz. Handbuch der Ohrenheilk.). 10 éves leány arczán a középfül gyuladása második napján clonikus rángások mutatkoztak. Egy év mulva ugyanezen tünetek a másik oldalon és facialis-hüedés fellépett is. A dobhártyán vérömleny. Perforatio nincs.

35. *Wilde* (Lehrbuch). 14 év előtt typhus, azóta baloldalt fülfolyás. Jobboldalt normalis volt, egyszerre ezen oldalon is rosszul hallás, fej- és arczfájás lépett fel facialis-hüedéssel. A gyuladás és a facialis-hüedés rövid idő alatt gyógyult.

#### c) A dobüreg heveny genyes lobja.

36. *Bürkner* (Arch. f. Ohr. XIX.). Nyolcz nappal a kórházba való felvétel előtt a bal fül genyedni kezdett, három nap óta facialis-hüedés. Egy hó után igen erősen folyt a fül és a hüedés visszafejlődött, mint-hogy a granulatiók eltávolítása után a geny szabadon folyhatott le. Egy hónap után ismét megszűnt a folyás és ismét facialis-bénulás lépett fel. Egy hó után otitis media acuta folytán beállott meningitisben meghalt.

37. *Hoffmann* (A. f. O. IV.). 37 éves férfi, 14 nap előtt typhus miatt a kórházba lett felvéve. A jobb fül folyani kezdett, két hét mulva facialis-bénulás lépett fel; 3 nap mulva bekövetkezett a halál.

38. *Hessler* (A. f. O. XXII.). Otitis media suppurativa acuta dextra. Paracentesis daczára facialis-hüedés, rázó hideg, gyors hőemelkedés. A csecsesont felvése. Egy hét mulva sinusphlebitis folytán halál. A facialis-bénulás szerinte nem a genynek a dobüregben való visszatartása, hanem a vena stylo-mastoideában való pangása miatt következett be.

39. *Hessler* (A. f. O. XXVII.). 9 éves leány vörheny-diphtheritisben megbetegedett. Négy nap mulva a bal fülben fájdalom lépett fel, az 5-dik napon fülfolyás, a 7-diken facialis-hüedés baloldalt; a jobb fülben is volt fülfolyás. Hat hét után a bal fül mögött heves fájdalmak léptek fel, mire a csecsnyujtványt felvéste. Fél év mulva csakis activ mozgások mellett vehető a facialis-hüedés észre.

40. *Lannois* (Ann. d. mal.). C. 29 éves férfínál orrhurut, torokfájás, láz lépett fel, 8 nap mulva csaknem egészséges volt, de 3 nap után fájdalom a jobb fülben és arczfélben, a hallás csökkent, ismét 5 nap mulva fülfolyás vérrel keverve, facialis-hüedés; azóta nagyot hall, a fülfolyás rövidesen megszűnt, két hét után ismét rövid ideig tartó fülfolyás, a fülfájás enyhült és azóta javult a facialis-hüedés is. Két hét után csaknem meggyógyult a hüedés; állandó fülzúgás, kalapács belövelt, hátul felül heg a dobhártyán, a hallás minimalis.

41. *Lane* (A. f. O. XXXIII.). Három éves gyermeknek öt hét előtt diphtheritise volt, három hét előtt erős fülfolyás lépett fel baloldalt, ugyanez oldali facialis-bénulással. Az antrum megnyitása után pyaemia és sinus thrombosis következett be, mik jól folytak le és a gyermek teljesen meggyógyult.

42. *Moure* (A. f. O. XX.). 6½ éves leány hirtelen fülfájást kapott, másnap fülfolyás és facialis-hüedés. Külhalljárt dagadt, dobhártya megvastagodott, vöröses, alól perforatio. Facialis-hüedés galvanisatióra néhány hét alatt gyógyult.

43. *Moos* és *Steinbrügge* (A. f. O. XXI.). 29 éves beteg otitis media acuta purulentában szenved. Teljes sükettség és facialis-hüedés. Négy hó után a fülből való iteres vérzés folytán halál.

44. *Pollak* (Wiener medizinischer Klub 1894. okt. 31.). 14 éves fiú fülfolyásban szenved. Csecsnyujtvány dagadt, vörös, nyomásra fájdalmas; minthogy nagy antiphlogosis a lobot nem tudta visszafejlődésre bírni, felvéste a csecsnyujtványt, a corticalis már át volt likvidva, az egész csecsnyujtvány fel volt puhulva. Az antrum szabaddá tétele után éles kanállal minden lágy rész eltávolított és a sebet bekötözte. Ugyanez nap estén beteg lázas lett, nagy fejfájás és hányás. Másnap a kötés-változtatásnál nem volt genypanzás, mégis a láz, fejfájás és fájdalom tovább tartott, étvágy csekély, így maradt az állapot egy héttig, a mint a beteg hirtelen comatosus lett, féloldali hüedés, Cheyne-Stokes-légzés, pupilla merevség, baloldali facialis-hüedés. Diagnos. jobboldali agytályog, de a környezet nem engedte beteget mindjárt operálni. 24 óra mulva beteg hirtelen felült, enni kért, fejfájása megszűnt és sokkal jobban érezte magát. A hüedés visszafejlődött, a szobában erős szag és a kötés bűzös genyvel átázott. Az antrum mastoideumon a készített nyílás mellett egy nyílás volt, melyen a geny magának kifelé utat tört. A beteg teljesen meggyógyult. Érdekes, hogy beteg mindazt elfelejtette, mi a múltét napjától a tályog áttöréséig történt.

45. *Tombee* (Lehrbuch 237. o.). Jobboldalt hirtelen fülfájás lépett fel, majd fülfolyás és facialis-hüedés. Négy hó mulva javult a fülbaj és a facialis-bénulás teljesen meggyógyult.

46. *Tomka*. R. P. kisasszony, 16 éves, hirtelen fülfájást kapott baloldalt, mi erős nátha előzött meg. A következő nap észrevette, hogy a bal arczfél kissé félre van húzva, másnap folyt a füle, mire a fájdalmak megszűntek, a hallás jelentékenyen csökkent. Három hét mulva a hallás javult, a fülfolyás megszűnt és a facialis-hüedés meggyógyult.

47. *Schwartz*. Jobboldalt fülfolyás, a dobhártya alsó felében perforatio. 14 nap mulva jobboldalt facialis-hüedés lépett fel, mely három nap mulva magától megszűnt.

#### d) Idült dobüreggenyedések.

48. *Böke* (A. f. O. XXVI.). Több elhanyagolt idült bűzös fülfolyásos esetet ír le, melyek arczideghüedéssel voltak complicálva.

49. *Bacon* (A. f. O. XXII.). Sok idő óta fülfolyás, sarjadzással, melynek eltávolítása után később facialis-hüedés lépett fel, mi nemsokára javult.

50. *Bernhardt* (Berl. klinische Wochenschrift). Otitis media suppurativa dextra ugyanazon oldali facialis-hüedéssel; három év mulva szülés után ugyanezen oldalon facialis-hüedés lépett fel.

51. *Fränkel* (A. f. O. XV.). 28 éves nőbeteg több év óta idült jobboldali genyes középfüllobban szenved, később nyomás folytán facialis-bénulás is fellépett.

52. *Frank* (A. f. O. XIX.). Vörheny után mindkét oldalt fülfolyás lépett fel, mi nem kezeltetett. Néhány év után baloldali labyrinth affectio lépett fel teljes süketéssel és facialis-bénulással, a mi azonban megfelelő kezelésre meggyógyult.

53. *Haug* (A. f. O. XXXVII.). Otitis media suppur. chron. d.; a jobboldali külső halljárt exostosisa, a csecsnyujtvány hyperostosisa, meningealis tünetek, a jobboldali facialis-hüedése. E. A., 17 éves kisasszonynál 4 éves kora óta folytonos fülfolyás jobboldalt scarlatina után. 10 éves korában a csecsesont dagadt volt, s magától áttört. Fájdalmaj voltak ekkor a jobb csecsesonton és fejében, suttogás = 0, Weber jobbra, Rinne negativ. Külhalljárt szűkült az exostosis miatt. Csecsesont érzékeny, 10 nap mulva trepanatio, mindjárt a múltét után facialis-hüedés, mi 11 nap alatt gyógyult és a meningealis tünetek is megszűntek, valamint a fejfájás. Egy és fél év után ugyanazon jó eredmény.



54. *Haug* (A. f. O. XXXVII.). Otitis media chron. suppur. Perforatio m. Shrapneli, cholesteatom, a csecsecsont hyperostosis, az antrumban geny retentio, a tegmen tympani áttörése, a sziklaesontban többszörös csonttályogok, meningitis peracuta, paresis n. facialis. A 39 éves betegnek gyermekkorában jobboldalt fülfolyása volt. 4 év óta nincs fülfolyása. 1893. szeptember 2-dikán hirtelen fülfájás, rázóhideg. Szeptember 3-dikán facialis hűdés, meningealis tünetek, csecsecsont nem dagadt, nincs fülfolyás, hallójárat szűkült. Rövid időre halál.

55. *Haug* (A. f. O. XXXVIII.). Otitis media chron. purulenta dextra; jobboldalt perforatiója a Shrapnel-hártyának; baloldalt a dobhártya perforatiója, mindkét csecsecsont hyperostosis, jobboldalt cholesteatom. Beteg 22 éves, 6 éves korában vörheny és mindkét oldali fülfolyás, 8 év óta fejfájás. Jobboldalt csekély bűzös folyadék, dobhártya homályos, Shrapnel-hártya hiányzik és onnan bűzös váladék, cholesteatom. Baloldalt sok bűzös geny, hátul perforatio sarjadzással. Csecsecsont nem érzékeny. Trepanatio. Az első napokban fellépett facialis hűdés visszafejlődött, fejfájás megszűnt.

56. *Gorham Bacon* (A. f. O. XXII.). Mindkét oldali idült fülfolyás mellett baloldalt facialis hűdés, a mi kezelésre később jelentékenyen javult.

57. *Gellé* (Annales d. mal.). Fülfolyásban szenvedő nőnek három gyermeke van, terhes állapotban heves fájdalmak léptek fel a fülben, az előző terhességek alatt is mindig megújult a fülfolyás; három hó óta a facialis hűdés változatlanul fennáll.

58. *Hatschek* (Jahrbüch. f. Psychiatrie u. Nervenh. XIII.). Gyermekekora óta fülfolyásban szenved. Egy év előtt a fülpanaszok nagybodtával egyidejűleg facialis hűdés lépett fel, mely több napig tartott. Fél év óta ismét teljes facialis hűdés van jelen.

59. *Lannois* (Annal. d. m. d. l'or.). Azelőtt véres fülfolyás, ágyú-lövési kísérletek által a hallás csökkent, nagy fájdalmak a fülben és csecsnnyitványban, mindkét oldalt dobhártya homályos, hallás csökkent, 8 nap előtt fülfolyás és facialis hűdés, azóta a fájdalmak csökkentek; csecsnnyitvány dagadt, vöröses; trepanatio, azóta hallás még rosszabb, facialis hűdés javult.

60. *Rothholz* (A. f. O. XXII.). Idült genyes középfüllob mellett halál, agyacstályog. A geny tova vezetése szerinte a n. facialis mentén történt.

61. *Schubert* (A. f. O. XXX.). Idült középfülgyenedés tartama alatt rövid ideig facialis hűdés volt jelen.

62. *Schwartz* (A. f. O. XI.). Idült fülfolyásnak acut exacerbatiója alkalmával kis fokú facialis hűdés lépett fel, mely a csecsnnyitvány megnyitása után megszűnt.

63. *Schwartz* (A. f. O. I.). Kanyaró után 43 év óta fülfolyás áll fenn polypussal. Hirtelen heveny tünetek léptek fel, mire 3 hét után bekövetkezett a halál. 14 nappal a halál előtt facialis hűdés. A kis agyacsban tályog volt és hydrocephalus internus és a Fallop-csatorna caries.

64. *Schwartz* (A. f. O. XVII.). Három hétre a fülfolyás után facialis hűdés lépett fel, később polypus is.

65. *Scheibe* (Magánlevél.). Idült fülfolyás mellett facialis hűdés lépett fel a labyrinth necrosis összes tüneteivel, de később ismét hallotta beteg az á-t és a-t. A felső hátsó hallójáratfalat elvéste, Thiersch-féle transplantatio, széles retroauricularis nyílást készített és szerinte talán ez által lett a necrosis bekövetkezése megakadályozva. Beteg még kezelés alatt áll.

66. *Tröltch* (A. f. O. XX.). 2 $\frac{3}{4}$  éves fiúnak idült fülfolyása volt facialis paralisissal. Halál genyes meningitis folytán. A geny tova vezetése a közép fülből a Fallop-csatornán és belső hallójáraton át történt.

(Folytatása következik.)

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXI. rendes ülés, 1896. november 14-dikén.)

(Folytatás.)

#### Möller-féle glossitis superficialis.

**Polyák Lajos.** (Lapunk más helyén közöljük.)

*Árkövy József.* Előadó egy-két olyan esetet sorol fel, mint Möller-féle glossitis superficialis, melyek feltűnően hasonlóak szólnak oly esetekhez, melyekről mint gingivitis nudata-ról az Orvosi Hetilapban két évvel ezelőtt beszámolt, s a mely *gingivitis nudata* a légyszájpad és az interdentalis papillák leforrázásának az eredménye, a nyálkahártya epidermalis rétege elpusztult, a stratum Malpighi tapadás, fényét veszített; ehhez hasonló esetet látott nem régebben is, a hol a nyelv szélén is túlterjedő, a lingua geographica alakját utánzó rajzolat volt látható épen úgy, mint a gingivitis nudatánál, a beteg jól érezte magát, csak azt hitte, hogy fogai okozzák a nyelv ezen baját s csak szülő kérdésködéseire emlékezett vissza, hogy nem sokkal az előtt theával tényleg leforrázta nyelvét.

Szólok az eléje kerülő gingivitis- és glossitis nudata eseteket nem hozta causalis nexusba a különböző táplálkozási zavarokkal, hanem accidentalisnak tartotta azokat, melyek, hogy oly sokáig fennállanak, szülő annak tulajdonítja, hogy a nyelvet nem lehet kimélni; a terapiát illetően nem adstringenseket alkalmaz szülő, hanem bevonó szereket: salepet, sago-levest, melyek a nyelvet, légyszájpadot — a hol a hám-

réteg hiányzik — befedik és így nyugalmat szereznek; a glycerines cocainál is inkább a glycerinnek tulajdonít jó hatást.

*Török Lajos.* A *Polyák* által említett esetek egyikét szülő észlelte és arra *Árkövy* tanár magyarázata nem vonatkozhatik; a baj azon esetben 1 $\frac{1}{2}$ —2 évig tartott, időnként recidivált; meg is kérdezte szülő a beteget, hogy nem e valami külső inger okozta, e tekintetben azonban negatív eredményre jutott; megtiltotta szülő a betegnek a fűszeres, hideg és meleg ételek élvezését, a bántalom azonban változatlanul fennállott; a therapia langyos bőrmosogatás és valamely zsiradék alkalmazásából állott; szülő esete tényleg Möller-féle glossitis volt, glossitis nudata felvételére nem volt alkalma.

*Polyák Lajos.* Az esetek anamnesisénél az *Árkövy* által említett körülményekre tekintettel volt, s a negatív leletet csak az idő rövidsége miatt nem említette fel. A gingivitis nudata és Möller-féle betegség között hasonlóság már csak azért sincs, mert a Möller-foltok egészen élesek és nem a hám-réteg válik le, hanem csak a száru-réteg; ezen esetek a kezelésre rosszabbodtak, míg a leforrázásnál, ha csak nem irritatív a kezelés, javulás szokott beállni, de meg pl. a hőség beállása-kor mindig rosszabbodott.

A mi a glycerin cocain hatását illeti, itt csak a cocain hathat, mert a glycerin vizet von magához és egy pillanat alatt elmosódik.

(XXII. rendes ülés, 1896. november 21-dikén.)

Elnök: **Kétyi Károly**; jegyző: **Temesváry Rezső**.

Az **O'Dwyer-féle intubációs eszköz mesterséges légzés végzésére.**

**Loewy Leo.** (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

*Ferebelyi László.* A kis gyermek, a kinél a nyelvből a cystát kiirtotta, múlt év áprilisében ambuláner jött a kórházba; a gyermek egy rendelő intézetben ismételt pungálás által annyira meg volt félemlítve, hogy a műtét végrehajtása narcosis nélkül ki volt zárva; másrészt elképzelhető a veszély, melyet a cysta tartalmának és a vérenek aspirálása előidézhett volna; ezért határozta el szülő a narcotizálást, a mi nehéz volt, mert a narcosis alatt a fejet azon oldalra fordítva kellett tartani, a hol a körülbelül mogorónyi daganat volt, melyet retentiós nyákcystának tartott, de a mely elfolyósodott atheroma tömlőnek bizonyult, a mi azon a helyen oly ritkán fordul elő, hogy Virchow gyűjtő munkájában is csak épen, hogy említés azon róla tétel. Az operatio után a beteg többé nem jelentkezett; de f. év október 26-dikán újból jelentkezett egy jó nagy daganattal, mely már a nyelv hegyéig nyomult előre. A beteget ekkor felvette szülő az osztályra, mert itt felhasítás és edzéssel nem lehetett végezni; narcosist kellett végezni, a mi a kifolyó cysta-bennék és vér miatt veszélyessé válhatott volna, elhatározta tehát szülő, hogy függő fejjel fog operálni, a mi nagy nehézségekbe ütközik; ekkor proponálta *Bókay* ezen O'Dwyer intubációt, melyet ő végzett, mialatt szülő a tömlőt teljesen kiirtotta, azután egy pár varrat-al egyesítette a sebet; a gyógyulás egészen sima volt. Ha tekintetbe vesszük, hogy a szájrőben és a garat környékén a narcosisal végzett operatiót egy előzetes operatióval, tracheotomiával vezetjük be, ha tekintetbe vesszük, hogy a narcosis első stadiumát a garat- és nyelv-izmok hűdése, asphyxia zavarja; ha tekintetbe vesszük, hogy a betegnél rendszeren a chloroform lenyelése által hányingerek jelentkeznek: mindezek után, ha ezen műszer az után is úgy be fog válni, mint a hogy bevált ez egyszer, alig hihető, hogy lesz sebészeti instrumentarium, melyből műszer hiányozni fog.

Antitoxinnal gyógyított tetanus esete.

**Fauser Árpád.** R. Gergely, 53 éves, loápoló f. évi október hó elején szálkával sebezte meg jobb hüvelykujját. Utána panaritium, mely 10 nap alatt gyógyul. 12 nap múlva hasában és combjának felső részén göresök. Október 14-dikén az irgalmas kórház belső betegosztályára véteti fel magát. Vizsgáláskor öntudata zavartalan. Hasában és alsó végtagjaiban székelő fájdalmakról panaszkodik. Hasa deszkakemény, alsó végtagjai merevek. Érintésre, de még rálehelésre is a göresök fokozódnak. Ezen rohamok 20—30 percenkint spontán ismétlődnek s néha  $\frac{1}{2}$  perczig is tartanak. Feltűnő, hogy felső végtagjaiban nincsenek göresök, úgyszintén a rágó és lélegzési izmokban sem. Csak beszéd közben lehet észre venni, hogy a 10—12-dik szónál a masseteker valamivel feszesebbek lesznek és a beszéd kissé akadozóvá válik. Beteg könnyen lélegzik, nyelése szabad, étvágya jó. Széke napok óta nem volt. Vizelet kiürítés nincs akadályozva. Hőmérsék 38 $^{\circ}$ .

A beteget tünetileg kezeltük, de állapota folyton rosszabbodott s azért elhatároztuk, hogy antitoxin befeckendéseket kísértünk meg. A serumot *Preis* tanár a legnagyobb készséggel bocsátotta rendelkezésünkre. Október 19-dikén d. u. 5 órakor kapta az első befeckendést a has bőre alá. 21-dikén d. e. 20 cm $^3$  ugyanoda. 23-dikén d. e. 20 cm $^3$ -t a jobb czomb bőre alá. A harmadik injectio után naponkint párszor van 1—2 másodperczig tartó rohama. Október 27-dikén d. e. 20 cm $^3$  a has bőre alá. Ezt követő éjjel van utoljára rohama. Izmai napról napra engednek merevségükből, pettyhűdtebbekké lesznek. Beteg mindjobban képes mozogni, november 13-dikán már bot nélkül jár. Injectio után helybeli reactio nem volt. A serumot nem masszáltam el. A beszései helyet tapasztalva ragasztottam le. A befeckendéseken kívül semmiféle gyógyszert nem kapott, csak állandó makacs székrekedése ellen adtunk ricinus-olajat és beöntéseket.

Minden befeckendés után beteg közérzete tetemesen javult, a rohamok ritkábbakká lettek s rövidebb ideig tartottak.

Az eset több szempontból érdekes, mert a dermedés nem a sebzés és az infectio kapujának közelében lépett fel, hanem a testnek attól távol fekvő részében. Továbbá minden tetanus első és legállandóbb,



sőt sokszor egyetlen tünete, a trismus, itt csak jelezve volt, még pedig igen rövid ideig. A lélegzés és nyelés egészen szabad; a beteg étvágya kitünő volt, s tápláltsága nem csökkent. Ezen rendesen vészthozó tünetek hiányában kerestem már a betegség lefolyása közben is a garancziákat, hogy a beteg fel fog gyógyulni. De azt hiszem nem tévedek, ha az antitoxinnak is kedvező hatást tulajdonítok, mert a beteg a befeccskendések után szemmel láthatólag jobban érezte magát, a rohamok mind ritkábbak lettek és rövidebb ideig, utóbb már egy másodperczig sem tartottak, míg csakhamar egészen meg is szüntek. Arra a kérdésre, hogy a gyógyulás az antitoxinnak tulajdonítható-e? állatkísérletek adják meg a választ. Az egyetemi II. számú belklinikában diphtheriával végeztek kísérleteket.  $\frac{1}{100000}$ -ed rész antitoxin képes volt a nyolcz órával később halálos diphtheria kulturával beoltott tengeri malacot megmenteni. Ha a kétféle oltás egyszerre történt akár 400-szor nagyobb antitoxin dosissal, az állat valamivel tovább élt, de 36 óra múlva mégis elhullott. Az embernél a viszonyok természetesen mások, mert infectiónál nem szerzik be mindjárt a halálos dosist, hanem valamivel kevesebbet, mely csak bizonyos idő leteltével sokszorozódik a szervezetben halálos fertőzéssé. Ha ezen időpont előtt sikerül a gyógyító antitoxin befeccskendést eszközölni, a beteg megmenthető, még pedig minél hamarabb alkalmazzuk azt, annál könnyebben. Ezekből látható, hogy gyógyító antitoxin oltásokról nem lehet beszélni, csak védőkről.

*Csapodi István.* Kis György, volt délvidéki elhunyt szemorvos emlékének tartozik azzal, hogy felemlítse, hogy Kiss közölt vele annak idején egy szemszerűlőből kifolyólag fellépő tetanus esetet, mely úgy támadt, hogy az illető szíjostoráról leszakadt gomb a szemtekei kötőhártyába csapódott; az eset a gombnak a szemből eltávolítására gyógyulással végződött.

*Réczey Imre.* A bemutatott és szép eredményt mutató esettel kapcsolatban szóló egy másik esetről tesz említést.

Egy állatorvosakadémiai növendék, a kinek tenarját november 10-dikén egy majom megharapta, azon a napon egy tetaniában elhullott ló hulláját boncolta. Az infectiót rendkívül gyorsan követte a tetanus kifejlődése; a beteg szőlónál másnap, szerdán jelentkezett az ambulantián, a mikor sebét jól feltárva, mélyen és erősen kiégették (kali causticum). Még az nap délután nagyfokú nyugtalanság és tagfájdalmak jelentkeztek és kétszer 24 óra múlva az infectio után november 12-dikén esütörtökön délután léptek fel az egész test összes izomzatára vonatkozó klonikus göresök trismus nélkül; göresök első napon majdnem állandóan voltak s másnap délelőtt alább hagyva rendszeren  $\frac{1}{2}$  órai időközökben ismétlődve 60–90 másodperczig tartottak; a beteg részint, mert trismus nem fejlődött, részint, mert az összes kiválasztások rendesek voltak, pénteken délben, pénteken este és szombaton délben 1–1 cgm.-os pilocarpin-injectiót kapott, melyek mindegyike után 2 órán keresztül a göresök teljesen szüneteltek; azonban mivel mint a pilocarpin mellékhatása erős hányingerek jelentkeztek, a pilocarpin adagolását abba hagyták; míg időközben, a pilocarpin okozta szünet után a göresök bár nem lettek tartósabbak, de nagyobb izomesoporra kiterjedtek: szombaton éjjel légző-izomgöresök léptek fel, úgy hogy az  $1\frac{1}{2}$ –2 perczig tartó légzési szüneten mesterséges légzéssel kellett átsegíteni a beteget.

Ekkor kísérlette meg szóló a *Hutyra* szívességéből nyert antitoxint, melyet vasárnap délutántól szerda reggelig 10 injectióban először 1, majd 2 és a többit 3 cm<sup>3</sup>-es dosisban naponta háromszor, illetve kedden már csak kétszer használt.

Az első injectióra a hatás nem volt nagy, a rohamok ép úgy ismétlődtek és szüneteltek mint az előtt, a hétfői injectio után a beteg d. n. 4 órától éjjelig, majd az akkor fellépő egy pár roham után kedden hajnalig aludt, kedden az injectiókat ismételték, mire a rohamok megszüntek, s most már a 4-dik napja, hogy a betegnél a tetanusnak semmi tünete nem mutatkozik.

Hogy tetanus volt jelen, nem csak a göresök jelentkezéséből állapította meg szóló consiliariusokkal, de e mellett szóltak az excessiv magas hőfokok: vasárnap éjjeltől kedd éjjelig 42,8, az utolsó roham idején 43°, szerdán d. e. 41,6 és azóta folytonosan süllyedt s mint minimumra 35,2°-ra szállt le. Azóta teljesen normalis a temperaturája.

*Hutyra Ferencz.* Szóló véleménye szerint nem is annyira bakteriumos fertőzés, hanem inkább talán intoxicatio történt, mert a lovak tetanusa eltér az emberek tetanusától: t. i. tekintettel arra, hogy a lovak bélsara sokszor tartalmaz tetanus bacillust — lovakkal foglalkozók-nál aránylag gyakoribb a tetanus — nem lehetetlen, hogy egyik másik esetben, mikor sérülést kimutatni egyáltalán nem lehet, a bélben a bacillusok elszaporodnak, sok toxint termelnek, a melyek azután felszívódnak a testbe; ezen alapszik *Nocard* azon ajánlata, hogy mikor tetanusnál sérülés ki nem mutatható, belsőleg terpenin adandó; szóló maga is tett ezzel kísérletet, t. i. 4–500 gm.-nyi terpeninnel pro die gyógyulást ért el, a mi a mellett látszik szóló, hogy a bakteriumok a bélben megöletnek.

A *Réczey* esetében azonban a lónál rugás okozta czombszerűlés után a 8-dik napon rendkívül vehemens jelentkezték a tetanus tünetei, már az első napon trismus és kétszer 24 óra múlva halál; ezt a lovat boncolta az illető hallgató, a ki huzamosabb ideig érintkezett a bélsárral, béllal, hashártyával, nem lehetetlen tehát, hogy talán a toxinokból szívódott fel sebében keresztül; minden esetre szokatlan, hogy a fertőzés utáni napon már megjelenjenek, még pedig fordított sorrendben a tünetek és kétszer 24 óra múlva a tetanus már kifejlődött rendkívül magas lázzal, szopora és súlyos göresökkel, s a kórkép később engedett súlyosságából; rendszeren lassanként fejlődnek s lassan engednek a tünetek.

*Bókay János.* Tetanus toxint két esetben alkalmazott; az egyik mult év decemberében fordult elő, s arról a közközházi orvostársulatban számolt be részletesebben: az 5 éves gyermek kezét sértette meg s a fellépett trismus-tetanus ellen szóló 6 nap alatt 80 cm<sup>3</sup> antitoxint feccskendezett be; a gyermek meggyógyult;

a másik eset most van kezelése alatt: a 4 hetes csecsemőnél az infectio a köldökön történt, csak trismusa van; szóló a hőhsti gyár porszerű serumát, melyből 5 gm. megfelel 45 cm<sup>3</sup> sterilizált serumnak, feccskendezte a gyermek bőre alá, az esetet szerda óta észleli szóló, a beteg jól türi a serumot, a tünetek enyhültek.

*Preusz Hugó.* Az állatkísérletekből az tűnik ki, hogy az antitoxin a tetanust nem gyógyítja, bár elhárítja a halált; ugyanis, ha az antitoxint a fertőző anyagokkal együtt adjuk a kísérleti állatnak, a tünetek mégis kifejlődnek. A gyakorlatban elért látszólagos fényes eredményt skepsissel kell fogadnunk, ezt bizonyítják a diphtheritisnél tett tapasztalatok; a diphtheritis — mint a tetanus — szintén idegméreg, s a diphtheritis-antitoxin sem gátolja meg a hűdéseket; megtörténik ugyan, hogy a biztos haláltól megmenti a beteget, de a kifejlődő súlyos hűdéseket megakadályozni nem képes.

*Jendrassik Ernő.* Tény, hogy az utólagos oltások nem hatnak úgy, mint a praeventivok, azonban nem szabad feledni, hogy a laboratoriumokban a kísérleti állatoknak — melyek nem is immunisak — csak a halálos dosist adják, míg az emberben, a kinél az immunitás is közbejárt, a cultura csak lassan fejlődik és eltart napokig, míg virulens lesz; határozottan kívánna szóló, hogy mikor gyanus mérgezés történt, rögtön alkalmaztassanak a tetanus oltások, mert ekkor várhatunk tőle nagyobb eredményt.

*Hutyra Ferencz.* A praeventiv oltásokra vannak tapasztalatok: Franciaországban a lovak herélése alkalmával rendkívül gyakran tapasztaltak tetanust, s mióta *Nocard* ajánlata a gyakorlatban közeletűvé lett, a tetanus majdnem ismeretlen.

*Kélli Károly.* Kérde bemutatót, vajjon az antitoxin alkalmazása mellett észlelt-e fehérlést a vizeletben, mert említés van téve, hogy serum alkalmazására a vizeletben fehérlés és az izületekben fájdalom lép fel?

*Bókay János.* A mult évben észlelt esetében, mikor 6 nap alatt 80 cm<sup>3</sup> serumot feccskendezett be, rövid ideig volt fehérlés a vizeletben, urticaria nem lépett fel, a mostani esetében még nem volt alkalma a vizeletet megvizsgálni.

*Korányi Sándor.* Egy súlyos, de antitoxinra gyógyult tetanus esete volt, melyet annak idején bemutatott, s a melynél sérülést kimutatni nem lehetett; a beteg 7–8 nap alatt 120 cm<sup>3</sup> serumot kapott, az illetőnél rheumatoid fájdalmak léptek fel az izületekben, erythema, úgy hogy két hétig 39,5–38,5° lázai voltak s kis fokú, de 8–10 napig tartó albuminuriája volt.

*Fausser Árpád.* Több ízben vizsgálta a vizeletet, de abban albumin nem volt, rheumás fájdalmakról sem panaszkodott a beteg, a kinél csak egy momentum domborodott ki s ez euphóriája volt.

**A Baccelli-féle eljárás máj-echinococcusnál. — Az intubatio mint a légszomszást támogató eljárás.**

*Bókay János.* (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)  
*Taub Sámuel.* 1892-ben egy hét hónapos gyermeket hitetlen felépített asphyxia miatt intubáltak, a tubus már két hétig benn volt s a gyermek még aztán sem tudott tubus nélkül lélegzeni; ezért a tubus bennhagyásával végezték nála a tracheotomiát, mely után rövid obturáló canul segítségével sikerült csak lassan hozzászoktatni a gyermeket a rendes léghézéshez.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Budapest székes főváros statisztikai évkönyve.** Szerkeszti *Thirring Gusztáv* dr. aligazgató. I. évfolyam. 1894. Kiadja a Budapest székes fővárosi statisztikai hivatal 1896.

Előttünk fekszik a székes fővárosi statisztikai hivatal milleniumi kiadványa, mely Budapest összes életnyilvánulásainak képét számokban kifejezve tárja elénk. Az adatok főleg az 1894. évre vonatkoznak, azonban sok dologra nézve egészen 1874-ig terjednek vissza. Örömmel üdvözljük a munkát, a mely fővárosunk pezsgő életének érdekes és értékes adatait összegyűjtve, az ezekből levonható tanulságok megismerésére alkalmat nyújt, s a mely az általt, hogy két nyelvű (magyar-német), a külfölddel is megismertetheti Budapest haladását.

Mint az intézet igazgatójának, *Körösi Józsefnek* a könyvhöz írt előszavából olvassuk, e nagy munka megszületése a székes főváros törvényhatósági bizottságának köszönhető, melynek 1894. június 20-diki közgyűlésén Fenyvessy Adolf biz. tag indítványozta ilyenmü munka kiadását. Az indítvány elfogadtatván, a hivatalban az adatok feldolgozásához szükségessé vált a személyzet szaporítása is.



Az évkönyvben kellően csoportosítva találjuk a székes főváros összes életnyilvánulásaira vonatkozó számadatok óriási halmazát. Bennünket azonban különösen a székes főváros egészségügyi viszonyaira vonatkozó adatok érdekelvén, vessünk ezekre egy pillantást.

Már a könyv első fejezetében is érdekes dolgokat olvashatunk fővárosunk *meteorológiai* és *talajviszonyairól*. Még érdekesebbek azonban a *lakosság szaporodására*, a *születésekre* és *halálozásokra* vonatkozó adatok. Ezekből megtudjuk, hogy a lakosság szaporodása 1894-ben meghaladta az előbbi éveket: 1000 lakosra a szaporodás 12·5, míg 1893-ban csak 10·0, 1878-ban semmi, 1886-ban pedig a cholerajárvány következtében — 2·5. A népesség legerősebben szaporodott a VII., III., VI., II. és VIII. kerületben, legkevésbé a IV.-ben. Érdekes a lakosság szaporodásának összehasonlítása más nagy városok népességének szaporodásával: ebből kitűnik, hogy az 1881—1891-diki évekre Budapest lakosságának szaporodása 31·3% és csak 4 város mulja felül (Róma 37·5, München 34·8, Berlin 34·4 és Hamburg 32·9% növekedéssel bir lakói számát illetően). Budapesten 1894-ben 1000 lakosra 36·9 élve született egyén esett (a legtöbb 1876-ban: 45·3). Szomorúan illusztrálja azonban a statistika a fővárosnak nagy halálozási számait, ámbar a javulás az utóbbi időben tagadhatatlan. 1874-ben 43·4‰ volt a halálozás, 1894-ben 24·4‰. Igaz, hogy Bukarest (30·5‰) és Triest (29·4‰) e tekintetben még rosszabbul állanak, de Európa egyéb nagyobb városai sokkal jobb halálozási arányszámmal dicsekedhetnek (Bécsé 23·7, Párisé 22·4, Amsterdamé 21·0, Londoné 20·2, Berliné 20·1, ezer lakosra). Mint mindenütt, úgy Budapesten is legtöbben halnak el életük első évében. Elég nagy volt 1894-ben az erőszakos halállal kimultak száma is: 573, kiknek körülbelül  $\frac{2}{3}$ -a férfi.

A *fertőző betegségek* okozta halálozás is elég magas számokat mutat. 10,000 lakosra 1894-ben 23 a fertőző beteg-halandóság, a mi nagy javulás 1874-hez képest, midőn 76 és 1886-hoz (a choleraévéhez) képest, a mikor 91 volt ezen arányszám. Összehasonlítva a külföld nagy városaival s 1890-től 1894-ig közép-számot véve: 10,000 lakos közül fertőző betegségben elhalt Budapesten 28·6, Triestben 22·9, Londonban 21·9, Bécsben 18·3, Párisban 16·2, Berlinben 14·9, Brüsszelben 14·6, Varsóban pedig 35·5. Megjegyzendő, hogy a gümőkór — a mely joggal lett volna a fertőző betegségek közé sorolható — külön említi az évkönyv a „nem fertőző” betegségek között. Szomorúsággal tölti el keblünket, mikor a számsorokon végig nézve azt látjuk, hogy Budapesten évente majdnem 3000 ember lesz a gümőkór áldozatává (1894-ben 2236-an, 1886-ban 3052-en haltak el benne). Fertőző betegségek miatt 1894-ben 3371 lakás, 375,477 tárgy és 2180 ember fertőtlenítése hatóságilag rendeltetett el. Ugyanezen évben 13,230 sikeres himlőoltás végeztetett, bizonytalan eredményű volt 3652. A kórházak kimutatásaiból kitűnik, hogy az összes beteglétszám 66,701 volt, 2,163,485 ápolási nappal s a főváros területén 58 betegsegélyző-pénztár működött 147,629 taggal. Feltűnő nagy számot mutatnak a kórházba került kéjűk: 1154 közül 1117 (813 bordélyházi és 304 magános); nincs azonban megemlítve, hogy közülök hány szállítottott kórházba venerikus baj miatt? Ezt közegészségi szempontból szintén fontos lett volna kimutatni.

Rendkívül kimerítően tárgyalja az évkönyv a *lakásügy* statistikáját. Kitűnik belőle, hogy fővárosunk lakosságának 13·2%-a túlnépes lakásban lakik, különösen a X. (21·5%), VII. (15·9%), IX. (15·7%) és VIII. (15·1%) kerületben. 1894-ben a hatóság egészségi tekintetéből 1806 lakást kifogásolt, 871-et kiürittetett, 9017-nek tisztítását és fertőtlenítését elrendelte és 415-öt átalakított.

Egyéb *egészségrendőri intézkedésekről* is sok adatot találunk az évkönyvben. Igy 1894-ben a hatóság 62 kút vizének használatát volt kénytelen betiltani s 50 kutat kijavított; javításokat eszközöltetett továbbá 1135 árnyékszéken és pöczegödőrön, valamint 24 utcái és 352 házi csatornán, s eltiltotta 13 árnyékszékeknek és pöczegödőrnek használatát. Új épületekre vonatkozólag lakhatási engedélyt adott 668 esetben, ezt részben megtagadta 209 és egészen megtagadta 213 esetben. Érdekes, hogy a főváros iskoláiban 62 esetben találtak túlszűfolttságot, 11 esetben

tisztatlanságot, a szellőzés rossz volt 109 esetben s járvány miatt be kellett zárni 21 iskolát. Közhelyiségekben (gyár, műhely, vendéglő stb.) megejtett egészségrendőri szemlék alkalmával 46 esetben találtak túlszűfoltást, 122 esetben rossz szellőzést és 1314 esetben tisztatlanságot!

A székes főváros 1886-tól 1895-ig a következő *talajjavításokat* eszközölte: drainaget 7·5, lecsapolást 57·5 és öntözésre való berendezést 184 hektárnyi területen.

Végül Budapest *állategészségi viszonyaira* vonatkozólag (a melyekről szintén bőségesen találunk az évkönyvben adatokat) megemlítjük, hogy a fertőző állatbetegségek közül 1894-ben a takonykór 98 és a lépfene 4 lovat pusztított el; a szarvasmarhák közül lépfenében egy, tüdővészben pedig 41 hullott el. Említésre méltó az is, hogy a 487 borsóka miatt kiirtott sertés mind külföldi volt. A gyepmester 2827 kóbor kutyát pusztított el, de vészett eb az évkönyv szerint 1894-ben nem volt Budapesten (a mi a budapesti Pasteur-intézet adataival nem egyezik meg, mert az intézet 1894. nyarán néhány kétségtelenül vészett ebtől származó és Budapesten történt marás esetében nyújtott segílyt a megmárt egyéneknek).

Látni való, hogy a fővárosunk egészségügyi viszonyaira vonatkozó adatokat az évkönyvben bőségesen megtalálhatjuk, s ha ezekből az tűnik is ki, hogy Budapest nem épen mintája az egészséges városoknak, mégis az utolsó évek haladásai reményt ébresztenek bennünk egy jobb jövő iránt. Hiszszük, hogy az évkönyv következő évfolyama — mert gondoljuk, hogy ezentúl minden évben meg fog jelenni — még örvedetesebb eredményekről adhat számot.

Aujesky dr.

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Gyomorhajok gyógyítása nagy bismuth-adagokkal.**  
*Withauer* főleg oly makaes gyomorhajoknál ért el a kezeléssel jó eredményeket, melyeknél a tünetek a gyomorned hyperaciditására vagy régi gyomorfekély jelenlétére utaltak, úgyszintén friss gyomorfekélyeknél is. Eleinte 10—15 gramm bismuthum subnitricumot adott és ha ezt a betegek jól tűrték, a napi 20 gramm adagra tért át, mely mennyiség reggel éhomra vétetett be 200 kcm. vízben suspendálva. Utána körülbelül még egy órán át ágyban maradnak a betegek, vízszintesen fekvé felpolczott medencével, azután pedig felkelnek és járkálhatnak. Ha azonban vérhányás van jelen, 2 napon át jégtömlő teendő a gyomortájra, a betegek behűtött tejet kapnak kortyonként és csak a vérzés megszűnte utáni 3. napon bismuthot. A bismuth-kúra alatt a betegek tejet, öreg kenyeret, kétszersültet, sok vaját, rizs, dara és sago-levest kapnak, később reszelt nyers húst, nyers sonkát és csak lassan térnek át a rendes étrendre. A bismuth-kúra (20 gramm pro die) rendszeren 10 napig tart és utána a következő por rendeltetik: Rp. Codeini 0·75; Natrii bicarbonici 50·0. 3—5-ször naponként  $\frac{1}{2}$  lecsapott kávéskanálnyit egy kevés vízben  $\frac{1}{2}$  órával az étkezések után. Kellemetlen tünetek e kezelés mellett nem mutatkoztak, csak a székelést kellett csőrékkel elősegíteni. Végül még valami vaspraeparatum is rendelhető, például a Liquor ferri albuminati Drees. (Therap. Monatshefte, 1896. 10. sz.)

2. **Nausea** ellen *Ingraham* 2‰-os cocain-oldatnak szétporlasztását az orrüregben ajánlja. Terhesek csillapíthatlan hányásánál is megkísérélhető volna ez eljárás, melynek hatásmódját szerző a nervus olfactorius és a gyomor nyákhártya idegei között fennálló viszonyból magyarázza. Fontos, hogy a porlasztott folyadék az orrüreg legfelsőbb részeit, a hol a nervus olfactorius vég-elágazódásai vannak, elérje. Természetesen némely egyén túlérzékenysége a cocainnal szemben mindig szem előtt tartandó. (Wiener mediz. Presse, 1896. 43. sz.)

3. **Leukoplakia buccalis** ellen *Leistikow* következő pastát rendel, mely egy kis fapálcza segítségével naponként többször, főleg az étkezés utáni időkben és este lefekvéskor a kóros helyekre kenendő: Rp. Terrae silic. 5·0; Resorecini 10·0; Adipis 2·0. Egy idő múlva a kóros helyek ezen pasta alkalmazása folytán fájdalomassakká lesznek; ilyenkor alkalmazását abba kell hagyni és perubalsamot használni, úgyszintén a száját boraxos borsosmentha-vízzel gyakran kiöblíttetni. (Practitioner, 1896. szeptember.)



## TÁR C Z A.

## Baumann Jenő tnr. †

(1846—1896.)

Férfikorának delén, eredményekben gazdag munkásságának közepette, hirtelen beállott szívgyengeség folytán váratlanul halt meg f. é. november 3-dikán *Baumann Jenő*, a freiburgi egyetem orvosi karán a chemia tanára.

*B.* eredetileg a gyógyszerészi pályára készült s mint végzett gyógyszerész egy ideig Németország és Svédország néhány nagyobb üzletében dolgozott. Egyéni hajlamai azonban inkább az orvosi chemia felé vonzván őt, később *Hoppe-Seyler F.* tnr. mellé került tanársegédnek s e minőségében elért első sikerei véglegesen döntöttek további pályája tekintetében. Aránylag rövid idő alatt pótolta tanulmányaiban azt, a mi gyógyszerészi előkészültségére való tekintettel ismereteiből hiányzott ahhoz, hogy az orvosi chemiának eredményes művelése érdekében az összes orvosi tudományok felett kellő áttekintéssel bírasson, s mesterének vezetése alatt csakhamar a legkülönfélébb életvegytani kérdések megfejtésébe fogott.

Gyors egymásutánban jelentek meg a reá nézve mindvégig jellemző egyszerű, velős, cikornyáktól mentes fogalmazásban megírt dolgozatai, melyekkel számos új buvárkodási irányt nyitott meg. Intenzív tevékenységének elismerése nem is késett soká. Kevéssel azután, hogy a strassburgi egyetem magántanárává képesítette, meghívást kapott a berlini egyetemtől, hogy a *du Bois-Reymond E.* igazgatása alatt álló élettani intézet chemiai osztályának vezetését vegye át. Ezen alkalomból egyúttal, hogy mint chemiae doktornak a berlini orvosi fakultásba belépése szempontjából nehézségei ne legyenek, s egyszersmind tudományos munkásságának, főleg pedig az aetherkénsavak felfedezésének elismeréséül a strassburgi egyetem orvosi kara részéről tiszteletbeli orvosdoktori oklevelet nyert.

Berlinben *B.-t*, ki már strassburgi tanársegédeskedése idejében is számos fiatal kollégát nyert meg munkatársául, a tanítványok egész serege vette körül s ezek munkaképességének ügyes kihasználásával *B.* — most már önálló állásában — rohamosan vitte tovább tudományos themáinak kidolgozását 1883-ban a freiburgi egyetem orvosi karánál üresedésbe jött chemiai tanszéket foglalta el s más egyetemekre nyert megtisztelő meghívások dacára mindvégig hű is maradt Breisgau hajdani fővárosának egyeteméhez. E ragaszkodásában nemcsak tanártársainak osztatlan barátsága és tisztelete támogatták *B.-t*, de bizonyára ép úgy hatott reá e szempontból a freiburgi egyetem orvosi karának az utolsó években folyton előbbrehaladó fellendülése s azon körülmény, hogy e természeti szépségekben gazdag vidéken, s itt alapított családi körében végtelenül jól érezte magát.

*B.-nak* legelső dolgozatai a carbamiddal rokon néhány vegyületnek előállítására, azok bomlásánál keletkező termékekre s ezen vegyületek egyikének-másikának anyagforgalmi sorsára vonatkoznak. Strassburgi tanársegédeskedése idején kezdett már foglalkozni a vizeletnek ú. n. phenolképző anyagával is, csakhamar felismervén erről, hogy ez első sorban phenylkénsavas kaliumból áll. A vizelet aetherkénsavainak felfedezése azután a legkülönfélébb irányú idevágó vizsgálódásoknak hosszú sorozatát nyitotta meg.

*B.* a phenylkénsavas kaliumot legelőször a ló vizeletéből állította elő; csakhamar kiderült, hogy ezen vegyület más állatok s az ember vizeletének is állandó alkotó részét képezi. Kiderült továbbá, hogy a vizeletben phenol mellett p. kresol is jó előkénsavhoz kötve, s hogy főleg ugyan növényevő állatoknál, de azért nem épen ritkán embernél is, brenzcatechin-kénsavat is lehet találni a vizeletben. Phenollal mérgezett állatok s carbolsavval kezelt emberek vizeletének feldolgozása azután még jobban feltárta e páros vegyületeknek képződését s ezzel azon módok legfontosabbikát, melyek segítségével szervezetünk efféle mérgező anyagoknak hatásával szemben védekezik és azokat közömbös és a testből könnyen kiküszöbölhető vegyületekké átalakítani törekszik.

Továbbmenő vizsgálatokból kiderült, hogy bárha a phenolkénsavak főleg növényevő állatok vizeletében lelhetők nagy mennyiségben, azok rendes viszonyok között húsevő állatok vizeletéből sem hiányzanak. Idevágó tapasztalatai vezették reá azután

*B.-t* a phenolképződés forrásának felkutatására. Mindenekelőtt kimutatta, hogy a fehérje rothadásánál másféle bomlási termékek mellett phenol is keletkezik, s beigazolta egyúttal azt is, hogy a phenol a tápasatornában is képződik fehérjéből, illetve közvetlenül az ennek hydrolysises szétesésénél lehasadó tyrosinból, a bélben állandóan megtelepedett rothasztó mikrobák hatása alatt, melyek főleg húsevő állatoknál, a fehérjének jelentékeny részét erjesztik el.

Ezek után a vizelet aetherkénsavainak kiválasztását a bélrothadás mértéke gyanánt lehetett tekinteni, amnyival is inkább, mert *B.-nak* és tanítványainak folytatólagos vizsgálataiból kiderült még az is, hogy az ugyancsak a fehérje rothadásánál, de függetlenül phenoltól képződő indol és skatol, indoxyllá és skatoxyllá átalakulva, első sorban szintén aetherkénsavak alakjában kerülnek kiválasztásra a vizelettel. *B.* egyébként még az által is beigazolta a bélrothadás és az aetherkénsavak kiválasztása között felvett szoros kapcsolatot, hogy a bélhuzamot erőlyesen desinfiálta, mely beavatkozás hatása alatt az aetherkénsavak a vizeletből teljesen eltűntek.

Messze vezetne mindazon további részleteket felsorolni, melyeket *B.* és tanítványai az aetherkénsavak s az oxysavak kiválasztásának kérdése körül feltártak. Még a legutóbbi évek irodalmában is lépten nyomon akadunk újabb dolgozatokra, melyek a vázolt vizsgálatokra támaszkodnak. Maga *B.* is később még több ízben tért vissza e tárgyra. Semmi esetre sem szabad azonban említés nélkül hagyni azon körülményt, hogy *Brieger*, a ki már *Nencki* vezetése alatt a bélsárban a skatol előfordulását beigazolta, később *B.* mellé került s éveken keresztül dolgozott laboratóriumában, főleg a bélrothadással és a fehérje rothadásával foglalkozva. *Briegernek* ezen *B.* útmutatásai nyomán, s részben vele közösen végzett kísérletei szolgáltak kiindulási pontul a mikrobák chemiai tevékenységének termékeire, a „ptomainokra“ vonatkozó s mindenki által jól ismert vizsgálatainál.

Egy további fontos életvegytani kérdés, melylyel *B.* éveken át nagy előszeretettel foglalkozott, a fehérje S-je anyagforgalmi sorsának kérdése volt. Azon észleletéből kiindulva, hogy brombenzol és vele rokon vegyületek a szervezetbe jutva, mercaptursavak alakjában kerülnek kiválasztásra a vizelettel, nemcsak azt sikerült bebizonyítani, hogy a fehérje S-jének egy része állandóan elkerüli az elégést s cystein alakjában jut ki a veséken át a testből, de megismertette egyúttal a cysteinből könnyen előállítható cystin szerkezetét is.

A véletlen úgy hozta magával, hogy *B.-nak* később alkalma nyílt magának a cystinnek kiválasztási viszonyait is tanulmányozni. *Kraske* tnr. freiburgi klinikájának egy cystinuriás betege éveken át szolgáltatta az ezen tanulmányokhoz szükséges vizsgálati anyagot. A vizeletben foglalt cystin meghatározási módjának kidolgozása mellett e kísérletek folyamán egyebek között annak felismerése is sikerült, hogy a cystinuriával diaminuria jár karöltve.<sup>1</sup> A pentamethylendiaminnak és a tetramethylendiaminnak a cystinuriás beteg vizeletéből és bélsarából előállítására nemcsak annyiból bir jelentőséggel, mert alkalmat nyújtott ezen két ú. n. ptomainnak tüzetesebb tanulmányozására, hanem azért is, mert ez volt addig az első eset, melynél efféle testeket chemiailag teljesen tiszta állapotban az ember kiválasztásaiból leválasztani sikerült.

A mercaptursavakkal foglalkozása közben *B.* reátért különféle mercaptanok és mercaptalok tanulmányozására. A szénvegyületek chemiájának ezen fejezetében *B.* és tanítványai számos új testet írtak le, s a stereochemiai isomeriára vonatkozólag is sok becses adatot hordtak össze. E tanulmányok inkább az általános chemia körébe tartoznak ugyan, azonban *B.-nak* épen ezen vizsgálatai vezették őt reá a diaethylsulfon-dimethylmethannak felfedezésére, mely vegyület „sulfonal“ név alatt közkezen forgó gyógyszer ép úgy, mint az ugyancsak *B.* által felfedezett homologjai, a trional és a tetronal.

A cystinuriát s a vele kapcsolatos diaminuriát aligha lehetett volna a tényleg elért sikerrel tanulmányozni, ha *B.* nem vette volna észre, hogy a benzoylozásnak azon módszere, melyet

<sup>1</sup> Az idevágó vizsgálatok e lap 1889-dik és 1891-dik évi folyamában közöltek.



Schotten és Baum — szintén B.-nak tanítványai — alkalmaztak legelőször a benzoylhomocioninsavnak előállítására, az életvegytani elemzésnél is értékesíthető. B.-nak saját tanulmányai s a laboratoriumában mások által végzett vizsgálatok révén a benzoylchlorid-natronlúg módszer azután igen különféle életvegytani kérdések megfejtésénél tett igen hasznos szolgálatokat. Jórészt ezen módszernek s az ugyancsak B. laboratoriumában kidolgozott furfurool-reakcióknak segítségével sikerült az épélettani szénhidrát kiválasztásnak soká vitás ügyét tisztázni, s ugyancsak a benzoylchlorid-natronlúgmódszer volt az, mely a cystinurián és diaminurián és más egyebekben kívül a glicerin előjövetele módjait is könnyű szerrel tanulmányozni engedte.

B.-nak alkalmá nyílt, a cystinuria mellett még egy más, szintén ritka betegséggel, az alkaptonuriával is foglalkoznia, s Wolkow és mások társaságában végzett tanulmányai révén kimutatta, hogy a Brecker-féle alkapton, mely után a betegség nevét nyerte, nem más, mint homogentisinsav. Ennek kiválasztása az oka az alkaptonuriás vizelet sajátságos magatartásának.

B. az eddig már említett kérdéseken kívül még igen sok másféle témával is foglalkozott. Ezeknek egyenként felsorolása, B. rendkívüli produktívására tekintettel, sokkal több helyet foglalna el a lap hasábjából, mint a mennyit ezen kegyeletes megemlékezés céljaira kérhetek. A jelentősebbek közül csak röviden legyenek említve a szervezetben lefolyó oxydatiókra vonatkozó részben polemiás természetű közlései, a szervezet Cl-forgalmára, a chloroform anyagforgalmi sorsára, a vizelet savanyú erjedésére, a kénhidrogen-mérgezésre, egyes nehéz fémek kiválasztására, a kynuren-savra stb. vonatkozó tanulmányok.

B.-nak legutolsó jelentősebb munkája a thyreojodinnak felfedezése volt, mely méltán meglepetést keltett mindenfelé, s melynek igazi horderejét még csak a jövő fogja kellőleg érvényre emelni. B. halála sajnós, befejezetlenül hagyja az ezen érdekes vegyület lényegére vonatkozó s már megkezdett vizsgálatokat. A tudomány érdekében remélünk kell, hogy az epigonok, kikre a munka folytatása vár, a mester szellemében fogják azt befejezhetni!

B.-nak az által, hogy freiburgi laboratoriumát számosan keresték fel oly célból, hogy doktori dissertációjukat nála dolgozzák, bőségesen volt alkalmá az őt érdeklő kérdések részleteinek kidolgozását vagy az előtanulmányoknak időt rabló munkáját egyes tanítványokra bizni. Nagy hírneve, s rendkívüli előzékenysége azonban számos oly fiatal búvárt is vonzott köréje, kik maguk is már előrehaladottabbak lévén, nem annyira azt várták tőle, hogy munkálataikat közvetlenül vezesse, mint inkább helyet és eszközöket kértek saját tanulmányaik céljaira s főleg a B.-nal folytatott tudományos eszmecsere helyezett súlyt!

Epen ebben a vitaközlésben, az érdeklődés felkeltésében valóban mester volt B. Hetenként egyszer a délutáni órákat arra szánta, hogy haladottabb tanítványaival a napi tudományos kérdéseket colloquiumok alakjában megvitatta. E colloquiumokról készített jegyzetek tanúságot tesznek arról, mennyire lelkiismeretes volt B. minden működésében. A colloquiumokban résztvevők mindegyike előre megkapta a referálni valóját, s jaj volt annak, ki nemcsak az illető dolgozatot, hanem az antiaktákat is kellőleg át nem tanulmányozta! B., ki a szakirodalom újdonságait nemcsak lelkiismeretesen át szokta volt olvasni, de nagy emlékező tehetőségénél fogva szinte élő lexicon volt, a legkisebb hibát is legott észrevette, s mosolygó arccal, de azért nem ritkán esipős leczkével vette át a szót attól, kinek fejtegetéseivel nem volt megelégedve.

B. előadásait keresetlen és egyszerű modorban tartotta, nagy súlyt helyezve a kísérletekre, melyeket jól kitanított és hűséges laboransával mindig maga készített elő. Előadásának végeztével, mely a reggeli órákra esett, a laboratoriumban dolgozókkal foglalkozott, s kivéve, ha hivatalos teendői máshová szőlították, vagy saját kísérletei foglalták el sürgősen, napjában kétszer jött el minden egyes tanítványának dolgozó helyéhez, szigorúan ellenőrizvén azok munkáját.

E megfeszített munkásság, mely a nyári félévben mindig csak fokozódott az által, hogy a chemia hallgatóin kívül, kik

<sup>1</sup> Elég legyen itt arra utalni, hogy Hinsberg B. laboratoriumában fedezte fel a phenacetint, s Mylius ugyanott végezte az epesavakra vonatkozó tanulmányait.

átlag mintegy 70-en dolgoztak a laboratóriumban egy féléven át, ilyenkor még 30—40 orvostanhallgató is foglalkozott életvegytani gyakorlatokkal az ő vezetése alatt, egyrésztől nem adott időt B.-nak arra, hogy tankönyvet írjon, másrésztől azonban elvonta figyelmét attól is, hogy saját egészségére több gondot fordítson. B. csakis vasárnap tett, de akkor sem mindig nagyobb sétát. Egyébként pedig jóformán csak annyit járt a szabadban, a mennyi időre szüksége volt, hogy napjában kétszer a freiburgi várhegy alatt fekvő villájából a mintegy öt percznyi járásra eső intézetbe, s onnét vissza mehessen. Az esti órákat rendszeren íróasztalánál töltötte. Rendkívül barátságos s a kedélyes szórakozásban nagy élvezetet találó természete dacára keveset járt társaságba. Nagy ambíciója s termékeny gondolkozása fogva tartották őt a munkánál.

E czélszerűtlen életmód dacára B. erős testalkata mellett senki sem gondolhatott arra, hogy fényes pályája ily hamar fog véget érni. Sem neki magának, sem környezetének nem volt tudomása arról, hogy életét veszély fenyegeti. Jóformán csakis az utolsó órákban derült ki, hogy előrehaladott szívelzésirossodásban szenved, s mire e szomorú diagnózis megállapíthatóvá vált, már késő is volt a mentésre gondolni.

Jól érzem, hogy Baumann életét és működését tollam hézagosan és tökéletlenül írta le. Csakis azért vállalkoztam ezen feladatra, mert — bár fájdalmas — kötelességemnek tekintetem, hogy én, ki benne szeretett mesteremet és jóakaró barátomat vesztettem el, ki tanári pályám egyenetlenségét is neki köszönhetem, a nyilvánosság előtt is lerőjjam iránta érzett és soha nem muló hálámát ezen igénytelen megemlékezés alakjában.

Áldás emlékére!

Udránszky.

## Vegyések.

Budapest, 1896. november 27-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. november 8-tól november 14-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 394 gyermek. elhalt 207 személy, a születések tehát 187 esettel múlták felül a halálozásokat. — A fővárosi közpórházakban ápolatott e hét elején 2136 beteg, szaporodás 749, esőkkenés 665, maradt e hét végén ápolás alatt 2220. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1896. november 18-tól november 25-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 18 (meghalt 2), állhímlőben —, bárányhímlőben 14, vörhenyben 38 (meghalt 4), kanyaróban 63 (meghalt —), ronsoló toroklobban és torokgyíkban 23 (meghalt 4), trachómában 13, vérhasban —, hökthurban 13 (meghalt —), orbáncban 23 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 2 (meghalt —).

—r. Kitüntetés. Pettenkofer M. tanár, tilkos tanácsos további 3 évre a bajor tud. akadémia elnökévé és a bajor állam tudományos gyűjteményei főconservatorává megválasztván, ez alkalomból a régensherceg által az „Excellenz“ czímmel díszített fel. A nagyérdemű tudós nemcsak mint ilyen világhírrel bír, de az által, hogy a mindenütt elterjedt és használt Liebig-társaság hús-kivonatának ellenőrzésével Voit Károly tanárral együtt egyetemben meg van bízva, ez irányban is a legnagyobb népszerűségnek örvend.

—r. Szontagh Miklós dr. kir. tanácsos Új-Tátrafüredről Abbaiziába költözött s orvosi gyakorlatát ott a tél tartama alatt újból felvette.

—r. Halperth Ákos dr. azon téves hírrel szemben, mintha test-egyenészeti, massage- és svédornászati intézetével elköltözött volna, kijelenti, miszerint az most is V. ker., fürdő-utca 8 sz. a. létezik.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

## Szt. Lukácsfürdő

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-meter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő fürdők. Olcsó és szép lakások. Prospektust küld ingyen az igazgatóság Budapesten.

Téli és nyári gyógyhely.

## Mi az anusol?

Anusol a F. BUCHKA's Kopfapotheke által Frankfurtban Suppa Haemorrh. anusoli alakjában készítettve biztos szer a

aranyeres csomók ellen.

Az anusol-suppo-riumok nem tartalmaznak narcoticumot.

Raktár Budapesten: Nádorgyógyszertár, Váczi-körút.



# SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: *Schulek Vilmos* tan.: A glaucoma gyógyítása pilocarpin-cseppekkel? — *Blaskovics Fridolin* dr.: A tropacocain értéke a szemorvosi gyakorlatban. — *G. E.*: A fény behatása a szemre. — *Goldzieher Vilmos* tan.: 25. szemészeti congressus. — *Schwarz Ernő* dr.: Sympathiás gyulladás ritka esete. — *Leitner Vilmos* dr.: Cataracta traumatica partialis egy esete. — Könyvismertetés. — Irodalmi szemle. — A budapesti egyetem szemklinika az ezredéves tárlaton. — Vegyesek.

## A glaucoma gyógyítása pilocarpin-cseppekkel?

*Schulek Vilmos* szemklinikai igazgatótól.

(Folytatás és vége.)

V. Az egyik szem iridectomiája nyomán a másikon heves glaucoma roham állott be, mint nem épen ritkán történik. Az ilyeneket régebben sympathice előállókna akarták felfogni, a mi annyiban megokolható, hogy az egész idegrendszerre áterjedő ideg ingerület a másik szemet sem hagyhatja illetetlenül. Csakhogy a baj nem lehet sympathikus olyan értelemben, mint a milyen az ép szemnek a sérüléssel (pl. idegen testtel bíró) szemtől megromlása. Ezért glaucománál amaz elnevezést jobb kerülni, nehogy a kórtani értelmezésben összezavarás támadjon. Mint a reflectált glaucomának egy alfaját, leginkább átugró glaucomának lehet nevezni, bár ez a kifejezés sem jól felel a jelenséget. Ilyen glaucoma rohamról, melyet a másik szemem tett iridectomia idézett fel, kívánok most egymásutánban két esetet mondani el. A miotikumok kihasználásának kérdéséhez tartozik ugyanis, hogy ilyenkor hirtelenjében a beteget még egy operációnak alá vessük-e, vagy ez időben a veszedelmes helyzetnek pilocarpinnal is uráivá lehetünk-e. Azt tartom, hogy az egyik esetben az iridectomia volt a helyes, a másikban a pilocarpinozás. De ám ítéljen a szíves olvasó maga.

M. J. akkor 44 éves magasrangú és nagyérdemű állami tisztviselő 1883. okt. 13-dikán kérte először tanácsomat. Érdekes volt hallani, hogy gyermekkorában bal szemével összetérőleg kanesalitott, hogy ez az évek folyamán lassan megszűnt, hogy a kanesal szem rosszlátóvá lett volt, de hogy kitartó gyakorlásokkal a látóerőt jelentékeny fokban visszahódította. Így volt ez azután férfikorában sok éven át változatlanul, és azt hiszi, hogy akkor a két szeme közösen functionált. Most más baj van. Színes koszorút lát lángok körül, látóereje romlik, még pedig a bal szemem 2-3 év óta, a jobb szemem talán 1 év óta, lobosságokat nem tapasztalt, több hetes pihenő nem hozott javulást, szemüvegeket próbálgatott, de a számban nem tud megállapodni. A lelet fővonásokban ez volt: a sclerán gyengén kifejezett edénykoszorú, a pupillák rendesek, az irisek színe kissé fakó,  $T = +\frac{1}{2}$ ; a jobb szemem Myopia 1.5 D, visus  $\frac{6}{18}$ ,  $+1.5$  D-val No. 1 olvas, a látótér belül-felül kicsit szűkült, a papillán kezdő, de már jellemző és pedig a medialis oldalon is már a szélég érkező vajúlás; a bal szemem a látás közel  $\frac{6}{60}$ , de a fixálás elhelyező, látótere belül-felül már nincs, tüvegpróbánál nem tud határozottat állítani, a papillán mély gödör van. Iridectomiát kívántam mind a két szemnek, egy hajtásban. A beteg habozott: mind a két szemet egyszerre? vagy külön-külön, de kétszer elszemvedni a fekvés gyötrelmeit? mit tegyen? Legjobban illusztrálom a patients hangulatát, ha röviden és a később rajta tapasztaltakat együvé fogva úgy jellemezem, hogy testileg hős, de a bizonytalan jövő ellenében bátortalan volt. Hogy időt nyerjünk 1% pilocarpinból mindegyik szembe 3-szor naponként hagytam csepegtetni. Két hét után megint jött, a pilocarpint dicsérte, de az orvosokat vádolta, sok felé utazva, consultált, mindegyik mást javasolt, — bár csak látszólag. Három nagy kapacitás feleleteit ilyenformán adta elő: „Kell-e operálni?” kell, lehet, nem ajánlatos. „Jobb lesz-e az opera-

tiótól a látás?” valamivel, semmit, rosszabb. „Kell-e sietni az operálással?” igen, nem, mindegy. „Milyen operálás kell?” iridectomia, sclerotomia, semmilyen — legfeljebb punctio.

De hiszen ismerjük azt a körforgót, melyben mindegyikünk van, ha glaucoma simplex-ben kell tanácsolnunk, és a melyben kérdés és felelet így szoktak következni: „az operálás nem fog-e cserben hagyni?” cserben hagyhatja, „mi fogja a látásomat megmenteni?” az operálás.

Végre megegyeztünk, hogy a rosszabb bal szemet megoperáltatja, hogy lássék mint megy az ilyen dolog, és ha ez türethetően végződik, akkor majd a másikra rászánja magát. Október 31-én ez az első iridectomia megtörtént, nagyszerűen tartott, minden jól indult. Másnap este és éjjel az addig glaucoma simplex-ben levő jobb szemem heveny glaucoma tört ki: a pupilla tágult, ciliaris injectio támadt, a tensio fokozódott, a látás borús lett; 2 óránként  $\frac{1}{2}$ — $\frac{0}{0}$ -os eserinoldattal került használatba, mely már 3 nap alatt minden lobos jelenséget elvitt. A beteg közben ágyból is kikelt volt és bal szeme jól haladt. Ekkor a jobb szemem a heves veszély el volt már múlva. Lehetett volna az operálással várni is és talán jó ideig a pilocarpinnal kihúzni. De már most a beteg nem nyugodott. Maga kért, hogy mielőbb operáljam meg. Szívesen. November 6-dikán (1 héttel a másik után) ez a jobb szem is megkapta a kellő iris kimetszést. Simán végződött minden. Egy év múlva a látás  $\frac{6}{12}$  volt, tehát valamit még javult is.

Most, t. i. 12 év leforgása után is, a köztisztviselőben méltán álló úr jól munkálhat, és ha találkozunk szívesen emlékezzünk a közösen kiállott aggodalmak szerencsés eloszlására.

VI. Szemkőzt az iméntivel állíthatom L. M. 54 éves úr esetét.

Az 1896-iki év május közepén volt először szerencsém hozzá. Elmondta, hogy jobb szeme ép, bal szemem 1-2 hét óta fogy a látása, de a télen még jó volt, csak színkarikákat látott vele néhanapján. Lelete az volt, hogy:  $T + 1$ ? a pupilla renyhébb, de nem tág, a papillán kis depressio, a látótér belülről kicsit szűkült, a visus — 1 D-val  $\frac{6}{12}$ . A jobb szemem  $\frac{6}{6}$  visus, E, olvasni  $+1.5$  D kell, sőt  $+2$  D még jobb No. 1-re is, semmi glaucoma-jel. Egyelőre 1%-os pilocarpint 3-szor naponként ajánlottam és az iridectomiát sürgettem.

Egy hét múlva ugyanolyan állapot. Folytassa a cseppeket. A beteg készen áll az operációra, de hogyan teljesíteni? a házában vendégsereg lesz, a vidéki rokonság a millenáris ünnepek idején hozzá száll, családja nagy, vendéglő most nem való operációs betegnek, nyilvános intézetbe hivatalos állása miatt nem állhat be. „Mind igaz, tehát várjunk csendesebb napokra, addig a pilocarpin talán kisegít.” Ámde ezen a bal szemem rosszul segített ki. Talán az egyéb nyugtalanság és a magába fojtott aggodalom is belejártzott. Midőn június 10-dikén a beteg beállított, hogy már lehetne otthon operálni, a visus  $\frac{6}{30}$ , a pupilla tág, a tensio  $+2$  körül lett. De a másik szem még bántatlan volt.

Az iridectomia a bal szemem június 13-dikán délben megvolt: a beteg jól állotta ugyan, de a lándzsa a keményes szembe nem könnyen hatolt, a csarnok szűk volta miatt nem is lehetett messze bemenni, közben a fixáló fogó is egyszer



lejött a szemről és újra kellett alkalmazni, az iriskimetszés ezek miatt nem lett több mint 4 mm. széles. A szolgálatot azonban megtette és a glaucoma elenyészett.

Csak hogy közben még egyéb történt, és épen ez az, a miért az esetet közzétennem kell. Ugyanis a nem operált, addig ép jobb oldali szemem lobos glaucoma támadt. Ezen szembe már a másíknak operálása idejétől óvatosságból eleve pilocarpineseppek jöttek, reggel, este. Mégis másnapon megjött és harmadnapon még fokozódott a glaucoma ezen az addig bántatlan szemem.<sup>1</sup>

Mostantól már 2% pilocarpin cseppet adattam bele 2 óránként. Napról napra jobbult, 4 nap után már lob nem és a látás tiszta volt (a beteg kimondása és nem látópróbák szerint) úgy hogy 5-ször napi cseppezés, az egy hét elteltével 3-szor napi cseppezés, a harmadik hétben már csak 1%-os oldatból reggel és este cseppezés folytak. Ekkor a beteget üdülésre, vidékre bocsáthattam, mert bal szemén  $\frac{1}{18}$  visus — 1 D-vel megvolt, a jobb szem pedig absolute ép és nyugodt lett. Ezentúl estenként, akár évek hosszúig, 1%-os oldatból fogok cseppentetni, mindaddig, míg a visus  $\frac{1}{6}$  megmarad és a glaucomának újabb jelei ébrednek.

Gondolom, hogy ezen kórosat elég határozottan szól a mellett, hogy a pilocarpin egy glaucomás (a jobb) szemet megcsillapított, melyet különben alkalmatlan időben iridectomiálni, és már az iridectomiás coloboma által egymagában is a teljes  $\frac{1}{6}$  visustól megfosztani fogtunk volna. Hogy meddig fog a  $\frac{1}{6}$  visus fentartható lenni, nem lehet előre mondani. De már a meddig fenmarad, az annak lesz betudandó, hogy az iridectomia pilocarpinnal helyettesített, tehát a fenforgó kérdésben a pilocarpin mellett fog tanuskodni. Ezzel pedig a beteg hivatalozása és vele a család jövője jócskán összefügg. Nagy különbséget fog tenni a serdülő gyermekek sorsában, hogy atyjuk szemét a pilocarpin még néhány évig korlátlan és kimelés nélküli munkaképességben fenn tudja-e tartani.

Az előzőleg elmondott esetben a hivatlan glaucomás lob-rohamot a második szemem másként kellett megítélni. Gondolom, hogy amazon kórosat elég határozottan szólt a mellett, hogy a kórállapotot a régebbi állápontra pilocarpinnal visszacsavarni nem lett volna elég, mert az különben is iridectomiát követelt meg, míg emez az eset, az incidensből kivezelve, megint a régebbi békés állapotnak a folytatását mutatja lehetőnek, annyival inkább, ha prophylaktikus pilocarpinozásban is részesül. —

Hangsúlyoznom szabad, hogy az eddig elmondott összes esetek magas értelmiségű és orvosukat nagyon megválasztó, de azután mellette is maradó egyéniségeket illettek. Az ilyeneknél, a kifinomított therapeutikus megkülönböztetések meg is hozzájuk jutalmukat. Messze elköltözni készülő napszámos embert persze okosabb volna sok szó nélkül mihamarább megiridectomiálni, hogy minden továbbbaskodásnak egyszer-mindenkorra vége legyen.

VII. A pilocarpinnak absolut hasznos voltát a következő esetben tapasztaltam.

S. G. 48 éves tanár 1891. november 14-dikén reggel 3 órakor arra ébredt, hogy bal szemében feszülést érez. Lámpánál megnézve, pupilláját tágabbnak találta. Színes karikát is látott, olvasni csak nagy nyomást tudott. A glaucomáról már hallott, most részletesebben törődött vele. Mindjárt könyvekben, bár szakgadozott olvasgatott és reggel azzal jött hozzám, hogy éjjel glaucoma rohamja volt. Maradt is gyenge nyoma a pupillán és a T+? kérdéses voltán. Az egyén egész életkőre szerint sarkaló pont volt, hogy baján simán átessék. Fontos volt tehát ezzel egyetemben az is, hogy betegségén ne töprenkedjék. Ezért a munkálást vele nem hagytam abba, hanem kezdő presbyopiáját siettem corrigálni és a pilocarpinnak általam már régóta tapasztalt hatásosságával biztattam. Azonnal 1% pilocarpin-cseppet adtam szemébe. Pupillája estig szűk maradt. Este újra cseppeztem. Három napig ez így ment tovább békében. Még 2 hétig csak estén-

ként cseppezett, azután kihagyhatta. Félévig minden rendben maradt.

Április 14-dikén 1892-ben nappal ingerült jelenete volt. Este sokáig álmatlan volt, valami tanulmányba belemélyedt. Éjjel után 1 órakor az olvasmányon idegenszerűt tapasztalt, apróra lesni kezdte mi lesz belőle és mintegy félóra múltán a régebbi kórkép ismétlését constatálhatta. Maradék pilocarpin-cseppjeiből azonnal alkalmazott, félóránként 3-szor ismételve meg. Reggel a pupillát szűknek, a szemet lágyának (a pilocarpintól), de az iris színét kissé sötétnek (hyperhaemikusnak) találtam. Nem kételkedtem ugyan a diagnosisban, de már a tensio fokozást saját ujjaimmal kitapintani elmulaszt-hatatlannak tartottam. A már éjjel alkalmazott cseppek az első segély követeléseinek eleget tettek volt, tehát rávehettem a beteget, hogy már most mindenekelőtt én hadd lássam azt a rohamot. Hivjon és ne cseppezzen. Április 17. és 21-dikén láttam ilyen esti kicsi lobrohamjait. A diagnosis tételére épen eléggé kifejezetek voltak. A beteg biztosra vette, hogy nemsokára iridectomiára kerül a sor, kivertem fejéből a gondolatot és fényesen igazam maradt. Magam sem mertem ennyit reményleni. Egy hétig 1%-os oldatból naponként kétszer, azután hat hétig  $\frac{1}{2}$ %-os oldatból reggel-este, azután ugyanabból félévig estenként cseppezett. Semmiféle kóros tünetem sem jött meg többé. November 13-dikán mint az első roham évfordulóján, kihagytam a cseppeket, hogy az ünnepélyes datumnak lélekemelő és ezen az úton idegmegnyugtató hatása is legyen.

Azóta már majdnem 4 év telt el, holott a nevezetnek absolute semmi fogyatkozása a látásban nincsen. Az elmúltakra misem emlékeztetett többé. A pilocarpin időnként megújítja ugyan, de igénybe nem veszi és orvosi meghagyásból nonchalante kedélyhangulatot igyekszik felszinen tartani.

Vajjon kifogás tehető-e azon következtetés ellen, hogy a leirt esetben a pilocarpin tökéletes szemet és vele életboldogságot mentett meg? Vagy a pilocarpin (mondjuk: a mioticum) nélkül szintén megállandottnak várhatók vala a glaucoma ezen esetét? És ha már cselekedni kellett, de nem a miotizálást, hanem az iridectomiát választjuk vala, az iridectomia helyes, azaz elkerülhetetlen és legjobb eljárás lett volna-e? A felelet mindezen kérdésekre csak egy lehet: a pilocarpin esetemben mindent megtett a mit csak kívánni lehetett és ezzel bebizonyította, hogy glaucomát gyógyítani is képes évek hosszú sorára. De mindvégig-e, mindenkorra-e? Gondolnám, hogy e ponton a vita fonalát még tovább fűzni lehet ugyan, a ki akarja, de tudományos kötelességet benne már nem látok. Mert ha a pilocarpin évek hosszúra gyógyít, akkor az évek sorának végén a halál is állhat és a gyógyulási tartam fölött való vitát tárgyalanná teszi.

Megengedni az ellenes felfogásnak annyit természetesen kényszerítve maradok, hogy ez csak egy eset. „Egy eset pedig szabályt nem alkothat.“ Helyes. „Wenige Fälle beweisen was man kann, viele Fälle zeigen was man soll.“ Ámde azt se felejtjük, hogy első helyen feladatunk a glaucomát megállítani. Erre az iridectomia a biztosabb szer ugyan, de erőszakos és a visusban maga is esorbit. A pilocarpin ellenben legtöbbször javít, néha egymagában gyógyít és megkísérlése mindig egyszerű és kártalan.

Csak a pilocarpin hatásának határát mindenkor kellően felismerjük! Hogy ez lehető-e vagy nem, e felől egyértelmű megegyezés ez idő szerint talán még nem érhető el. És alighanem ez lesz a sarkaló pont, melytől sokan véleményüket a pilocarpinnak hosszabb használhatósága felől függővé tenni fogják.

Végkövetkeztetések kivonása előtt azonban még két esetet hadd mondjak el, melyek a pilocarpin alkalmazásában, eddigi eseteimben nem érintett szempontokat nyitnak meg.

VIII. F. Ch. asszony 62 éves volt, midőn 1884. április közepe táján házi orvosa által hivatott. Már egy hete, hogy jobb oldali szemén fájása, lobja és rossz látása van, bár ingadozó fokban. Tág szembogarat, T+1-et, zavaros közegeket találtam. Kevés napig eserin-cseppel csillapítottam a glaucomát.

<sup>1</sup> Ez a jelenség külön és egymagában figyelmet érdemel, bár itt reá nem terjeszkedhetem.



Április 20-dikán iridectomiáltam. Jól tartott, a műtévés baj nélkül ment. Nem így a gyógyulás. Három hétig iritis jött közbe, izzadmány sero-fibrinosus alakban mutatkozott, a coloboma elkeskenyült, alul synechia maradt, a lencse tokján finom lerakódás hártya alakban állandósult. Hat hét alatt a szem megbékült és a látás attól fogva Hm 2 D mellett ujjaknak 5. m.-re olvasásban állott. Így van ma is.

Ezen egyik szemével tehát a patiens nem épen szerencsésen járt. Lobjai megszüntek ugyan, de a functio kevés. Ezt meggondolva, érteni fogjuk a betegnek magatartását másik szeme ügyében, mely különben E és  $\frac{6}{6}$  visussal birt.

Ugyanis 1885. január 5-dikén bal szemén ködösséget tapasztalt. Ez változékony volt. Színkarikát nem észlelt. Midőn vizsgáltam a pupilla kicsiny volt, de a csarnok is szűk, T +?, közegei tiszták, +1 D-val visus  $\frac{6}{9}$ , a látótér teljes, semmi kivörösödés. Ezek alapján csak glaucoma prodromára lehetett gyanú. Pilocarpinból 2 cgr. 10 gr. vízre, tehát  $\frac{1}{500}$  erőben használtattam kétszer naponként és rendes észlelés alá vettem. Négy hónap alatt semmi jelenség sem volt. Ekkor a pilocarpint kihagyattam és +3 D-val némi olvasást megengedtem. Kivántam azt is, hogy sokat szabad levegőn legyen, járkálni azonban fájós lába miatt keveset tudott.

Így bőven két év eltelt. 1887. szeptember 5-dikén megint jött rohamja. Az elsónél ez kifejezettebb volt, úgy hogy most már kétségtelen volt a glaucomás jellem: ciliaris injectio, T +1, tágabb pupilla,  $\frac{6}{12}$  visus. Ekkor iridectomiát szóba hoztam, mint a hogy kötelességemnek tartottam és egyelőre  $\frac{1}{100}$  pilocarpin-csepepezést háromszor naponként rendeltem. A szem azonban hamar megnyugodott.

Ekkor nehéz helyzetem lett. Iridectomiáljak-e már vagy még nem? Rémképül a másik szem története állott. Háttha ezen szemem is iritis fog az operálásra támadni? Egyrészt az iritis jobban elkerülhetőnek ígérkezett, ha újabb lobrohamot nem várunk be. Másrészt a szem a pilocarpintól egyelőre teljesen megcsendesedett és annak jó hatását az iridectomiával (és az általa eshetőleg inducált iritissel) megesorbitani valóságos megrontás lett volna.

A dilemmából kisegített a betegnek vonakodása, mely az előzmények szerint csak természetes volt. A házi orvossal egyetértőleg a pilocarpinozás mellett, míg csak lehet, maradni határoztunk.

Az eredmény fényes volt. Kilencz év telt már el azóta, az asszony most 74 éves, látása még mindig jó, olvasni is szokott, glaucoma rohamja nem jött többet. A pilocarpint néhány hónap után megint gyengébbre, azonban csak  $\frac{1}{200}$ -ra vittük vissza és ebből reggel-este csepegtetett egy félévig, azután hetenként háromszor mintegy egy évig, később már csak ritkán, t. i. ha idegen érzése volt a szemem, bár lobroham sohasem jött. Most már évek óta nem csepegtet és jól van.

Ilyen tapasztalat, ha egyedül állana is, nemcsak feljogosít, hanem egyenesen kötelez annak alapos meghányására, hogy iridectomia helyett pilocarpinozás mily körülmények között jöhet számba. Hogy azonban nem mindig ilyen tetőzősen megy a dolog, példa reá a következő eset.

IX. W. K., 58 éves laptulajdonos egy vidéki nagyvárosban. Szembaja 6 évre megy vissza. Az első időről azt beszéli el, hogy 1890. áprilisban nagy glaucoma rohamja volt és akkor L. dr. eserin-cseppekkel otthon rövid idő alatt kigyógyította, egyszersmind operálást sürgetett. Azon 1890. év július 2-dikán a beteg nálam consultált. A lelet az volt, hogy mindegyik szemem alul cataracta incipiens és e mellett glaucoma incipiens mutatkozott, a visus +1 D-val j. sz. =  $\frac{6}{20}$ ? b. sz. =  $\frac{6}{15}$ ? volt, olvasni +4 D ívegeje szolgált, de +4.5 D jobb volt. Az utóbbit rendeltem. Iridectomiát nyomósan ajánlottam. A beteg azonban még előbb haza utazni akarván, ideiglenes szerül  $\frac{1}{100}$ -os pilocarpin oldatot írtam fel, hogy ebből mindennap egyszer kivétel nélkül és ha kellene többször is csepegtessen. Ezt meg is tette 6 évig, de azért ezen f. é. tavaszán mégis iridectomia alá került. Az időközi 6 évről elmondja, hogy glaucoma roham évenként 1—2-szer kicsi fokban megjött, mely esetben a pilocarpinból óránként 2—3

cseppet használt, mire kevés óra alatt megint kilábadt. Életmódja óvatos és meggondolt volt. 1896. márcz. 29-dikén glaucoma roham — úgy hiszi, hogy felindulás mián — oly nagy mértékben fogta el, hogy a félórás pilocarpincsepepezés mitsem használt és szeme 6—8 óra alatt teljesen vak lett. L. dr. ismét orvoslásba fogadta és eserint rendelt, a mi kevés nap alatt enyhülést hozott, úgy hogy 6 nap múlva orvosa küldéséből Budapestre utazhatott, hol a vezetésem alatt álló klinikán róla a következő adatok találhatók.

1896. április 6-dikán mind a két szem segéd és védő szervei épek; a jobb szem tarsalis conjunctivája vörös, a szemtekei kötőhártya is vérágas, a cornea ép, a csarnok sekély, az iris szárazata durva és színehagyott, a pupilla tágas és nem kerek, a közegek zavarosak, Hm 3.5 D és visus =  $\frac{5}{30}$ , a bal szem conjunctivája halovány, a cornea ép, a pupilla gombostüfejnyi, Hm 2 D és visus =  $\frac{5}{50}$ . Április 7-én a jobb szemem iridectomia történt (a balat nem akarta operáltatni) és 14-dikén gyógyultán távozott  $\frac{5}{30}$  visussal, azon utasítással, hogy pilocarpint még néhány (4?) hétig a jobb szembe, mindig pedig a bal szembe csepegtessen és majd +5.5 D-val olvasson.

Levélben megkeresésre legközelebb állapotáról azt írja, hogy jól van, látása még javult, szemüveggel munkál, sok munkát azonban bajosan győz, mert nyomó érzés támad, az operált szemmel magában némely tárgyakat másképen lát, mint az egészséggel, vagy mint mind a kettővel.

A cataracta incipiens, mint az adatokból kivehető, a hat év alatt nem növekedett és egyelőre alig bánthatja. Operálni a bal szemet is bizony jó lett volna, mert háttha a pilocarpin a szolgálatot mégis felmondja. Hogy az eserint próbálta a házi orvos akkor, midőn a pilocarpin eserben hagyott, nagyon helyeselhető.

\* \* \*

Az előadott 9 eset a pilocarpin hasznossága szempontjából kivonatolva a következőket mutatja:

I. Az iridectomiált két szem közül a hamarabb megbetegedett és operáltat még az operálás után is folyton pilocarpinozni kellett, még pedig teljes eredménnyel.

II. A pilocarpin kihagyásával bajt hozott magára a beteg.

III. Az egy és fél évig pilocarpinnal teljesen jó karban conservált szemet kár volt általános szempontokból iridectomiálni. Mindenek szerint a pilocarpin is megtette volna.

IV. A mely látásbeli hanyatlást az iridectomia alig tudott megállítani, azt a pilocarpin igen feltűnően tudta meglassítani.

V. Az iridectomia idejében a másik szemre átugró glaucoma rohamot a pilocarpin bajosan csillapította, ezért kevés nap múlva ezt is operálni legjobbnak látszott.

VI. Ugyanilyen helyzetben a másik szemet a prophylactice adott pilocarpin nem mentette meg az átugró lobrohamtól, de ebből erélyesebb alkalmazásra mégis kigyógyította.

VII. Két szakaszban mutatkozott glaucoma rohamok pilocarpinra úgy elmaradtak, hogy azóta már majdnem 4 évig pilocarpinra sincsen szükség.

VIII. Kimaradt glaucoma rohamok 9 év óta, a nélkül hogy a pilocarpin több mint 1—2 évig használatban lett volna.

IX. A szükséges iridectomia elodázása 6 évig pilocarpin-cseppekkel.

Összefoglaló következtetések tévése előtt a glaucomás kóranyagnak némely körülményeivel és a miotizálás megészlelésének lehetőségeivel kell bővebben foglalkoznom.

Tanulságos és jellemző eseteket szemeltem ki tapasztalataim sorából. Tudnék még többet is összekeresni.<sup>1</sup> Itt olyano-

<sup>1</sup> Cohn Hermann részletesen csak öt esetet közöl ugyan, de tültesz rajtam azon vasúti igazgatójával, a ki glaucomáját 14 év óta nyomja el eserinnel. Ennek ellenében meg én hangsúlyozhatom, hogy egyes esetekben (VII. és VIII.) a mioticumot kihagyni is lehetett.



kat állítottam egymás mellé, melyeket teljesen áttekinteni alkalom nyílt. Nem reflektáltam olyanokra, melyeknél csak töredékes tudomásom jutott, vagy a kik szemem elől eltűntek, vagy a kiknél csak mulékonyan, pl. mint consiliarius, szerepelt. Sőt az említettek egynek (IX.) kivételével mind helybeliek. Klinikai betegek említését is kerültem, mert életkörülményeikkel nem eléggé foglalkozhatom a tanítás folyamában, holott azok az ilyenféle tudományos búvárlás szempontjából számba jöhetnek.

Annak megítélését, hogy mikor kezd a pilocarpin cserben hagyni, az intelligens fővárosi lakosra és kitűnő házi orvosára nyugodtabban lehet rábízni, mint egy napszámosra az ország határáról, a ki a legjobb esetben 10—12 ezer más lakossal élvezheti a sokat zaklatott körorvos megfigyelését és véleményezését.

Teljesen kimerítő statisztikai munkát kívánatosnak látszhatik. Azonban előre tudható, hogy adatai sokban bizonytalanok és egyenlőtlen értékűek lesznek. Ha csak a magam adataira gondolok, azok számát sem tudnám biztosan határolni. 15 év alatt alighanem magángyakorlatomban 50—80, klinikai anyagomban pedig 300—500 glaucomás beteget láthattam, a legkülönbözőbb stadiumokban. Pilocarpint bőven, talán mind-egyiknél alkalmaztam. Az eredményről némelyiknél tudok, másnál nem. Kárt belőle származni sohasem láttam. Mind-ezeket a nagyon egyenlőtlen mértékben tudomásba vett eseteket a naplóból kijegyezni és táblázatokban összehasonlítani nagyon hézagosságot szolgáltatna, mely esetleg a következtetéseket félre is vezetne.

Hú képét a glaucoma lefolyásának, pilocarpin használat nélkül vagy a mellett, más észlelők sem igen fogják adhatni, mert valamenyünk beteganyagja ilyen tudományos kérdéssel szemközt határolatlan és töredékes.

Határolatlan, mert a glaucoma gyanújába kerülteknél észszerűen már pilocarpint kell adnunk<sup>1</sup>, és ha ez hatott, nem tudhatjuk, hogy az esetet hová számítsuk. Töredékes, mert a sok között csak néhány esetünk szokott akadni, melyet a maga egészében epikritice értékesíthetünk.

Sőt, úgy látszik, éppen a fővárosokban élő európai hírnevű celebritások helyzete olyan, hogy szellemi fölényük ezen kérdésben nem igen érvényesülhet. Tömérdek igénybevételük miatt az egyes eset körtörténetének fonalát, ha az hosszú, nem követhetik figyelemmel. Másoknak adataiban kénytelenek megbízni, az előzményeket sokszor csak a laikus betegtől hallják, a körlelet lényeges adatait is sokban a segédek mondják be. Egy megadott status fölött ítélnék, azután a beteg elmegy és más orvos cselekszik a kapott directio értelmében.

Ha az ilyen nagyrangú szemésznek gyakorlata főként a súlyos eseteket hozza az ő szeme elé, akkor ugyan a pilocarpin-nak nagy hasznavehetőségéről igenlő vagy tagadó véleményt alkotni hivatva lehet-e? És ha minden oldalról mint nagy autoritást elismerik, annyira, hogy keletről és nyugotról a legbonyodalmasabb esetekben a végszót tőle várják, akkor honnan vegye a lelkületet, hogy a pilocarpin kérdésében állást foglalni magától megtagadja? És ha saját véleménye van, melyet részben az általa látottakra is alapít, akkor azt kimondani, és hogy azt mások is irányadónak veszik, azt szívesen látni nem természetes dolog-e? És mégis véleménye alapján a pilocarpin-ozás kérdése a mondottak után véglegesen és általános érvénnyel eldöntve lehet-e?

A magánorvosoktól eddig nem hallik, hogy sok glaucomát meggátolnak miotikus szerekekkel. Ez a körülmény azonban éppen nem bizonyítja, hogy az még sem történik. Ki a tudója, hogy talán glaucomon sok esetben, sőt némelyikben akár csak gondolomra, pilocarpinnal a vidéki, a házi, az általános

gyakorlatot üző orvosok a glaucomákat áldásos módon elnyomják, a nélkül hogy erről akár statistice akár a betegek nyilatkozataiban szó esnék?

Nyilvános, hogy ezen kérdést, melyben az észleleti anyag természete olyan nagyon számba veendő, egyes szakember nem fogja eldönthetni. Erre csak sokaknak összesített közlései alkalmasak. Még legtöbbet lehet adni a német kisebb városok szemgyógyintézeteinek tapasztalataira, mert azok sürűn lévén elhelyezve, kisebb körben ugyan, de ebben meg lehetős kizárólagossággal ténykednek. Így az eseteket meg lehetős egyenletesen, elejétől végig észlelni leginkább ezeknek van alkalmuk.

Midőn az észlelés körülményeivel ilyen szokatlanul bőven foglalkozni bátorságot vettem, ezt azon kényszerűségből tettem, hogy különben nem válhatnék világossá, miért ajánlok óvakodást az egyes autoritások kimondásaival szemközt; miért nem tesznek reám nagyobb benyomást az általam is személyesen tisztelt Schweigger berlini nagyhirű tanárnak, a higgadt klinikusnak, a mioticumokkal való túlzás ellen tett óvásai; miért közlök mégis egyes kiragadott eseteket és fűzök hozzájuk általános értékűeknek képzelt levezetéseket.

A klinikai kutató, mint minden természettudományi búvárló, a változások logikai alapmethodusán indul. Ha megfigyel, akkor keresi, hogy az élettani folyamatban mi a változás, azaz a kóros. Ha kísérletez, akkor keresi, hogy a megváltoztatott körülmények között, tehát a batározott beavatkozások mellett, milyen különbség áll be a folyamatban. A körülmények változtatásával tanul a therapeuta. A változások és a változtatások ezen methodusa azonban a kórágyon eseteket hoz elénk, melyek részint közös, részint különböző tartalmú tényezőkből állanak össze. Ha a különeműt nem tudjuk biztosan kizárni, akkor a közösnek megítélésében és az erre alapított levezetésben is könnyen tévedhetünk.

Az én pilocarpinnal gyógyított és itt elmondott 9 esetben a közös körülmény az, hogy valamennyi nagy értelmű ember; hogy valamennyi a sorsát az én kezembe tette, de nem egy alkalommal csupán; hogy valamennyinél a lehetőség biztosítva volt, hogy a pilocarpint az iridectomiával a kellő időben felváltassa. Ha mindezt szem előtt tartjuk, akkor a látszólagosan kevés eset aránylag az összes glaucoma esetekhez már nem jelentéktelen szám és nemcsak azt hirdetni alkalmas, hogy „mi a lehető”, hanem azon irányban is bizonyítónak kezd vállani, hogy „mi a kötelező”.

Nagyon indokolt a feltevés, hogy e föld kerekiségén még számos szemész van, a ki a mioticumoktól szintén többes számban látott kiváló eredményeket. És ha ezeket nem az előttük megfordult összes glaucoma esetekhez, hanem csak az elejétől fogva jól és hosszasan megfigyelt esetek számához viszonyítanók, akkor a mioticumok hasznavehetősége fényesen bizonyulna és jelentésük oly nagyra növekednék, hogy a mioticumoknak az iridectomia előtt megpróbálását egyenesen köteleességgé emelnék.

A Schweiggertől Cohn Árminnak tett ellenvetést, azt hiszem, az elmondottak számbavételével kell elbírálni.

Ha a glaucoma kezdeti idejében mioticumokkal úgy elnyomható, hogy az iridectomia hosszan elodázható, sőt egyes esetekben el is hagyható: akkor a glaucoma első gyógyszere a mioticum. És az iridectomia mint erőszakos és a látást már magában is csökkentő eljárás csak azutánra való, midőn a mioticum elégtelennek bizonyul. Hogy ebben sokszor mulasztás fog történni, nagyon lehetős. Sőt hogy, a mint eddig az értelmetlen néposztály az iridectomiával is elkesni szokott volt, úgy ezután majd a művelt néposztály a pilocarpinban makkaszkodás miatt fog az iridectomiától huzakodni és ebben esetleg károsodni, ez is psychologice előre látható. Mindez azonban a külső körülményekhez tartozik és a tudományos állásponttól különálló dolog. Ha tehát praktikus szempontból nagyon igazat kell adni a bő tapasztalatú consiliariusnak, Schweiggernek, ez még sem változtat azon a felfogáson, hogy a míg a pilocarpin teljesen kielégít, addig az iridectomiával a hátterben lehet, sőt kell maradni.

<sup>1</sup> Egy része a consultálóknak még alig beteg, csak aggódik: határozatlan panaszokkal van csupán. Az ilyesnek, ha glaucomára emlékeztető valamilyen apró körülmény, akár a subjectiv, akár az objectiv tünetekben van, már 15 év óta elmaradhatlanul pilocarpint is rendelnek, sokszor csak mellékes kis dosisban (pl. hurut miatt szemvizet és bele 1/5, 1/10 sőt 1/500 pilocarpint). Kár ebben nem rejtelhetik, sőt esetleg nagy haszon.



Ha ez az álláspont, melyet úgy sejttem, hogy most már sokakkal osztok, a helyes, akkor meg is kísérhető az eljárásra szolgáló szabálynak körvonalozása.

Pilocarpint 1%-os oldatban, vagy eserint  $\frac{1}{2}$ %-os erősségen alapdosisnak vehetünk. Reggel és este becseppézést rendezhetünk be, hogy az elbánást a betegnek kényelmessé is tegyük. Ha ezzel a roham megszűnik, az iridectomia még elmaradhat.

Ha megint teljes békességet értünk el, akkor gyengébb oldatra mehetünk le. Talán esti cseppelés  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{5}$ %-os oldatból azontúl elégséges fog lenni a rohamok távoltartására.<sup>1</sup> Ha igen, akkor  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  év múlva kivételesen meg is próbálhatjuk kihagyogatni.

Ha megint jelentkeznének glaucoma jelek, újra az előbbi erősségre vissza kell menni és nagyon gyenge miotizálásra már nem is lehet visszatérni.

Ha az 1%-os oldat naponként kétszer alkalmazva nem szünteti meg a glaucomarohamot 24 óra alatt, akkor az iridectomia ne halasztassék el tovább. Lehet ugyan kivételesen még megpróbálni, hogy szapora cseppelések (2%-os oldat, napi ötszörös cseppelés, sőt óránkénti cseppelgetés) nem javítanak-e a helyzeten. De ez már ne azon szándékból történjék, hogy esetleg az iridectomia még elkerültessek, mint Cohn Ármin akarja (miről alább szó lesz), hanem csak azért, hogy az operálásra a szemet alkalmasabbá tegyük és az operálás napját kényelem szerint választhassuk.

Ilyen elbánással a Schweigger által jószolt zürzavar egészen elkerülhető. Annyival inkább, mert túlbuzgóságból alkalmazott felesleges cseppelés kárt úgy sem teszen.

Ez az álláspont, úgy merem jövendőlni, ki is fogja vivni általános érvényét. A betegek ki fogják azt erőszakolni saját érdekükben.

Még változtatna a helyzeten, ha a jókorabb végezett iridectomia biztosabban gyógyítaná a glaucomát. Ilyesmí volt is discussio alatt. Egészen elutasítani ezt a gondolatot nem lehet ugyan, de az esetek többségében még sem szerepel és a kivételesekben sem elég világosan nyilvánul. A miotizálás kérdését tehát nem változtatja.

Schweigger főérveit közelebbről nézve, azokban nem osztozkodhatunk.

Mondja, hogy a mioticum csak az egyes rohamot nyomhatja el, de a glaucomát nem gyógyítja. Ezt a pilocarpinózás hívei sem felejtik ki számításukból. De nem is szükséges a glaucomát véglegesen gyógyítani addig, a míg minden rohamot az egyszerűbb cseppeléssel jól leküzdhetünk. A beteg a sokszoros és rendszeres cseppelgetéseket szívesebben végzi, mintsem hogy az operációt habár csak egy végleges aktusra is elfogadja, ha a látási eredmény reá nézve ugyanaz. A látási eredmény pedig épen az iridectomia oldalán a rosszabb.

Mondja továbbá, hogy mioticum miatt a tétovázó magartartás és az operatio halogatása fog legtöbbször bekövetkezni és ez az iridectomiára nézve, ha majd végezésére mégis sor kerül, rontó befolyású lesz, mert az alatt az iris, pupilla, csarnok stb. romlanak meg. Mindez nem indok a pilocarpin használása ellen. Nem szabad engedni, hogy a dolgok ennyire jussanak; arra való az orvos tanácsa. Ha a beteg nem hallgat reá, akkor pilocarpin nélkül hogyan várhatunk, hogy jobban szót fogad?

Állítja, hogy nincs józanság benne, évekig palliatív szert használni, csak azért, hogy egy bevált véglegesen gyógyító szert kerüljünk. Ez megállhatatlan érvelés, midőn a palliatív szer cseppekben, a gyógyító szer pedig kényes operációban áll, mely a látást maga is némiképen gyengíti.

Felhozza, hogy a mioticummal az időt vesztegetjük. Ezt az orvos mondhatja, de a beteg bizonyára nem, mert ezt az időt megnyert időnek érzi.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Jobbnak ígérkezik naponként a gyengébb oldatból, mint hetenként 1—2-szer az erősebből cseppelgetni, a hogy Fuchs Ernő Bécsben rendelni szereti.

<sup>2</sup> Csak egy esetről olvastunk nem régiben, hogy egy halálra ítelt azt mondta volna a bírónak: ha már meg kellene, siessenek vele.

Figyelmeztet, hogy néha az egyenes irányban a látás teljes marad, de a látótér már szűkül, sőt nagyon megromlik. Ezt természetesen tudni és ellenőrizni kell. És ha történik, idejekorán cselekedni is kell. De hogy a cselekvés miért lehessen csupán iridectomia, ha esetleg a miotizálás is megtenné, nem tudjuk belátni. Tehát mégis csak pilocarpinoznánk és csak ha ez nem teljesen segítene, operálnánk.<sup>1</sup>

Felhányja, hogy ha minden szinkarika-látás esetében azonnal mioticumot rendelünk, még a diagnosis biztosságát is megzavarjuk, mert nem minden színes látás láng körül glaucomától van. Ez áll, de a diagnosis csak tudományos eszköz, nem czél. Ha a diagnosis tétel és a gyógyulás között kell választani, akkor a diagnosis tisztára bontakozásáról kell lemondani, mert a beteg érdeke nem rendelhető alá a diagnosisznak.

Mi tehát nem osztozkodunk Schweigger bevégző mondasában: Ha már egyszer a glaucoma ki van mutatva, akkor az iridectomia indicálva is van, mert nincsen semmi czélja annak, hogy eserinnel (mondjuk: pilocarpinnal) még időt vesztegezzünk, hogy végezetre is elkésetten és így persze egyszersmind középszerű prognosissal iridectomiát végezzünk. Mi az ellenkezőt mondanók: minden glaucomát praeventive kell orvosolni, de az iridectomia mint operáló eljárás csak akkor van helyén, midőn a mioticumok mint gyógyszerek már cserben hagynak.

Jobban felaprózni ezen védekezést ma még nem eléggé indokolt. Presbyopiát természetesen javítani kell és a convexitásokban ne fukarkodjunk.<sup>2</sup> A betegnek állandóan orvosi felügyelet alatt kell állani. Ha ez nem történik, akkor Schweigger értelmében ne is legyen kegyelem, hanem a beteget douce violence-al fogjuk le és iridectomiáljunk.

Cohn Ármin végkövetkeztetései ezek: 1. minden glaucomás eserint kap; 2. minthogy a legnagyobbhaszon a prodromalis időszakaszban nyilvánul, ezért a házi orvosoknak különösen a színes kör látásnak első elpanaszolására kell ügyelni és azonnal eserint adni; 3. a heves lobrohamokban is kitünő hatású az eserin; ilyenben óránként lehet használni; ha a pupilla tőle megszűkül, a roham 1—2 nap alatt eltűnik; 4. eserin sohasem árt meg, sok éven át naponként 1—2-szer adható, kisebb iritikus ingerülések nagyon ritkák; 5. ha azonban valamikor az eserin a rohamban szolgálatát megtagadja, a betegnek azonnal szemorvoshoz kell menni; 6. ha a glaucoma mégis halad, akkor iridectomiáljunk, igaz, hogy csak középszerű kilátással; 7. follicularis hurutot csak tisztátalan eserin okoz, az üveghez csiszolt cseppelgetőt mindig csak az üveg szájába kell letenni.

Az öt első pont alattiakat már sok éve magam is így követem. De a harmadik pontban foglaltak esetében már az iridectomiát követelem. Hogy Cohn Ármin még várakozásra hajlik, azt a biztosság rovására menni vélem. A hatodik pont alatti fogalmazást sem mindenben osztom, mert hogy iridectomiálni kell, az kétségtelen, de hogy a prognosissal középszerű lenne, nem találhatom, ellenkezőleg, az esetek legtöbbszörében az, a glaucoma végleges megszűnése tekintetében, teljesen jó.

Egészen mondhatjuk, hogy az esetek főtömegére nézve az iridectomia, ha nem is mindjárt, de mégis csak érvényben marad; Schweigger tanárnak köszönettel tartozunk, hogy a túlzásoktól óvakodásra int. Annyival szükségesebb a vigyázat, mert a mioticumoknak túlságos feldiesérése az orvosi köztudatban a glaucomáról könnyelmű felfogást szülhet és az iridectomiával való elkésés képében gyászos eredményű pragmatikát honosíthat meg. Ha nagyon hangoztatjuk, hogy az iridectomia nem mindig sürgős, akkor félő, hogy az ezt csak időszerteleg pótló pilocarpin vagy eserin túlságosan kapós fog lenni. Könnyebb egy operatív eljárás hitelét leszállítani, mint

<sup>1</sup> Fentebb közölt eseteimben a látótérrel általában nem voltak semmi különös bonyodalmak. Ezért van olyan kevés említés róla.

<sup>2</sup> Cohn Á. mondja, hogy egy betegén a glaucoma javult, ha olvasott, mi érthető, mert a pupilla szűkül. Lehet, de az olvasásnál a tensio fokozódik és a sugárnyúlványok megdagadnak, a mi a glaucomás szemnek nem jó.



felemelni. Intőül szolgálhat már az is, hogy az óvatos angolok közül, a mennyire tudom, még senki sem nyilatkozik az irodalomban.

Ha az épen mondattakban a conservativismusként megadtam az őt illető figyelmet, akkor annyival nyugodtabban állíthatom, hogy minden glaucomásat azonnal iridectomia alá fogni: antiquált álláspont. A pilocarpint és eserint minden glaucoma-esetben józan határok között megpróbálni: ma már határozott kötelesség.

Az elmondottak, mint könnyen kivethető volt, a primaer glaucomára vonatkoztak. A secundaer glaucomáról egyelőre nem szólunk, habár sok esetben pilocarpint haszonnal alkalmazunk. Természetes, hogy a glaucomát bevezető alapbántalom minősége már dönthet a miotizálás kérdésében. Így, hogy csak egy példát említsünk, már általánosságban is elülső synechiák mellette, hátulsó synechiák ellene szólanak. Sokszor az iridectomiát elvégezve, mégis pilocarpinra szorulunk, mire eseteket már közöltem is „sphincterolysis anterior“ című dolgozatomban.<sup>1</sup> Általános szempontból a miotizálás kérdésének ezen részét tárgyalni most még nincsen felhívás. Adatgyűjtés azonban kívánatos.

Egészen a glaucoma orvoslásáról feltűnhetik, hogy addig, míg Graefe Albrecht 1856-ban az iridectomiával gyógyítást felfedezte, megvakulás volt az egyedüli prognózis és a gyógyszeres elbánás legfeljebb lassítást tudott elérni. Az iridectomia azután teljes sikerű eredményeket adott. És pedig csak az iridectomia, de nem minden esetben. Most az iridectomia mellett igen becses segédszerként a mioticumok is beválnak. Egyelőre biztosnak már annyi állítható, hogy velük az iridectomia egy ideig halasztható, végezésének ideje válogatható, teljesítésére a viszonyok javíthatók, hatása emelhető és kiegészíthető, sőt néha pótolható.

Komoly kérdéssé emelkedik, hogy nem lehet-e némely esetekben, jól ellenőrzött körülmények között, csupán a mioticummal beérni. Ha jól sejtem, erre a kérdésre a felelet az általános orvosi tudatban igenlő alakban készül kifejezésre törni. És ha így, akkor józan sor szerint új kérdés keletkezik, t. i. hogy a mioticum azért mégis csak palliatív szer-e, vagy hogy néha végleges gyógyszernek is bizonyul-e? Ez a kérdés nekem már felvetődött és itt közlöttem eseteim kettőjében igenlően dől el.

Ilyen tapasztalások ellenében nem lehet a tagadó állásponton maradni, hanem a kórtani felfogást is módosítani kell.

De hiszen már régi és sokszor ismétlődő az a tapasztalás, hogy azok közül, a kik glaucomában elvakultak, némelyiknél a glaucoma később kialszik. Az ilyeneknek szeme vak ugyan, a glaucomás következmények változatlanul megvannak, de maga a betegség esetleg rajtuk már nem uralkodik. Ekkor a diagnosis is „exitus glaucomatis“-ra volna teendő, a mi nem egészen egyértelmű a „degeneratio glaucomatosa“-val. Az efféle esetek figyelmeztetnek, hogy a glaucomás dispositio nem szükségszerűen végleges állapot.

A mire a betegség a maga végstadiumában tanít, az most az elején is felismerhetővé kezd válni.

A glaucomás dispositio esetleg nemcsak nagy későre, hanem talán már jókor is kiapadhat. Ilyen, megengedem, hogy nem gyakori esetekben a pilocarpin a legáldásosabb, azaz véglegesen gyógyító szer is lehet.

Mindenek szerint a pilocarpin a glaucomás folyamatot nemcsak gyengíteni, hanem dispositióját egyes esetekben kioltani és ekkor véglegesen gyógyítani is képes.

### A tropacocain értéke a szemorvosi gyakorlatban.

*Blaskovics Fridolin* dr. szemklinikai tanársegédétől.

Számos szert ajánlottak már a szem érzéstelenítésére, mely a cocain egyik-másik kellemetlen tulajdonságával nem bír, de egyikük sem volt képes a cocaint a szemorvosi gy-

korlatból kiszorítani. A tropacocainra *Vámosynak* a múlt év végén megjelent czikke<sup>1</sup> tett figyelmessé, minek folytán az egyetemi szemklinikán alkalmaztuk és kipróbáltuk ezen szert. Ezen kísérletek eredményéről bátorodom röviden beszámolni.

A tropacocaint physiologikus konyhasó-oldatban rendeltük és pedig 3 és 5%-os arányban. A kísérletek főképpen az utóbbival történtek. Első sorban saját szemembe cseppenttem a szerből, s azt tapasztaltam, hogy a tropacocain hasonló kellemetlen, égető érzést kelt a szemben, mint a cocain. A becseppentést a conjunctivának minimalis belöveltsége követi, melyet csakhamar teljes érzéstelenség vált fel. Az 5%-os oldat egy cseppje 1½ percz múlva teljesen érzéstelenné tette corneámat; a becseppentés után 4 perczcel azonban már mutatkozott némi érzékenység. A corneának teljes érzékenysége csak mintegy ¼ óra múlva tért vissza.

Könnyebb megítélés czéljából összehasonlító kísérletet tettem a cocain és tropacocain között. E czélból mindkét szemem teljesen elszűrűlt lencsével bíró, de egyébként ép szemű nöbeteg jobb szemébe 5%-os tropacocaint, a balba pedig 5%-os cocaint cseppenttem. A becseppentés mindkét szemem egy időben, s oly módon történt, hogy az oldat egy-egy cseppje közvetlenül a corneára jusson, s azután eleresztve a szemhéjakat a feleslegét kifolytani engedtem. A szem érzékenységét úgy vizsgáltam, hogy kellő időközökben finom gombos kúttal érintettem a corneát és conjunctivát. Az érzékenység megítélésében, a beteg kimondásain kívül, a fősúlyt a szemhéjak reflectorikus pislogására helyeztem. Egyik szemem sem lévén tárgylátás, a beteg az érintés pillanatát nem tudhatta.

Mindkét szemem a becseppentés után ½ perczcel a szemhéjak a cornea érintésére nem reagáltak, de érzékenység még volt. A becseppentés után 1 perczcel az érzékenység még inkább csökkent volt, állítólag a cocainos szem érzékenyebb volt, mint a tropacocainos. 1½ percz múlva mindkét szem corneája és conjunctivája teljesen érzéstelenné vált. Négy percz múlva a tropacocainos szemem némi érzékenység már mutatkozott; míg a cocainos szemem csak 9 percz múlva. A szemhéjak reflexe a tropacocainos szemem 12, a cocainos szemem 15 percz múlva állott újból elő.

A teljes érzéstelenség tehát a becseppentés után úgy a cocainnál mint a tropacocainnál körülbelül ugyanannyi idő alatt áll be. Előbbi szemnél 7½, utóbbinál 2½ perczig tart, s azután fokozatosan eszikken.

A tropacocain használatánál is lehet azonban a teljes érzéstelenség idejét jóval megnyújtani, ha 2—3 perczenként többszörös becseppentést végezzünk. Ily módon a két szer hatását körülbelül hasonló idejűvé tehetjük.

Az operateur azonban nemcsak a conjunctiva és cornea, hanem az iris érzéstelensége is érdekli. Kétségtelen, hogy a cocain az ép irist is képes érzéstelentíteni, bár nem tökéletesen. De azért elvétve akadnak olyan cataractás betegek is, kik az egész Graefe-féle extractiót — az iriskimetszést is beleértve — teljesen fájdalomtalanak mondják.

A tropacocainnak az irisre való hatását is iparkodtam megtudni, bár itt a megítélés nem könnyű. Az iris csökkent érzékenységét csak operálás alkalmával ítéltük meg, s hogy e tekintetben a betegek kimondása és viselkedése mennyire különböző szokott lenni, azt mindenki tapasztalhatta. Több esetben kellett tehát alkalmaznunk a tropacocaint operálásoknál s e mellett azt az impressiót nyertük, hogy az iris érzékenysége keveset vagy semmitsem változott. Ugy tünt fel, mintha a betegek valamennyien nyugtalanabban viselték volna magukat, mint a cocainozott szeműek. A nélkül, hogy ezen alig bizonyítható tapasztalatot elfogadhatóbbá akarnám vele tenni, egyszerűen megjegyzem, hogy míg a cocain az irisre más módon is — a pupilla tágításával — feltűnően hat, addig a tropacocain, a pupillát alig vagy sehogysem tágítván, e tekintetben is kevesebb hatással van az irisre.

A pupillára való hatástalanságot szeretik a tropacocain előnyének tulajdonítani. Ez azonban nem indokolt kellőképen.

<sup>1</sup> Többek között: „Orvosi Hetilap, Szemészet“ 1892. 1. és 2. sz. és „Ungarische Beiträge“.

<sup>1</sup> Orvosi Hetilap: Újabb gyógyszerek és gyógymódok. 1895. 2. szám.



Igaz pl., hogy a cornea közepe táján levő, kisebb idegen testek eltávolításánál előnyösebb, ha e hely mögött a színes íris van, s nem a fekete pupilla; de cocainnal végezve az érzéstelenítést sem tágul ki a pupilla azonnal, hanem jóval később, mint a teljes érzéstelenség bekövetkezése. Ha utólag tág is a pupilla egy ideig, nem sokat határoz; ha kötni is kell a szemet, semmit. Vannak azonban műtétek, melyeknél a pupilla tágsága nagyon számba jön. Így az iridectomiánál nagyon szeretjük, ha a pupilla szűk, mert biztosabban készíthetünk szabadszárú colobomát. De szűk pupillát cocainozás mellett is könnyen elérhetünk valamely mioticumnak előzetes becspepgetésével. Ez még a tropacocainnál sem válik feleslegessé, mert itt az a kistökű pupillatágítás sem előnyös, mit ezen szer okoz. Végre az iridectomiával végzett hályogoperációk végzésénél a cocainmydriasis igen kellemes a kés vezetésénél, különösen szűk csarnok mellett, de nem szívesen tennők tágga a pupillát más mydriaticummal, mely a sebészítés után a pupillát nem engedné annyira megszűkülni, a mennyire az íris kimetszéshez szükséges. A tropacocainnal vagy egyik, vagy másik előnyről le kell mondanunk.

Említenünk kell még a cocainnak egyik kellemetlen mellékhatását a cornea felszínes kiszáradását. Ezt azonban kellő gondossággal mindig elkerülhetjük, viszont bármely más anaestheticumnál — tehát a tropacocainnál is — felléphet az, minthogy magyarázatát éppen az érzéstelenségben s így a reflectorikus pislogás kimaradásában leli.

A mi a tropacocainnak a cocainnál kisebb mérgező hatását illeti, ez a szemorvosi praxisban nem annyira fontos, mint más orvosi szakokban. Egyszerűen azért, mert a becspepítésnél a szervezetbe jutó mennyiség oly csekély, hogy baj belőle sohasem származik. Subconjunctivalis injekciónál inkább számba jön a mérgezés veszélye, viszont ezeket sokkal ritkábban alkalmazzák. A szemklinikán a tropacocaint subconjunctivalisan nem alkalmaztuk s így a hatásról sem szólhatok.

Végül el nem vitatható jó tulajdonsága a tropacocainnak, hogy antiseptikus hatású és nem romlik hosszú idő múlva sem. (Tény, hogy a kísérleteimből visszamaradt oldat féléven túl sem mutatott semminemű zavarodást.) Ezen tulajdonság, a többszörte nagyobb ár mellett is, határozott előny a cocain felett, s különösen figyelemre méltó azok számára, kik kis fogyasztás daczára, mégis kéznél óhajtanak tartani valamely érzéstelenítő szemcseppet.

A mondottakból kitűnik, hogy a tropacocain, leszámítva a két utóbbi, rendes használatban csak kevésbé számbajövő előnyt, más tekintetben a cocain mögött áll, s azt a szemorvosi gyakorlatban feleslegessé nem teszi. Egyes esetekben azonban mint pótszer, jó szolgálatot tehet.

### A fény behatása a szemre.

Ogneff<sup>1</sup> Pflüger Archivumában a villanyos fénynek a szemre való hatásáról nagy jelentőségű tanulmányt tett közzé. Kísérleteit a Struve és társa czég vas- és aczélgyárában tette, hol a fémek olvasztása villanyos úton történik. A munkások ez eljárás bevezetése után csakhamar szembajokról kezdtek panaszkodni s a Maklakoff<sup>2</sup> tanár által végzett vizsgálatok tényleg kiderítették, hogy az erős fényben dolgozó munkások szemei előbb könnyeznek, égnek, majd nyákos-genyes kötőhártya gyuladást kapnak, a bőr pedig czafatokban leválik. A behatás helyét pigmentatio jelzi.

Ilyen vagy hasonló észleleteket már többen tettek volt s valamennyi észlelő megegyezik abban, hogy e változások okát a hyperibolyás sugarakban kell keresni. Ezen tényről azonban csak Widmark-nak<sup>3</sup> sikerült bebizonyítania. Ő mindenek-

előtt beható tanulmány tárgyává tette a fénynek a szem elülső közegeire való hatását. E czélból az úgynevezett hóvakság, az ophthalmia electrica s a villám által okozott elváltozások gondos leírását adja. Mindhárom betegség kétségtelenül igazolja, hogy az intenzív fény a szem elülső részében és pedig a kötőhártyában, a szaruhártyán, szivárványhártyán és sugártestben izgalmat okoz. Kísérleti úton eldöntötte, hogy a szem felszínén keletkező ez elváltozásokat nem káprázás okozza, azaz nem fogható fel, mint a retina reflex hatása, hanem direct izgalomnak kell tekinteni. További klasszikus berendezésű kísérletei azt is kiderítették, hogy ez elváltozásokban a világitó sugaraknak nincs számbavehető szerepük, hanem a hyperibolyás sugarak azok, melyek a nyúl szemén kötőhártyahurutot és chemosist, a cornea epitheljának kikopását s a szöveti borsúságot, a miosist és az íris színváltozását okozzák. Sőt e sugarak lencsehomályokat is hoznak létre.

Ogneff kísérleteit békákon, nyulakon és galambokon végezte. A villanyáramot 250—500 accumulator szolgáltatva s körülbelül 5000—8000 gyertyafénynek felelt meg. A fény igen gazdag volt ibolya- és hyperibolya-sugarakban. Meleg-hatásról szó sem lehetett. A hatás — úgy mint emberen — 4—8—10 óra után következett be. Rövidebb behatásra csak kötőhártya-izgalom, hosszabb idő után azonban cornea-fekélyedés keletkezett, sőt néhány állat el is halt. A mikroskop alatt rövid ideig (15—20 perc) tartó behatás után a cornea fix sejtjeiben szaporulat volt látható, míg hosszabb ideig tartó behatás után előbb a sejtmagvakon, utóbb a protoplasmán necrosis tünetei jelentkeztek. A retina nagyon ellentállónak bizonyult s a cornea elváltozásai semmi esetre sem magyarázhatók a retina káprázásából.

Schulek Vilmos<sup>1</sup> tanár pedig ugyancsak a hyperibolyás sugaraknak a szemre való hatásában ismerte fel azon tényezőt, mely a retina kifárasztása által alkalmat ad a téves vöröslátás (erythropsia) keletkezésére; valamint a pterygium fejlődésére.

Mindezen adatok eléggé igazolják, hogy a photochemikus sugaraknak a szemre való hatása igen jelentékeny. E körülmény hangsúlyozása ma annál is inkább időszerű, mivel a mindinkább terjedő villanyos ivfény e sugarakban igen gazdag.

G. E.

### 25. szemészi congressus

Heidelbergában 1886. augusztus 5—8-ig.

Közli Goldzieher Vilmos tanár.

Ünnepélyes megnyitás: augusztus 6-dikán.

1. Hess (Mainz) megnyitja az ülést, melynek egyedüli czélja a múlt évben hozott határozat értelmében, a Graefe-érem Leber Tivadarnak való átnyújtása és felszólítja Hippel tnr-t, hogy az ünnepélyes emlékbeszédet tartsa.

2. Hippel tanár Graefe Albrecht életét, érdemeit leírja és ünnepeli, áttér azután Leber Tivadar és iskolájának érdemeire és átnyújtja neki a 10 évvel ezelőtt Helmholtznak odaítélt legfőbb kitüntetést: a Graefe-érmet.

3. Leber szép és szellemdús beszédben köszöni a kitüntetést.

I. ülés 1896. csütörtökön, augusztus 6-dikán, délután.

Elnök: Swanzy (Dublin).

1. Niden (Bochum). Az Ennerich-Scholl-féle rákserum és a formol használatáról inoperabilis szemdaganatoknál.

A daganatok erysipelas-méreggel való kezelése régi dolog. Már 30 év előtt Busch bonni tanár fekélyes rákokat erysipelas-

<sup>1</sup> Erythropsia: „Vérfojtok“ hőmezőn és alkonyatban vöröslátás. Előadta a m. tud. akadémia III. oszt. 1893. márczius 13-dikán tartott ülésén. Orvosi Hetilap Szemészet 1893. 2. sz.

Az erythropsia (a téves vöröslátás) élettani meghatározása. Előadta a m. tud. akadémia III. oszt. 1894. október 22-dikén tartott ülésén. U. o. 1894. 5. sz.

A pterygium növényéről. U. o. 1894. 4—5. sz.

<sup>1</sup> Einige Bemerkungen über die Wirkung des elektrischen Bogenlichtes auf die Gewebe des Auges von I. Ogneff in Moskau. Archiv für die ges. Physiologie. Bd. 63.

<sup>2</sup> Archives d'Ophthalmologie. IX. 1889.

<sup>3</sup> Widmark. Beitrag zur Ophthalmologie. 1891. Ueber den Einfluss des Lichtes auf die vorderen Medien des Auges.



méreggel kezelt, az által, hogy ilyen betegeket egy külön tartott „erysipel-ág“-ba fektetett, vagy a rákos fekélyt erysipel-wattával befedte. Így sikerült némely esetben jó eredményt elérni és Nieden maga 12 év előtt az iridochoroiditis 2 esetét írta le, melyek egy véletlenül hozzájárult erysipelas által gyógyultak. Azonban későbbi észlelők csak szomorú eredményt értek el. Nieden újabban két inoperabilis szemdaganatot az Emmerich-Scholl-féle rákserummal kezelt, minden eredmény nélkül. Az első esetben (recidiváló melanosarkoma) a 4. injectio után még élénkebb növekedés mutatkozott; a második esetben (az orbitából burjánzó recidiváló gliosarkoma.) a 10. injectio után a növekedés rohamos volt és a fekélyes daganatfelület borzasztó szagot terjesztett. *Akkor a 2%-os formol-oldat használatát megkezdte*, mely igen sikeresnek bizonyult, annyiban, hogy a szag megszűnt, az elfekélyesedett felületen száraz gangraena fejlődött és feltűnő visszaféjlődés állott be. Természetesen a letalis kimenetel beállott, de a formol-oldattal való kezelés ily szomorú körülmények között a betegre és hozzátartozóira nézve jótétemény volt.

2. Hess (Lipese). *Az emberi lencse eddig ismeretlen helyváltozásáról az alkalmazkodás alatt.*

Hess-nek sikerült entoptice kimutatni, hogy alkalmazkodáskor a lencse a nehézség törvényei szerint lefelé süllyed. Természetesen a lencse-eltérítés függ a fejtartásról, tehát jobb vagy bal felé hajlott fejtartásnál a lencse jobb vagy baloldal felé esik. Ezen kísérlet a Helmholtz-féle alkalmazkodási elmélet mellett és a Tscherning-féle elmélet ellen szól.

3. Czrzellitzer (Heidelberg). *Zomula-feszülés és lencsealakt.*

Előadó igen eszesen kigondolt állatkísérleteken körülbelül az ellenkezőt törekszik bizonyítani, mint Hess. A tudós előadása, valamint az igen komplikált kísérletek berendezkedése kivonatban vissza nem adhatók, referens tehát az eredetire utalni bátorodik.<sup>1</sup> A discussióban (Hess, Sattler) azt emelték ki, hogy állatkísérletek, kivett és apparatusokba illesztett lencsékkel, az élő emberi szemben lejátszódó épületi jelenségekre nem alkalmazhatók.

4. Hippel jun. (Heidelberg). *A reczehártya elfajulása bejutott vasszilánkok által.*

Boneztani észlelések által meg van állapítva, hogy a hátsó bulbusrészekbe jutott vasszilánkok behatása által akkor is megvakulás állhat be, ha a reczehártya leválása nem következett be. Az irodalomból 45 esetet állít össze, melyekben egy darab ideig a szilánk jól lett törve. De később reczehártya-elfajulás áll be, melynek tünetei: 1. visuscsökkenés; 2. centrikus látter-szűkület; 3. farkas-sötétség; 4. színérzék-zavar. A szilánk aseptikus magatartásánál beburkoló kötőszövetek nem képződik. A reczehártya-elfajulás első symptomájaként *hemeralopia* lép fel.

A discussióban részt vesz Hirschberg és Vossius. Hirschberg egy esetről tesz említést, a melyben a 20. évben az idegen test behatolása után glaucoma lépett fel, centrikus látóter-szűkület, mely az idegen test eltávolítása után is haladt.

5. Goldzieher (Budapest). *a) Retinitis proliferansról.* Előadó tagadja, hogy a retinitis proliferans ismert körképe kizárólag recidiváló retinalis vérzések által keletkezik. Bujakóros egyéneknek előforduló rostos felrakódások a retina felszínén, melyek különben morphologicus is eltérnek a Manz-Jaeger-féle retinitis prolif. körképétől, a bujakór által és nem esetleges complicáló vérzések által vannak feltételezve, a mennyiben endo- és periarteriitissal állanak összeköttetésben. Spontán retinitis proliferans eseteiben felveszi Goldzieher, hogy a Müller-féle támasztó rostok túltengése forog fenn, mely körülírt sarjadzásokhoz, üveges hárttyák képződéséhez és a membrana limitans interna rostos felrakódásához vezet. Jellegzőnek tartja továbbá, hogy a nevezett sarjadzási folyamat üvegesedési hajlammal bír.

b) *A szemhártya Hutchinson-féle elváltozásáról.* Előadó kimutatja, hogy az általa ezen név alatt 1887-ben leírt reczehártyabántalom azonos a Fuchs-féle retinitis circinataival. Kilenc esetet észlelt, melyekből kitűnik, hogy ezen bántalomnál kivétel nélkül általános arterio-sclerosissal összefüggő recze-

hártyás elfajulás volt jelen. Ép úgy mint Fuchs, ő is felveszi, hogy a jellegző retinalis göczök és foltok, melyek övszerűen a macula lutea körül csoportosulnak, nem vérömlenyekből kiindulnak, mint Wecker hiszi. Azon nézetben van, hogy a retinalis szövet lágyulása van itt jelen, hasonlóan az agykéreg fehér lágyulásához, mely egyes kisebb ütőerek és hajszáledények elzáródása által és a következményi szövetszétésés által van feltételezve. Előadó különben ezen tárgyról közlés alatt álló nagyobb közleményre utal.

6. Siegrist (Basel). *Egy ritkán észlelt retinalis megbetegedésről.* Az eset azon betegét illeti, a kiről az „Arch. f. Augenh.“ (1896. 6. füzetében) című folyóiratban „Retinitis circinata“ cím alatt említés tétetett. Siegrist kimutatja, hogy ezen diagnózis tarthatatlan.

7. Schmidt-Rimpler (Göttingen). *Macularis látóidegsorvadás diabetesnél.* A diabetes folyamán látóideg megbetegedések igen gyakoriak. Legtöbbszörre fennáll egy centralis skotoma, mely neuritis retrobulbaristól függ. Szükséges tehát, központi vakfoltoknál mindig ezukorra megvizsgálni. A centralis skotoma diabetesnél nem dohány- és alcóholtól van feltételezve, mint ezt Mauthner állítja. Nem ritkán találni szemtükri elváltozásokat is, a látóidegdomb vérbősége és vérhiánya. A prognózis kedvező. A dohányzás minden esetre megtiltandó. Előadó kórboneztani kutatásai szerint a diabetikus neuritis retrobulbaris boneztani képe azonos a dohányos amblyopiáival. (Lásd: Goldzieher „Szemészeti kézikönyvét“, 308. l. „Diabetikusoknál, kik sok erős bort, cognacot isznak, s a kik (a gyomor teltsége által ingerelve) erősen dohányoznak, gyakran észleltem, hogy pár hét alatt nagyfokú a jellegzetes szemtükri leletet nyújtó, centralis amblyopia lépett fel.“ Ref.)

8. Straub (Amsterdam). *Hyalitis és genuin uveitisről.* Cyclitis gyűjtő név alatt szokták úgy az eseteket, a hol az üvegtest mint azokat, a hol az uvea inficiálva van, jelölni. Az előbbieket helyesebben jelöltetnének hyalitis névvel, az utóbbiak genuin uveitissal. Szólok mindkét folyamatot kísérletileg tanulmányozta állatoknál. Ha *hyalitis* jelen volt, akkor a leukocyták az üvegtestben, a retinában és az uvea capillaris rétegében találhatók; az uvea külső rétegei épek voltak. Három esetben, melyek sympathikus gyuladást okoztak, uveitist és ép üvegtestet talált.

9. Greef (Berlin). *Az álglíomák és a szem áldaganatainak boneztani alajjáról.* Előadó glioma miatt eltávolított szemtekéket vizsgált és egyesekben a klinikailag megállapított diagnózis nem vált be. Daganatok miatt enucleált szemek friss állapotban vizsgáltassanak meg, a mikor legjobban a valódi és áldaganatok lényege állapítható meg. A gliomák friss állapotban puha szürkés, az agyvelőhöz hasonló tömegek és már szabad szemmel jól felismerhetők. Már Ruete és Arlt figyelmzették, hogy érhártyalobos izzadmány előidézett reczeleválás eseteiben olyan körkép lehetséges, melyek a valódi gliomához klinikai tekintetben hasonlítanak. A makroszkopikus vizsgálat majd kideríti a diagnostikus tévedést. Előadó a pseudoglioma kórboneztanát részletesen ismerteti.

10. Hirschberg (Berlin). *Az iris hátsó felületéből sarjadzó szivacsos rákja (Schwammkrebs).* Egy 26 éves férfi 1½ év óta látászavarban szenvedett. Az iris felső részlete a corneához púposan tapadt. A pupillából gömbszerű kinövések hatoltak, fájdalmak léptek fel és a szem végre enucleáltatott. Hirschberg és Birnbacher egy tumort találtak, mely az iris hátsó rétegéből indult és határozott tubulosus szerkezettel bírt, epidermis-sejtekből állott, melyek kötegek és csövek módjára egymás mellé sorakoztak. A daganat *mirigyrákként* felvehető. Hasonló eseteket leírtak Michel és Treacher Collins.

II. ülés 1896. augusztus 7-dikén.

Elnök: Hirschberg (Berlin).

1. Sattler (Lipese). Új festő-módszer segítségével a *sclera ruganyos rostjait* tanulmányozta.

2. Hoffmann (Baden-Baden). *Adalékok a könyvtömlő és ektropium műtéteihez.* Semmi lényeges.

3. Schirmer (Greifswald). *Körülírt túlkohártyái kidudorodások ellen alkalmazott gyökeres műtét.* Úgy jár el a körülírt

<sup>1</sup> Arch. f. Ophth. 42. köt. IV. füzet.



skleralis ektasia ellen mint *Knapp* a staphyloma corneae totale ellen.

4. *Axenfeld* (Marburg). *Adatok a kötőhártyalob aetiologiájához.* Daczára a már régebben leírt, kötőhártyaloboknál előforduló mikroorganizmusok megismertetésének (*Koch-Weeks*-féle bacillus, pneumo- és streptococcus, *Morax*-féle diplobacillus, *Bach*-féle micrococ. conj. minutissimus) az egyszerű kötőhártyalob aetiologiája nagyon homályos. Előadó egy epidemikus kötőhártyalobot Marburgban tanulmányozott (mely leírása szerint valószínűleg a nálunk jól ismert *Arlt*-féle ophthalmia catarrh. acuta volt. Ref.) és pneumococcusokat talált.

5. *Leber* (Heidelberg). *A trachoma pathológiájához.* A trachoma oka teljesen ismeretlen, Lebernek sem sikerült a kórokozó mikroorganizmust feltalálni. A folliculusokban azonban sajátos sejteket talált, melyeket „Körperehenzellen”-nek nevez; de rendes kötőhártyákban is fordulnak elő, azért különös kórtani jelentőségük nincsen.

6. *Fuchs* (Bécs). *A kötőhártyán előforduló gombatelepekről* (Pilzrasen der Conjunctiva). Előadó több esetben a tarsus convex szélén gomba telepeket talált. Gruber bécsi tanár megvizsgálta őket és lephothrixet talált, mely fajtahoz szintén az aktinomyces tartozik. Tenyésztést nem lehetett elérni, mivel a gombák már el voltak fájulva. A lekapart gombatelepek, melyek csak a conjunctiva felszínén voltak, epitheliumtól voltak körülveve és a szövet mélyébe nem hatoltak, nem nőnek újra. Eddig négy esetet észlelt, 3 horvát férfit és egy bécsi nőt.

7. *Vossius* (Giessen). *Cystaképződés a két felső szemhéj kötőhártyájában.* A kimetszett növedékek a Henle-féle mirigyekből fejlődő cysták voltak.

8. *Gelpke* (Karlsruhe). *A heveny járványos kötőhártyalob okozóiról.* Előadó két községi iskolát vizsgált, a hol kötőhártyalob-járványok kitertek. A gyermekek 22%-ánál volt a megbetegedés jelen, mely duzzadásos hurut volt, két napig tartott a megbetegedés, a lefolyás kedvező volt. A kórokozó bacillus a bacillus xerosisához hasonlított.

9. *Groenouw* (Boroszló). *A cocain használatáról glaukomás állapotoknál.* Még mindig észlelhetők szemek, melyek atropinbecseppgetések által acut glaucománál megvakultak. A tankönyvekben a cocain használata ellen is szóltak. *Groenouw* eseteket észlelt, hol a cocain kedvezően hatott. Bizonyos, hogy medicamentosus kezelés a glaucomát nem gyógyítja, de gyakran fontos, addigra is, míg az iridectomiát végezhetjük, a tensio emelkedését és a fájdalmakat megszüntetni. E célra kitűnő a 2%-os cocain, jobb mint az eserin, mert a fájdalmakat biztosan csillapítja és synechiákat nem okoz.

### III. ülés szombaton augusztus 8-dikán.

Elnök: *Mayweg* (Hagen).

1. *Pflüger* (Bern) „*A keratitis parenchymatosa*”. A keratitis parenchymatosa aetiologiája sokkal továbbra nyulik, mint azt rendszeren felveszik. A legkülönbözőbb fertőző betegségek, melyek körülmények között egy uveitist okozhatnak, különös körülmények között egy keratitis parenchymatosát létesíthetnek. Ezen thesis támogatására *Pflüger* 3 aetiologikus momentumot vesz fel, melyek ez ideig kevés figyelemben részesültek. Először az agalactia contagiosát, a mely *Wallis* Cantonban 1893-ban egy kecskenyájnál járványt okozott és melyet a berni állatorvosi iskola tanárai *Hess* és *Guillebeau* leírtak. A beteg állatok közül sok hozatott Bernbe, a mikor *Pflüger*nek alkalma volt a szemeket megvizsgálni. A keratitis parenchymatosa alakra és lefolyásra rendkívül hasonlított ahhoz, a mi embernél influenza után lép fel; különbözött tőle a sokféle fekélyben, melyek valószínűleg azonban traumatus eredetűek; azonkívül a cornea egy sajátos fete pigmentációjára jelen van. Másodszor hangsúlyozza *Pflüger* a keratitis parenchymatosa utáni uveitisnek összefüggését chronicus dermatosisokkal és psoriasis 2 esetéről tesz említést, egyik lichen ruberrel volt complicálva, melyek keratitis parenchymatosához vezettek.

Harmadszor megemlékezik *Pflüger* influenza utáni keratitis parenchymatosáról, a melyből több mint 30 esetet észlelt. Három különböző koralakot különböztet meg:

a) a tipikus classikus alakot idősebb, nem luetikus egyéneknél;

b) egy alakot, a mely a *Stellwag*-féle keratitis nummularis-hoz legközelebb áll;

c) egy alakot, a mely a sero-fibrinosus iritissal kombinálódik és melyben a binocularis loupevel élénk circulationsphaenomenák észlelhetők.

2. *Wagenmann* (Jena) „Egy némely szemmegbetegedésről eszűnál”.

*Wagenmann* arra mutat, hogy Németországban is kell a eszűnek egyes szemmegbetegedésekkel való összefüggésre tekintettel lenni. Az évek folyamán a eszűs szemmegbetegedések egész sorozatát látott betegeknél, kiknél az alabj kétséget kizárólag ki volt mutatva. A eszű általi elváltozások egyszer abban állhatnak, hogy a eszű savós-izzadmányos lobokat előidézhet, hűgsavassók lerakódása nélkül, vagy klinice nem láthatólag. Például röviden elősorol néhány esetét a scleritis, iridocyclitisnek érhártya és retina közötti lerakódásokkal, esomót a sclerában, azonkívül egy episcleritis periodica fugax jellegzetes esetét. A eszű azonkívül indirecte szemaffectiókat okozhat; legelőször bizonyos edényelváltozásokat, korai atheromatosis. Ide tartoznak észleletek nehéz ismétlődő üvegtestbajokról, melyek végül cataracta, ablatio retinae és retinitis haemorrhagica fellépéséhez vezettek. Azonkívül ide tartoznak egyes cornealis megbetegedések sclerotisáló jelleggel. Még glaucoma és eszű között is lehet néha összefüggést megállapítani.

3. *Darier* (Páris) „*A helyi therapiának fontosságáról infectiosus vagy sympathikus irido-chorioiditiseknél.* *Darier* felsorol kórtörténeteket a szem sympathikus megbetegedéséről, a hol subconjunctivalis injectiók a legkedvezőbb eredményűek voltak.

Az enucleatio után 2 hónap mulva bedörzsölés és hypodermal cyanhigany injectio használtatott. Ezután subconjunctivalis injectio. Midőn phthisis bulbi fenyegetett, az aequatorba egy teljes fecskendő cyanhiganyval 1:5000 injiciáltatott és az elülső csarnok megnyitott, hogy a folyadékváltozás továbbtassék. Nyolcz ilyen injectio után a látásélesség  $\frac{1}{3}$ -ra emelkedett. Két operatio utáni irido-chorioiditis esetet is említ.

4. *Weiss* (Mannheim) „*Hidalakú kötőhártyalebenyek transplantatióról.*” Hogy a szaruhártya elfekélyesedése után a staphyloma képzését megelőzze, *Weiss* conjunctivalis lebenyeket transplantált, melyekkel a cornealis perforatiót fedte. A transplantált lebeny alatt hamarabb tisztul a fekély és az előredudorodott iris laposan oda fekszik. A conjunctival lebeny nem lesz gyeseen infiltrálva, hanem simán gyógyul. Három esetenél jó eredménye volt.

5. *Alexander* (Aachen) „*A functio helyreállítása egy 6 éves embolia arteriae centralis retinaenél.*” Egy 51 éves férfit illeti az eset, kinél első bemutatkozásánál a jobb szemben egy friss embolia jellegzetes képe volt és a mint látszott, a bal szemben egy lefolyt régi emboliának a képe. Betegnél hypertrophia cordis volt jelen. Egy erős inf. digitalis behatása alatt nemsokára a bal szemben egy 0.1 látásélesség állott be, mely 0.5-re emelkedett és megmaradt. Előadó a functio helyreállítást a fennálló 6 éves embolia daczára úgy magyarázza, hogy az edénynek egy partialis eldugulása volt jelen és hogy az erős infusum digital behatása alatt és egy erősebb vis a tergo mellett egy nagyobb vérmennyiség nyomott a részletesen eldugult edénybe.

6. *Fukala* (Pilsen) „*Adat a nagyfokú myopiához*” és „*Előterjesztés nagyfokú ametropiák megjelöléséhez.*” *Fukala* azt ajánlja, hogy nagyfokú myopia és hypermetropia ne az ametropia fokával jelöltessék mint eddig, hanem a használt üvegnek párhuzamos sugarakra való cörrigálásra szolgáló számával, mely Z. v. Cor. glas jeleztessek és annak a corneatetőtől való távolság jelölésével.



M. 20 D. helyett tehát irassék:  $Z = -18$ ,  $A = 10$ ; utóbbi 10 mm. a tetőtől, mint általános distantia veendő.

7. Wolff (Berlin) „*A muse. levat. palp. sup. előrehelyezéséhez, az in átmetszésével*“.

8. Ulrich (Strassburg) „*A szemben levő folyadékmozgásról*“.

9. Monye (Japan) „*Egy retinalis reflexről*“.

10. Axenfeld (Marburg) „*A szemnek egyes enyhébb és jóindulatú metastatikus lobjairól és kétoldali thrombosisról általános sepsisnél*“.

Endogen genyes szemlobok feltételezik genyokozó mikroorganizmusoknak a szemben való letelepedését; idáig nincsen bebizonyítva, hogy a vérben általánosan elosztott toxinok a szemben koncentrálódhatnak, bár más keringő mérgek helybeli enyhe lobokat okozhatnak (pl. interstit. neuritis optica alcoholica). De maguknak a genyokozóknak letelepedése csekély virulencia mellett könnyen változásokat előidézhetnek.

Előadó microscop. képeket mutat, hol pneumococcusok által csak kis góczocskák, mint chorioiditis disseminata és retinitisnél keletkeztek. Ezen legkisebb góczocskák is magukon viselik a lob jellegét és ép az által különböznek microscopice a tiszta toxikus vérzésektől és retinalis többi góczoktól, mint azt Roth retinitis septicával jelölte szemben a metastatikus lobbal. Hasonlóképp nem localis bacterium-letelepedésnek következménye, hanem az általános vér szétbomlásnak, a kétoldali venathrombusok képzése a retina és érhártyában. Ezen thrombosis általános sepsisnél azért fontos, a mennyiben általa keringési akadály okozatik és rajta a keringő genyokozók tapadhatnak. Így értelmezhető a genyes metastatikus ophthalmiának gyakori kétoldalisága, így talán a különös gyakorisága puerperiumban.

11. Vossius (Giessen) „*Mikrophthalmus congenitus*“ ról. Előadó leírja a microscop. praeparatumokat és fényképeket mutat, melyek szerint a megkisebbedés a főtalis élet lobos változásaira vezethető vissza. Ugyanezen okból származtatja előadó a cataracta congenita vasculosa egy esetét.

12. Buhr (Mannheim) „*Egy veleszületett periodikus exophthalmus*“ esetét mutat be egy különben egészséges 10 éves fiú bal szemén jobbra való nézésnél.

Bemutató ülés az egyetemi szemklinikán pénteken, augusztus 7-dikén.

Elnök: Schürmer (Greifswald).

Számos műszer és praeparatum lesz bemutatva, melyek legnagyobb része a már tartott előadásokra vonatkozik.

Különös érdekű Schmidt-Rimpler (Göttinga) egy közlése „a látóidegek semidecussatio“ kérdéséről. Szerző már 1877. irt le egy esetet, melynél egyik látóideg atrophijája után mindkét tractus sorvadott, de a túldoldali nagyobb mértékben Michel és újabban Kölliker állítják, hogy embernél a látóidegek teljes kereszteződése áll fenn. Kölliker ezen állítása támogatására 2 seriát mutatott normalis szemekről, de Merckel Göttingában előadónak azt mondta, hogy normalis szemeken nem lehet a rost lefutásról véleményt adni. A pathologia itt jobb felvilágosítást ad. Szerző egy férfitől származó praeparatumokat mutat (készítvék Cramer dr. által Göttingában), ki halála előtt 13 évvel phtisist aquirált jobb szemén. A jobb opticusban az összes rostok sorvadtak, a bal normalis. A helyett mindkét tractusban találtak atrophikus rostok. Az atrophia mindkét részben az agykérgig követhető.

## Klinikai közlemények.

### I.

#### Symphathiás gyuladás ritka esete.

Közli: Schwarz Ernő dr., szemklinikai gyakornok.

H. M. 53 éves földműves jobb szemét 1894. november 2-dikán ökor döfte meg, mely után e szeme kivörösödött, fáj és

a látás is elhomályosodott rajta. Néhány héttel a sérülés után klinikánkon volt, de felvételi ajánlatunkat akkor nem fogadta el, csak mikor 1895. február közepén betegnek balszeme is megbetegedett, ezután néhány héttel 1895. márczius 2-án jött be klinikánkra a következő jelen állapottal:

Jobb szemén kémozgást lát. A szemteke békés, belső oldalán a cornea szélétől 4 mm.-nyire körülbelül 1.5 cm. hosszú íves, 1—2 mm. széles kissé mellfelé domborodó, kékesen fénylő szabálytalan vonal van. Cornea ép. Csarnok igen mély. Iris nem látható. Pupilla területe koromfekete. Üvegtestben vér. Szemfenék nem látható.

Balszemén 1/2 meterről olvas ujjakat, kötőhártyái belöveltek, cornea körül ciliaris injectio. Cornea ép, csarnokvíz zavaros. Iris bágyadt, piszkos barna, szálazata elmosódott, szélével a lenese mellső tokjára nőtt, pupilla szűk, fényre alig reagál. Heves kisugárzó fájdalmak vannak e szemén fénykerülés mellett.

Diagnosis: Aniridia; aphakia et cicatrix sclerae oc. dextri. Iritis sympathica oculi sinistri.

Rendeltünk mindkét szemre meleg bórsavas borogatást, bal szembe atropint, majd atropin conjunctivitis miatt scopolamint, és 2.0 gr.-os unguent. Hydrarg. ciner. bedörzsölést, mely utóbból 40 gr.-ot dörzsölt be.

1895. márczius 31. Beteg állapota nem javult, sőt e szemén a fenyézés is kialudt.

Az enucleatioba nem egyezett bele, miért saját kívánságára utasítással elbocsátottuk. Azonban bal szemének fájdalmassága nem hogy engedett volna, hanem időnként súlyosbodott, miért 1895. október 26-án újból felvettette magát klinikánkra, az enucleatioba beleegyezett, melyet 1895. november 1-én cocain becséppentése mellett végre is hajtottunk.

A fájdalmak teljesen megszűntek és tiszta halavány kötőhártyával bélelt szemüreggel ugyanazon hó 7-dikén elbocsátottuk.

Jobb szem halavány, üvegtestben néhány fekete uszkáló rög látható, látása convex 10.0 D. v. 5/30.

Az eset ama ritkán előforduló esetekhez tartozik, midőn az eredetileg sérült szem megmarad későbbi időkre is használható szemnek, míg a sympathikus meggyuladt vak szemet a csillapíthatlan fájdalmak miatt enucleálni kell. Ha a jobb szemet a kitért sympathiás gyuladás ellenére is enucleáljuk, a mint azt sokan teszik, a bal szem látását úgy sem tudtuk volna megmenteni, s így a szerencsétlen ember teljesen vak, míg így nemcsak tájékozni képes magát, hanem durvább munkára is képes.

### II.

#### Cataracta traumatica partialis egy esete.

Közli: Leitner Vilmos dr., szemklinikai gyakornok.

Sérülésből származott hályogok rendszerint az egész lencsére kiterjedő elszürkülésből állanak. Ritkábbak azon esetek, midőn trauma után a lencsének csak egy részét illető állandó homály marad vissza; ellenben más okok gyakrabban szerepelnek a részleges cataracták képződésénél. Ilyenek az uvea, retina és üvegtest bántalmi, okok, melyek a lenese táplálkozási viszonyait gátlólag befolyásolják. Biztos adatok azonban az irányban, hogy mely tényezők összejárásától függ a hályog teljes avagy részleges volta, hiányoznak. Úgy látszik, hogy fejlődési zavarok, általános szervezeti betegségek, s az ezekkel kapcsolatban, vagy tőlük függetlenül támadt s az említett részeket illető szembajok, szóval a lencserendszert nem közvetlenül érő hatányok inkább disponálnak részleges hályogok keletkezésére, mint a lencserendszer primaer bántalmazásai.

Ezen indirect tényezők befolyása mellett szól az örök-lékenység, melyet a veleszületett cataracta zonularis és a későbbi élet folyamán a degeneratio pigmentosa retinaevel összefüggőleg fejlődő cataracta corticalis posterior majdnem minden esetben sikerül kimutatnunk. Az előbbi alakkal legtöbbször rachitis kíséretében találkozunk, míg az utóbbi a szülők consanguinitásával esik össze. A gyéribben előforduló cataracta centralis, axialis, fusiformis, stellata, punctata s corticalis anterior is többnyire az intrauterinális életben keletkezik, a közelebbi okokat azonban ezeknél nem ismerjük.



A partialis cataracták lehetnek időlegesek, azaz később teljes hályoggá átalakulók, vagy állandók. Ez utóbbi sajátosságát inkább mutatják a veleszületettek, míg az életben képződők nagyobb része az első csoportba tartozik.

Sohasem szokott teljessé válni a cataracta polaris anterior és posterior, de ezek különben is nem a lencserostok elváltozásában, hanem a lencsetok körülírt burjánzásában lelik magyarázatukat, okozva a cornea perforatiója, illetve az arteria hyaloidea rendellenes obliteratiója által.

Az esetek legnagyobb többségében totalissá lesz a hályog, ha magának a lencsének vagy lencsetoknak sérülése ment előre. Nem is igen szoktuk a beteget azzal biztatni, hogy az ilyen műsérülés után támadott látás romlása majd megállapodik; nyert ügyünk van, ha idővel operative látásából, a mennyit tudunk, visszaadhatunk. Arra számítani, hogy a fejlődésnek indult hályog részleges marad, nem lehet: egy időre talán lassúban halad, vagy meg is állapodik az elszürkülés, mint azt discissionál nem egyszer van alkalmunk tapasztalni, de elvégre mégis csak teljes lesz a hályog.

Legutóbbi időben volt alkalmunk észlelni oly esetet, melyben a 3 év előtt elszennvedett sérülés után jelenleg is csak egy kis körülírt hályog található. Az eset nem áll egyedül az irodalomban, de nem éppen gyakorisága miatt legyen szabad röviden ismertetnem.

Cs. Gy., 46 éves földbirtokos, 1893. május hó 1-jén azon panaszszal kereste föl az egyetemi szemklinikát, hogy két hét előtt kocsisz alkalmával löfegyvere hirtelen elsülvén, valami jobb szemét megcsapta s utána látása megromlott, harmadnapra pedig szeme fájdalmas lett. A rossz látás azóta állítólag egyenlő fokban áll fenn. Bal szemén gyermekkor óta keveset lát.

Az akkor megejtett functionális vizsgálat alkalmával azt találtuk, hogy jobb szemén 2 méterről olvas ujjakat, fényérzése és projectiója jó; a bal szem látása a rendszernek  $\frac{1}{10}$ -e.

Objective a limbus alsó részében egy 2 mm. hosszú függélyes seb, a cornea szurkáltsága és erős iritis tünetei voltak láthatók. Az izgalom 10 nap után megfelelő kezelésre (borsav borogatás, atropin) megszűnt s a visus  $\frac{5}{100}$ -ra javult. Idegen test sehol sem volt felfedezhető, azonban a lencse alsó részében körülírt fonalszerű homályokat találtunk. Ily állapotban hagyta el a beteg a klinikát május 11-én.

Folyó év június hó 7-dikén újból bemutatta magát s meglepetésünkre azt tapasztaltuk, hogy a 3 év előtt sérült szem látása nemesak hogy nem rosszabbodott, de majdnem teljessé ( $\frac{5}{7}$ ?) lett. A beteg első ittlétekor észlelt partialis cataracta, most is mint a lencsében alul, a kérgi részletben egyenesen hátrafelé terjedő, henger alakú homály volt, a tágított pupilla mellett végzett vizsgálatnál, kimutatható. A szemfenék teljesen épnek bizonyult, idegen test felderítése most sem sikerült. Különbén az egyénnek e szemére vonatkozó panaszai egyáltalán nincsenek, s csak a presbyopiáját korrigáló üveg rendelése céljából kereste fel újra a szemklinikát.

Érdekes, hogy a szem az eléggé súlyos sérülést mily jól kiheverte. A jelenleg található egyedüli elváltozás a leírt partialis hályog, mely peripheriás elhelyeződésénél fogva a látást is alig zavarja; a cornea alsó szélén megmaradt kis heg optikai szempontból nem jöhet számításba.

A részleges lencsehomály magyarázatát jelen esetben úgy adhatnók, hogy a sérülés okozta lencsetok sebe nem volt nagy, s e kis folytonosság megszakítást is, minthogy az éppen iris mögött jött létre, maga az iris segített elfedni; ily módon a csarnokvíz hosszas behatásától megóvott lencse csak egy kis részletében szürkült el. Az iris e mechanikus befolyásán kívül természetesen másik tényezőként a lencsetok sebének gyors záródását is fel kell vennünk.

Hogy bent foglal-e helyet az idegen test a szemben, e felől bizonyosat nem állíthatunk. A szerfőött kedvező lefolyás, az évek után is hiányzó reactio, a látásélesség majdnem teljes visszatérése, határozottan ellene szólnak a felvételnek, míg viszont a sérülés módja és körülményei azt látszanak bizonyítani, hogy a sértő eszköz (sörét, fémdarabka?) a corneát, irist és lencsét is átütve, a szemben maradt. Retinalis vérzésnek, érhártya berepedésnek vagy üvegtesti zavarodásnak azonban nyomát sem látni;

de lehetséges, hogy az idegen test okozta elváltozás a szemfenéken oly csekély, vagy annyira peripherikus, hogy feltalálását a lencsehomály akadályozza; végre az sem zárható ki, hogy az idegen test egyáltalán ütődött neki a hátulsó szemburkoknak, hanem a lencsén átjutva, saját nehézségénél fogva lemerült az üvegtestbe, s a corpus ciliarehoz közel valahol betokolódott. Feltűnő minden esetre, hogy a benne levő idegen testet mily soká tűri el a szem békésen, bár több ez irányban tett pontos észlelés az irodalomban ennek a lehetősége mellett tanuskodik.

Leitner Vilmos dr.

## KÖNYVISMERTETÉS.

Dr. Emil Bock: Zur Kenntniss der gesunden und kranken Thränendrüse. Wien, Verlag von Josef Safar. 1896. 90 lap, ára 1 frt 40 kr.

A könymirigyről és betegségeiről terjedelmes munkát írt Bock, laibachi főorvos. Számos esetet közöl, a melyekben a könymirigynek elváltozásait és működési zavarait észlelte, ismerteti az ép és beteg könymirigynek boncztanát, leírja a rajta fellépő gyuladások tüneteit, fejtegeti az előidéző okokat s végül kutatásainak eredményét a következőkben foglalja össze:

A könymirigy nagysága, alakja és elhelyezése ép viszonyok között is igen változékony; így pl. főleg a mirigynek szemhéji része olykor szabad szemmel alig látható, míg máskor babnagyságú is lehet, anélkül, hogy kóros volna.

Önálló lobos megbetegedések ritkán fordulnak elő a könymirigyben. Okaik lehetnek sérülés, meghülés, acut fertőző bajok, syphilis, tuberculosis, leukaemia, mumps. Gyakran társul hozzájuk a nyálmirigyeknek megbetegedése is; összefüggést a kettő között nem lehetett kimutatni. Közvetlen oka az ilyen idiopathikus gyuladásoknak mindig infectio; a fertőző anyag vagy a vér útján, vagy a kötőhártyán és a kivezető csöveken át jut a mirigyszövet elpusztul és kötő-, illetőleg sarjszövettel pótolatik.

Jóval gyakoribbak a szem egyéb részeinek, főleg a kötőhártyának gyuladásos bajaihoz társuló könymirigy-betegségek. A gyuladás főképen a szemhéji mirigyre vonatkozik; lefolyása lehet acut vagy chronikus, rendszeren gyógyulással végződik s csak igen ritkán vezet a mirigy elgyenyedésére. A mirigyszövet rendszerint ép marad, a lob csak a kötőszövetre szorítkozik. A bajnak okai lehetnek mikroorganizmusok, a melyek a fertőzött kötőhártyáról a kivezető csöveken át jutnak a mirigybe, vagy pedig a megbetegedett szomszéd szövetekből vándorolnak belé. Más esetekben a kivezető csövek a szomszédos részek duzzadása által összenyomatnak s a mirigyben pangó váladék okozza a lobot és megnagyobbodást. Lehetséges végül, hogy reflectorikus és vasomotorikus zavarok is közrejátszanak. A könymirigynek ilyen symptomatikus gyuladásaira különösen scrophulosis és lues hereditariában szenvedő egyének hajlamosak.

A lobos könymirigy kevesebb váladékot termel, mint az ép. Hogy a szem sok esetben mégis erősen nedvező, annak oka a gyuladt kötőhártyának fokozott elválasztásában rejlik.

A könymirigy elsovadása igen ritka dolog s csak a kötőhártyának igen nagyfokú elsovadásához társul.

A szerző végül összefoglalja a könymirigy beidegzése felőli ismereteket s azt találja, hogy ezek a klinikus észleleteknek meg nem felelnek s így ezen kérdésnek felderítésére további kutatások válnak szükségessé.

Scholtz Kornél dr.

Dr. V. Fukala: Heilung höchstgradiger Kurzsichtigkeit nebst Angabe einer leichtfasslichen Methode zur schnellen Berechnung der Axenlänge, optischen constanten des Auges und Bildgröße. 192 lap. Leipzig u. Wien. Deuticke 1896. 2 frt 40 kr.

Ritkán jelenik meg könyv a szűkebb körű szakirodalom terén, mely annyira megérdemli nemesak a szakkörök, hanem az egész művelt világ érdeklődését, mint az, melynek címe e sorok elején áll, és melyben szerzője összefoglal mindent, a mit a



szemészetben korszakalkotó eszméjének — a nagyfokú rövidlátás gyógyításának — ismertetése, magyarázata, védelme és ajánlása czéljából szükségesnek tartott és az egész szakirodalomból összegyűjthetett.

A nagyfokú rövidlátás gyógyításáról van szó, azon megszámlálhatlan egyének javáról, kiknek helyzete sokszor tartahatatlanná válik, miután igen sok foglalkozásra alkalmatlanok. Még szomorubb azok sorsa, kiknek myopiája tanulmányaik közben, szakismereteik megszerzése alatt növekedett oly fokra, hogy képtelenek arra a munkára, melynek életüket szentelték.

De a kikhöz ezen állapot nem a kenyérkereset kérdése is, mennyi kellemetlenséget ró rájuk a nagyfokú rövidlátás; a bizonytalan tájékozódás korlátozza szabad mozgásukat, folyton zavaró subjectív érzések és tünetek nyugtalanítják. S mindez arra való kilátás nélkül, hogy állapotukon gyökeresen segíthetnének, miután olyan erős concav szemüvegek, melyek rövidlátásukat corrigálják nagyon neheznek, hasábos hatásuk a tárgyakat torzítva mutatják, ez által fejfájást, szédülést okoznak; mindent kisebbnek és távolabbnak tüntetnek fel, zavarják a tájékozódást, lépesójárásnál vészthozó ballépésnek okai lehetnek, stb. Mi természetesebb, hogy ezen állapot már korán foglalkoztatta a tudósokat és a mint szerző történelmi áttekintésében megjegyzi. Már a XVIII. század közepén Boerhaven, Morgagni a rövidlátóságokat a szemtengelynek túlságos hosszúságában ismerték fel. A legkülönbözőbb gyógyítási módokat is alkalmazták, melyek azonban az őket szülő hypothesisokkal együtt nemsokára másoknak adtak helyet.

Mooren volt az első 1858-ban, ki az átlátszó lencse eltávolítását ajánlotta. De miután Graefe Albrecht hevesen ellenezte, még inkább, midőn egy ily kísérletének balsikere volt, az eljárást abba hagyta. Graefe föellenvetése abban állott, hogy a myopia terjedésének oka a sclerochorioiditis posterior tovább is fennmarad és így az egész czéltalan. Szerző már Arltnak ajánlotta újból ezen műtétet, de nem tudta beleegyezését megnyerni. Míg végre 1887-ben végezte és pedig jó sikerrel az első ilyen műtétet, a miáltal felfogása helyesnek bizonyult, a kérdést megoldotta. (Vacher az első ilyen műtétet, azt sem a myopia gyógyítása czéljából, csak két évvel később 1889-ben végezte.)

Hosszasan, aprólékos részletességgel, fejezetekre osztva tárgyalja a műtét előnyeit, melyek röviden következőképpen foglalhatók össze:

1. Meggátolja a myopia növekedését. Az aphakiás szem ugyanis nem lévén képes alkalmazkodni, nincs kitéve az azzal járó fokozott belszemnyomásnak, a chorioidea vongáltatásának, mely myopiásaknál a hypertrophizált radialis rostok miatt (Ivanoff) úgyis nagyobb mérvű és a chorioideában exsudatív folyamatot hoz létre.

2. A szem munkaképessége nagyobbodik. Daczára a lencse hiányának fennmarad ugyanis egy bizonyos kisebb-nagyobb távolság, melyen belül a szem aránylag jól lát. Thier 15 esetet állított össze, melyekben a relativ jó látás distanciája elég nagy; a legkisebb 21 cm.-nyi, a legnagyobb 63 cm.-nyi távolság volt, melyen belül operatio után esetleg corrigáló üveggel olvasták Jaeger I-t. Magyarázza pedig ezen jelenséget az, hogy az aphakiás myopiás szemben a sugarak a retinán igen hegyes szögben egyesülnek, ez által a szóródási körök kisebbek és így ezeket a szóródási körökhöz amúgy is hozzácsokott retina bizonyos határok közt jól értékesítheti; hozzájárul még kerek pupilla esetében az iris segítő szerepe is.

3. A nagyfokú myopiánál elveszett *binocularis látás* lehetővé válik; sőt még a belső szemizmok elégtelensége vagy már kifejlődött strabismus divergens esetében is létrehozható néha stereoskopikus gyakorlatok által.

4. A látóképesség élesebb lesz. Az eddig használt erős concavüvegek fényszórása miatt az amúgy is kisebb retinalis képek fénysegények is voltak; a concavüveg elhagyásával a retinalis képek nagyobbakká egyszersmind fénydúsabbakká válnak, kivált ha a correctióhoz még gyenge convexüveg is szükséges. Hoppel operáltjai közt voltak, kikhöz a látóképesség az előbbinek 4-, sőt 10-szeresére emelkedett. Ezen eredményt azonban csak hosszabb idő múlva érik el az operatio után. A műtét *indiciót* első közleményéhez képest tetemesen bővíti, a mennyiben nemesak a 24 évesekre szorítja, miután már 64 éves

egyénen is jó sikerrel végezték. Hoppel és Sattler különben találták, hogy nagyfokú myopiások lencséje kevésbé keményedik. A visus ne legyen kevesebb  $\frac{1}{10}$ -nél, közlel pedig Jaeger I legalsóbb II-t olvashassa, mert ennél kevesebb látás operatio után sem javul lényegesen. Még inkább contraindicálnak tartja ennél kevesebbet látóknál a műtétet, ha chorioidealis változások vannak jelen, mert Raehlmann szerint ezeknél könnyen lépnek fel vérzések; míg ellenben jó visusnál a várható jó eredmény miatt megkísérlelhetőnek tartja a műtétet, miután Schröder jó eredményt ért el ilyen esetben is. A müteendő myopia alsó fokát 16 D-ban, némelyek szerint 12 D-ban állapítja meg. Ablatio retinae, ha a szemet különben nem fenyegeti, a műtét folytán nem szokott fellépni.

Azt a kérdést, vajon egy vagy mindkét szem operálandó; függőben hagyja, bár inkább azok felé hajlik, kik a binocularis látás érdekében mindkét szemet operálják. A műtét technikáját fejtegetve ajánlja a lencse kiadós, nagy mérvű discissionját, hogy gyors duzzadás álljon be. A discissionot keskeny Graefe-késsel végzi, a punctiót pedig lándzsával vagy szintén Graefe-késsel, rendszerint felfelé ejtve a sebet vagy ott, hol a lencsetörmelék a legtöbb. Nem fél a nagy tensioemelkedéstől, mert a punctio segít ezen. Hoppel és Sattler ajánlja, hogy keressék ki a cornea legnagyobb görbületét ophthalmometerrel és erre merőlegesen készítsék a sebet. A műtétet cocain anaesthesia vagy aethernarcosisban végzi; utóbbit gyermekeknél kivétel nélkül.

Az így műtett szem 4 legkésőbb 6 hét alatt gyógyul, míg sekély discissionál ugyanannyi vagy még több hónapig tart a teljes eredmény elérése. Műtét után a műtett egy napig ágyban marad; óvja a meghűléstől, mert iritist (!) okozhat; azután felkel, sőt könnyebb munkát is végezhet.

Végül néhány nagyobb klinika műteti eredményeit közli táblázatokban.

Szerző hosszasan tárgyalja a mű folyamán a myopia mibenlétét, müve másik felében pedig a szem tengelyhosszána, a szem állandó optikai értékeinek, a kép nagyságának kiszámításával foglalkozik.

Az értekezés, daczára aprólékos terjengőségének és kissé pongyola irányának, tárgyánál fogva a legnagyobb érdeklődésre tarthat igényt és a nagyfokú rövidlátásnak operatio útján való gyógyításának kérdését teljesen kimeríti.

Béla Pál dr.

## IRODALMI SZEMLE.

Az izom előrevarrásának egy új módját ismerteti *Valude*. Módszerét csak igen nagyfokú, 45°-ot meghaladó összetérő és 15—20° széttérő kancalságnál ajánlja. Az eljárás abban áll, hogy a scleráról szabályszerűen lemetszett izom inas végét egy olló-csapással hosszában behasítja; az így nyert két izomvég közül a felsőt a cornea fölé, az alsót a cornea alá varrja, úgy hogy a fonalak megcsomózása után az izom mintegy fekvő X alakot képez. V. azt tapasztalta, hogy ezen eljárás mellett az izomvégek odatapadása biztosabb, az antepositio hatása jelentékenyebb s hogy a fonalak nem szakadnak ki oly gyakran, mint más hasonló műtétéknél. (*Annales d'Oculist.* 1896. augusztus.)

A szemtekének és segédszerveinek tabesnél előforduló érzékenységi zavarait figyelte meg *Berger*. Megfigyeléseit tiszta tabesben szenvedő (nem hysteriás) betegeken végezte. Egyes esetekben a cornea érzékenysége annyira csökkent volt, hogy megérintése a szemhéjak zárását sem váltotta ki. Más betegeknél a kötőhártyán voltak körülírt anaesthesiás területek, míg a szemhéjakon csak hibás localisatio volt észlelhető. A periorbitalis tájon, homlokon, halántékon és arczon úgy anaesthesiás, mint téves localisatio is előfordultak. B. mindezen tüneteket kezdődő és előhaladt tabesnél észlelte s a trigeminus rostoknak peripheriás körülírt neuritiséből magyarázza. Oly esetekben, a melyeknél a nervus opticus sorvadásán kívül a tabesnek minden egyéb jele hiányzik, ezen érzékenységi zavarok fontos diagnostikus értékkel bírhatnak. Előfordulnak tabesbetegeknél a kötőhártyákon paraesthesiák is, csakúgy, mint a bőrön. (*Médecine Moderne* 1894. 93. l.)



A szemnek születés alatt történő sérüléseiről ír Wecker. A szülési fogó alkalmazása gyakran okoz izombénulásokat s főleg az abducat az, a mely gyakran szenved. A bénulás gyakran kikerüli az orvos figyelmét, mert a csecsemő nem fixál, nem convergál s így a hiányos izomműködés csak a későbbi korban ötlük szembe, strabismus convergens alakjában, a melyet ilyenkor rendszerint a hypermetropia eredményének tartanak. A szembéjakon gyakran előforduló chutes, úgyszintén a veleszületett s rendszerint egyoldalú ptosis aetiológiájában is alighanem jelentékeny szerepet játszik a nehéz szülés vagy fogóműtét traumája. Ezekkel szemben a szemnek direct sérülései fogó által a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. W. 3 esetről tesz említést, a melyekben a szemhéjak zúzódásán és oedemáján kívül a corneát elborító egyenletes fehér, teljesen átlátszatlan homályt észlelt, a nélkül, hogy akár a gyermekek egészségi állapotában, akár egyéb körülményekben magyarázatát találta volna ezen beszűrődéseknek; mindhárom esetben a gyermek nehezen született meg, fogó alkalmazása mellett. Ezen, valószínűleg nyomás okozta táplálkozási zavaron alapuló homályok atropin becséppentésekre lassanként feltisztultak. (Annales d'Oculistique 1896. július.)

A cornea taetoválását a szt.-pétervári Bellarmiroff klinikán úgy végzik, hogy a sublimat-oldattal készült crême-sűrűségű china-foucheba mártott vajt tüt lehetőleg hegyes szög alatt szűrják a cornea felhámja alá jó mélyen. Érdekes, hogy a taetoválást leukoma adhaerenseknél is gyakorolják, a nélkül, hogy az eljárás jelentékenyebb izgalmat okozna a szemben. Ha a leukoma az egész corneára kiterjed, akkor a pupillát ábrázoló fekete folton kívül még az irisnek megfelelő körkörös festést is végeznek, utánozva az ép szem irisének rajzolatát. Ha a leukomás szem hibás állású (kancsal), a pupillát oly helyre festik, hogy a kancsal állás lehetőleg kevésbé legyen feltűnő. (Witzinszky Recueil d'Ophth. 1896. 496. 1.)

Az utóhályogok discissióját Galezowszki az eddigiéktől eltérő módon végzi. A discissiót tüvel a corneaszélen át behatolva átszűrja a cataracta secundariát közvetlenül a pupillaszél mellett; a tüt azután átvezeti a hályog mögött a szemközi pupillaszél felé, ott ismét kifelé szűrja a mellő csarnokba s azután a tünek élet mellfelé fordítva fűrészelő mozgásokkal átvágja a hárttyát. A discindálás tehát hátulról mellfelé történik. Az eljárás még biztosabb, ha a mütő egy másik, az előbbivel szemközt beszűrt tüvel nyomást gyakorol a secundariára, a mely ily módon fixálva van s az átfűrészelő tü elöl ki nem térhet. (Recueil d'Ophth. 1896. 520. 1.)

Scholtz Kornél dr.

A keratitis striatáról írt cikkében újabban védelmére kel Hess tanár a már 1892-ben kifejtett ama nézetének, mely szerint a cataracta extractiók után jelentkező csikyszerű cornealis homályokat nem lehet oedema következményének tekinteni. Szöveti vizsgálatai és állatkísérletei inkább oda mutatnak, hogy e tünetmenty a cornea mélyebb rétegeinek ránczolására okozza. A corneában felül ejtett folytonosság megszakítás ugyanis oly módon hat a feszülési viszonyokra, mintha a cornea két oldalról a vízszintesben nyomtatnék össze, minek következtében a mélyebb rétegek a Descemet-hárttyával együtt verticalis irányban ránczolódnak, míg a felszínes rétegek ellenkezőleg, megfeszülnek. E magyarázattal jól összeegyeztethető, hogy a szürke sávot néha már az operatio után 5—6 óra múlva észlelhetni, míg az oedema kifejlődéséhez bizonyosan több idő kívántatnék; minél később áll helyre a csarnok, annál több idő múlva szokott jelentkezni. Miután a feszülésben beállott különbség legnagyobb a sebszelen s fogy a cornea közepe felé, azért a keratitis striatát is legkifejezettebben láthatni a sebszél mentén.

A cornea átfűró fekélyei is okozhatnak csikyszerű homályokat, melyek az említettekhez igen hasonlóak, csak hogy rendszerint radialis elhelyeződésűek. Nehéz elképzelni, hogy ezeket radiusokban fejlődő oedema hozná létre, míg az előbb adott magyarázat valószínűvé teszi keletkezésük okát. Szerzőnek tényleg volt alkalma egy 11 év előtt sérült szem szövettani vizsgálatánál meggyőződni, hogy az életben látható volt radialis szürke csikoknak a cornea mélyebb rétegeinek ránczosodása felelt meg; a Descemet-hárttya

a ránczok felett sértetlen volt, oedemának nyoma sem volt található. (Arch. f. Augh. XXXIII. B.)

Leitner Vilmos dr.

A hályogműtétek eredményeiről. Közli C. Devereux Marshall. Szerző a Royal London Ophthalmic Hospital öt évi (1889—1893) anyagát használta föl. Összesen tizennyolcz táblázatban számolt be az eredményekről, kiterjesztve mindenre figyelmét. Azon öt év alatt 1519 hályogműtétet végeztek és pedig 1091 esetben iridektomiával, 267 esetben iridektomia nélkül, 161 esetben előkészítő iridektomiával.

A beteg általános vizsgálata és előkészítése a műtétre ugyanoly módon történik, mint minden más sebészeti műtétre. A szembéjakat és a szem környékét a műtétet megelőző estén meleg vízzel és szappannal megmossák és azután a szemét egy sublimat-oldatba (1:4000) áztatott ruhával bekötik. Ha másnap reggel a szemhéjak összetapadtak, a műtétet elhalasztják; ha azonban nincs ellenjavallata a műtétnek, úgy 2%-os frissen készült cocain-oldattal való érzéstelenítés után a kötőhártyaszakot meleg bórsavas vagy sublimat-oldattal jól kiöblítik. A műszereket előzetes kifőzés után 1:40 carbol-oldatba helyezik. Műtét után mindkét szem 1—2 napig bekötve marad. Az operált szem rendszeren még egy hétig marad kötés alatt, azután sötét pápaszemet alkalmaznak.

A sebkészítés majdnem kivétel nélkül felfelé történik, legtöbbször conjunctivalis lebenynyel. Tokrepszítésre többször cystotomot használnak, némelykor a Förster-féle csipőt is, hasonlóképen a Graefe-féle kés is a tok oldalt való megnyitására.

A betegek látásának vizsgálata, ha csak lehetséges, kétszer történik, t. i. elboesáttatásuk előtt, körülbelül két héttel a műtét után és 6—8 héttel vagy több hónappal később. Utóbbi természetesen nem minden esetben lehetséges. Az eredményesen megoperált esetek másodszor nem szoktak a kórházba visszajönni és így a végleges eredmény sem vizsgálható mindig. A következőkben az eredményeket ismertetjük, a mint azt a szerző a tizennyolcz táblázatban bemutatja.

A látásvizsgálati eredményeknél négy fokozatot vesz föl: 1. v =  $\frac{6}{6}$  —  $\frac{6}{24}$ , 2. v =  $\frac{6}{24}$  —  $\frac{6}{60}$ , 3. v =  $\frac{6}{60}$ -tól—új-olvasásig, 4. v = kézmozgás vagy annál is kevesebb.

Legkedvezőbb az eredmény az iridektomia nélkül végzett operatióknál, mert ezek közül 78·38% látása volt az első fokozatba sorozható, míg az iridektomiával operált esetek közül csak 76·28%, az előkészítő iridektomiával operált eseteknél pedig csak 73·20%. Csakhogy ennek meg van az oka. Iridektomia nélkül csak oly esetekben operáltak, a melyeknél a szemben a cataractán kívül semmiféle más változás nem volt, sem pedig valamely kiállott szembaj nem volt felvehető. Ily esetekben tehát a gyógyulási arány is a legkedvezőbb. Így tehát nem is oly nagy a különbség az eredményeket illetően az iridektomia nélkül és az iridektomiával végzett operatiók között. Az előkészítő iridektomiával operált esetekben azért oly feltűnően kedvezőtlenek az eredmények, mert ezen esetekben rendszeren a hályogon kívül más szembaj is volt jelen részben a műtét előtt, részben a műtét idejében.

Másodfokú látást mind a három műtési módnál körülbelül egyenlő arányban értek el.

Harmadfokú látást (v =  $\frac{6}{60}$ —újolvasásig) iridektomia nélkül 2·47%-ban, iridektomiával 5·21%-ban, előkészítő iridektomiával 6·69%-ban nyertek.

Negyedfokú látást iridektomia nélkül 5·53%-ban, iridektomiával 4·95%-ban, előkészítő iridektomiával 5·99%-ban értek el.

Ha nem tekintjük eredményeseknek azon eseteket, a melyekben a látás nem éri el a  $\frac{6}{60}$ -ot, úgy az összeredmény a következő: Iridektomia nélkül 91·97%, iridektomiával 89·81%, előkészítő iridektomiával 87·29% operáltatott kellő sikerrel.

Összesen 117 nővel többet operáltak, mint férfiútt. Ezen többlet onnan származik, hogy több a nő általában, mint a férfilakosság.

Az iridektomia nélkül végzett operatiók 13·86%-nál észleltek iris-előesést, az iridektomiával végzett esetek közül csak 0·87%-ban. Az iris-előesés legtöbbször a beteg nyugtalan magatartásában leli okát, sokszor tüszentés stb. által jön létre. De van még egy másik oka is, midőn a prolapsus lassan, szinte észrevétlenül kifejlődik. Némely esetben lencserészek az iris



mögött visszamaradnak. Ezek felduzzadnak s lassanként kitolják az irist. A pupilla a sebfelé elhúzódik és néhány nap múlva az irist a sebben találjuk.

Üvegtestvesztés az iridektomia nélkül operált esetek 2·99%-ában, az iridektomiával operált esetek 3·75%-ában volt észlelhető. Legrosszabbak a viszonyok az előkészítő iridektomiával operált esetekben. Itt az üvegtestvesztés 10·81%. Csak hogy ennek oka ugyancsak abban rejlik, hogy előkészítő iridektomiával többnyire egyébként is beteg szemeket operálnak.

Tensio-emelkedést az iridektomia nélkül operált esetek 1·17%-ában, az iridektomiával operált esetek 0·42%-ában, az előkészítő iridektomiával operált esetek 0·71%-ában észleltek.

Az operáltak igen kis része szenvedett általános szervi bántalmakban. Volt összesen 7 egyén (0·42%) fehérvérnyelzéssel és 30 egyén (1·97%) diabetezzel.

A mi a kort illeti, a legtöbb eset a 60. és 70. életév közt került műtét alá. (Összesen 41·34%) Két beteget 90 éves korában operáltak.

Kiállott keratitis vagy iritis után 66 eset (4·34%) került műtét alá. Elégséges látás csak 60·41%-ban volt elérhető. 12·50%-nál csak kézmozgás vagy annál is kevesebb.

Sötétebb színű hályogot összesen 33-nál észleltek. Ezeknek 51·51%-ában myopia volt jelen. Elégséges látásnak 62·95%-ban volt elérhető. 18·51%-ban az eredmény nem volt több kézmozgásnál.

*Genyedés az iridektomia nélkül végzett operációk 1·78%-ánál az iridektomiával végzett műtétek 1·72%-ánál és az előkészítő iridektomiával végzett műtétek 1·58%-ánál következett be.* Feltűnő, hogy legtöbb a genyedés az iridektomia nélkül végzett műtéteknél, dacára annak, hogy ezen esetekben a szem rendszerint egyébként teljesen normalis. *Ennek oka kétségtelenül a gyakori iris-előesésben keresendő.* Legtöbb műtétet végeztek október havában (176), legkevesebbet augusztusban (65). Augusztusban az osztály jó ideig szünet miatt zárva van. Érdekes, hogy július havában legtöbb az iritis és genyedés, összesen 7·58%. Ennek oka abban rejlik, hogy a meleg nyári időben sok oly öreg, már nagyon elgyengült ember határozza el magát az utazásra a műtét végett, a ki télen állapota miatt ezt nem meri tenni. Már pedig épen az ily elgyengült öreg egyéneknek leggyakrabban fejlődik iritis vagy genyedés. Októberben sokkal kevesebb az ilyen szövödmény (3·40%) és novemberben, mikor leggyakoribb a nátha és bronchitis, éppenséggel csak 1·39%. Az iridektomia nélkül operált esetek közül 38-nál volt iris-előesés. Ezek közül csak 83·78% látása volt kielégítő ( $v = \frac{0}{6} - \frac{0}{100}$ ). Az iriskimetszés 8·10%-nál volt szükséges, 5·41%-nál az operatio eredménye semmi sem volt ( $v = 0$ ). *Tekintve azt, hogy iridektomia nélkül a különösen legjobb állapotban levő szemeket operálják, ezen műtéti mód éppenséggel nem biztató.* Az iridektomiával végzett műtétek közül 9 esetben vált szükségessé második iridektomia.

Az esetek 99·68%-át operálták cocain hatása alatt. Általános érzéstelenítés (aether vagy chloroform) csak nagyon nyugtalan egyéneknek volt szükséges.

Utóhályog miatt 404 esetben volt szükséges discissio, egyéb másodlagos műtétet végeztek 108, azonkívül 29 utólagos iriskimetszés. Az összes esetek 26·79%-ában volt szükséges a discissio, 7·04%-ában egyéb műtét és 1·90%-ában utólagos iridektomia.

A discissio által a látás a legtöbb esetben javul, de némelykor rosszabb lesz, a miben két főok szerepel. Az esetek 2·08%-ában glaucoma keletkezik a discissio után, 1·02%-ában pedig genyedés. Ezen complicatiók némely esetben a meglévő látóképességet is tönkre teszik. A genyedés discissio nyomában oly módon támadhat, hogy a tü visszahúzása után a nyíláson át kevés üvegtest búvik elő, mely ily módon a szabad levegővel érintkezve, könnyen fertőzöttek. Ha korán észrevesszük, galvano-cauter által nagyobb bajnak elejét lehet venni, de ha már a fertőzés megvan, úgy rendszeren súlyos genyedés fejlődik nyomában. A discissio az által is lehet ártalmas, hogy vastagabb tokmaradványok a tü által nem metszetnek szét, hanem csak vongáltatnak, a mi által a corpus ciliare és iris is vongáltatik és ily módon fejlődik ki a szem izgalmi állapota, mely a látást rontja.

Mindent összefoglalva az iridektomia nélküli műtétek leg-

nagyobb hátránya a gyakori iris-előesés. Az esetek egy nagy részében az irist utólagosan mégis ki kell metszeni és így a műtét legnagyobb előnye elvesz. Az iris-előesés mint olyan igen nagy veszélyeket rejt magában. Az előesett irisből kiindulólágy könnyen jöhet létre a szem általános fertőzése, a gyógyulás késleltetik az által, hogy a sebszék a közbeékelts iris miatt nem tudnak összetapadni. Ha ki is metszik az irist, nagy nehézségeket okoz az irisnek teljes visszahelyezése, a coloboma szárai gyakran belenőnek a sebbe, a miből ismét oly izgalom fejlődhetik, mely még a másik szemet is sympathikus gyuladással fenyegeti. Ha iritis folytán a pupilla elzáródása bekövetkezik, úgy azon esetekben, melyekben iridektomia is történt az extractio alkalmával, előnyösebb a helyzet, mert a hol coloboma nincsen, a teljes oclusio sokkal könnyebben jön létre. (The Royal London Ophthalmic Hospital Reports. Vol. XIV.)

—z—k.

**Az utóhályog műtétéről közöl adatokat da Gama Pinto.** Szerző 529 hályogoperáltja közül 326-nál végzett discissiót (61·6%). A javallat felállításánál nem köti magát egy bizonyos határhoz az extractio által elért látásélesség szempontjából. Miként Knapp, úgy ő is discindál, ha kockázattal nélkül számbavehető látásjavulást várhat; de Knapptól eltérőleg ő praeventive a sima és átlátszó hártát is discindálja, mert tapasztalata szerint idővel ezek is elzavarosodnak, s a látást megromtják. Különösen a klinikai és a szegény praxisban gyakorolja ezen időelőtti discissiót, miáltal egy ismételt operációnak költségeit, az utazási kiadásokat és alkalmatlanságokat megelőzi.

Elve, hogy csak éles, metsző eszközzel szabad discindálni; a secundariát fogóval kihúzni (Panas) vagy a cornea punctiója után horogra felesavarva eltávolítani (Meyer), avagy két szöles tüvel szétéptni (Schweigger), csak kivételes és synechiakkal nem complicált esetekben lehetséges. Wecker esipő ollója is inkább capsulo-iridotomiára jó, midőn az irissel összenőtt vaskos utóhályogról van szó. Szerző ily esetekben is előnyben részesíti a Graefe-féle kést, melylyel atropin-mydriasis mellett a secundariát a legnagyobb feszülés irányára merőlegesen metszi át. Operáláshoz ilyenkor mesterséges (gáz) világitást használ.

A corneán át eszközölt discissio igen kellemetlen complicatiója, ha üvegtest esik elő és a sebbe nő, utólagos infectióra adva ez által kiváló alkalmat.

Eme veszély elhárítására irányult szerző törekvése, midőn oly módon igyekezett operálni, hogy a seb üvegtest előesése után is gyorsabban forradván össze, csökkenjék a fertőzés lehetősége. A beszúrást tehát a sclerába tette át, a limbustól 6—8 mm.-re, s hogy a seb fedésére alkalmas kötőhártya részt kapjon, a szemtekét a rögzítés helyével ellentett irányban elforgatta. A kés hegye beszúráskor a bulbus középpontja felé irányul, pengéje a meridiánban áll. Beszúrást után a nyél súlyosztásával a kést a megfelelő pupillaszélig előtolva, a hártát hátulról előfelé szúrja át, a nyelet kissé emeli s a kést a szemközti pupillaszélig vezetve újból átszúrja a hártát, elülről hátrafelé; a közbeeső részt fűrészelő mozgásokkal metszi át. A kés kihúzásakor esetleg üvegtest esik elő, melyet azonban a conjunctiva elfed, s az utófertőzéstől megóv.

A leírt műtétet szerző discissio posteriorinak nevezi, a cornealis discissio anteriorral szemben. E módszer szerint 133 cataracta secundariát operált; sebfertőzés egy esetben sem következett be, míg 195 per corneam végzett discissiója után 2 vesztesége volt. Látásjavulást közvetlenül a műtét után a 133 eset közül 95-ször (71·4%), a 195 közül 107-szer (54·9%) tapasztalt.

Műtét modora eredetiségre igényt nem tart, csak ily számos esetben való következetes alkalmazása új. (Klin. Monatsblätt. f. Augh. XXXIV. Jahrg.)

**Az antisepsis és asepsis kérdésével foglalkozik Bach Lajos dr.** A már ez irányban végzett kísérleteit kiegészítendő, megfigyeléseket tett a mechanikus tisztogatás, egyszerű konyhasó-oldattal való öblögetés és a sublimat (1:3000) irrigatio hatását illetőleg. Az egyes eljárások értékének pontos megítélhetése céljából kísérlet előtt és után oltás által igyekezett tudomást nyerni a szemhéjszékelen és a kötőhártyaszékelen található csirok mennyi-



ségéről, illetve minőségéről. Eredményül úgy találta, hogy a mechanikus tisztítás egyidejű physiologikus konyhasó irrigatióval a csirok számát inkább leszállítja, mint az egyszerű aseptikus öblítés, többet azonban a sublimat sem tesz meg. Bármely antisepticum többé-kevésbé izgatja a conjunctivát, oly töménységben pedig, melyben bacteriumölő képességét kifejthetné, a kötőhártyára nem alkalmazható. Minek tehát fölösleges izgalmat kelteni, mikor tudjuk, hogy a netalán jelenlevő csirok fertőzésének veszedelme is aseptikus sebzés mellett oly csekély? Ellenben az antisepticumok által előidézett hurut csak fokozza a fertőzés lehetőségét, alkalmazásuk tehát úgy bacteriologiai, mint klinikai szempontból is helytelen. (Arch. f. Aughk. XXXIII. B.)

295 hályogműtétről számol be *Albrand W. dr.*, melyet Schöler klinikáján végzett. E műtétek 1892-től 1895-ig terjedő időszakra esnek, melynek első felében az iridektomia nélküli operációk szerepelnek, míg súlyos szövődmények (iridocyclitis, hyphaema, oclusio pupillae stb.) miatt a második félben az iridektomiás methodushoz tértek vissza.

Kétoldali hályogot egy ülésben szoktak operálni; a 295 közül 50 esik az időbelileg ily módon operáltakra. Könnytömlő bajjal complicált esetekben újabban a Vulpius-féle állandó sonda jön alkalmazásba; blennorrhoea sacci miatt 2 szem pusztult el. A beteg nyugodt tartása érdekében ajánlatos néha már a műtét előtt való nap begyakorolni a beteget a szemhéjterpesztő türelmes elviselésére. A tok- vagy kéregrészletek kihajtása végett a corneát hosszasan surolni, vagy eszközöket ismételtelen bevezetni nem célszerű, mert a tartós mechanikus izgatás által alkalmasabbakká tesszük a szöveteket az esetleges infectióra.

Az első, többnyire száraz kötés, rendszeren 4—5 napig marad, csak erősebb kötőhártya izgalom esetén változtatják már a 2-dik vagy 3-dik napon a nedves kötést. A szemesepek sterilizására nagy gondot fordítanak.

A 144 iridektomiával végzett extractio eredménye:

látásélesség = $\frac{5}{5}$ — $\frac{5}{70}$	126 esetben
" = $\frac{5}{70}$ — kézmozgás észrevévés	10 "
" = 0	7 "
vizsgálat nem történt	1 "

A 7 szem panophthalmitis, iridocyclitis folytán ment tönkre. Üvegtestvesztéség műtét közben 7-szer, iritis az utókezelésben 7 esetben volt.

A 151 iridektomia nélkül végzett extractio eredménye:

látásélesség = $\frac{5}{5}$ — $\frac{5}{70}$	132 esetben
" = $\frac{5}{70}$ — kézmozgás észrevévés	10 "
" = 0	6 "
vizsgálat nem történt	3 "

6 szem panophthalmitis, iridocyclitisben veszett el, közülök egyet a másik szem sympathikus gyuladása miatt enucleálni kellett. Üvegtestvesztéség műtét közben 6-szor, iritis az utókezelésben 12 esetben volt. (Arch. f. Aughk. XXXIII. B.)

A szemfenék gummái *Hirschberg*-től. Meglepő, hogy még a legjobb tankönyvek is hallgatnak a szemfenék gummáiról, s pedig a lencsén, üvegtesten és corneán kívül a szem minden szövete szolgálhat székhelyül. Az iritis luetica tulajdonképpen papulás alak s nem számítható e csoportba. A szemfenéken az *érhártyában* vagy a *látóidegen* foglalhat helyet a valódi gümma. Előbbi esetben a syphilisben szenvedő beteg szeme megfájul, kivörösödik, látása gyorsan romlik s a retinát egy helyen egy fehéres csomó letolja, néha az inhártyán is átüt. Erélyes antiluetikus cura segíthet, de a látótér szükület megmarad. A nervus opticus gummája, mint nagyfokú neuroretinitis jelentkezik s minden valószínűség szerint maga a látóideg az, mely a bulbus mögött a gummás megbetegedés székhelye. Végül a „gümmei“ elnevezés aetymológiáját fejtegeti, szerinte az aegyptomi eredetű s a Papyrus Ebers-ben tehát 3400 évvel ezelőtt már leírták. (Centralblatt für Augenheilkunde 1896. 428. o.)

A nagyfokú rövidlátás operatív kezelésének kérdése az angol orvosok ez évi 64-dik congressusán. Az első előadó

*Lewford* (London) volt, ki azzal kezdte meg a megbeszélést, hogy az operálás jogosultságát kétségen felülinek jelentette ki. A kérdést 4 részre osztotta, s első sorban a myopia *fokáról* nyilatkozott, szerinte nem lehet egyszerűen dioptriákban kifejezni a hatást, mivel a beteg kora, egészsége, a myopia jellege, s a complicatiók is szóba jönnek. Tény az, hogy minél nagyobb a myopia foka, annál nagyobb a fénytörés alászállításának értéke: átlagban 13—16 D; ha pedig esetleg hypermotriássá válik a szem, még mindig jobb a beteg helyzete, mint mikor 10—12 D myopiája volt. A mi a betegek *korát* illeti, kezdetben csak fiatalokat operáltak, de mióta *Sattler* és *Hippel* azon tapasztalatot közölték, hogy öregeket is sikerrel operáltak s ezek lencséje nem bizonyult sclerotikusnak, a kor határát lényegesen kiterjesztették. Az operálók többsége most *Fukala technikáját*: az előzetes discissiót s az azt követő cornea punctiót fogadta el, míg *Vacher* a direct extractio híve izoláltan maradt. A mi az operálás *eredményét* illeti, munkaképesekké válnak az eddig munkaképtelenek, s ezt nemcsak a rövidlátás megszűnése, hanem a látás élesség növekvése is okozza. E javulás oka valószínűen a) a retinalis kép nagyobb volta, b) a macula lutaea több fényt kap, mert kisebb a dispersio, mit a concav-üvegek s a fénytörő felületek okoznak. Arra azonban bajos felelni, hogy a műtét megállítja-e a myopia növekvését, s hogy akadályozza-e az ablatio retinae keletkezését. Vannak, kik a jó hatást ez irányban is erősítik.

*Cross* (Bristol) szintén az operálás hívének vallja magát. Kilencz operáltja mindegyike lényeges hasznot nyert. Fiatal korban discindál, idősebbeknél extrahál, az egyik szemet néha érintetlenül hagyja az olvasás kedvéért. Minden egyes esetet külön kell megítélni, általános szabályok nincsenek.

*Argyl Robertson* reservált álláspontjának megfelelően csak keveset operált, de mindkét esetében igen jó eredményt ért el.

*Maxwell* (Dublin), *Rayner Bassen* (London), *Little* (Manchester) az operálás mellett foglaltak állást s csak *Juler* (London) volt az egyetlen, ki elítélően nyilatkozott. Kedvezőtlen ítéletét az iritis, ablatio retinae, glaucoma és ophthalmia sympathica veszélyével indokolta meg.

(Mint ismeretes az angolok kezdetben nagyon reserváltan nyilatkoztak az operálásról, úgy látszik azonban, hogy ott is kezd tért hódítani. S valóban ilyen óvatos eljárás az egyedüli helyes methodus. *Juler* kedvezőtlen ítéletét misem indokolja meg. Iritis, glaucoma s különösen a sympathiás megbetegedés oly complicatiók, melyek ma már biztonsággal elkerülhetők. Az ablatio retinae pedig — minden jel oda mutat — nem gyakoribb az operált szemeken, mint az érintetlenül hagyottakon. Erről persze csak évtizedek tapasztalatai adhatnak *biztos* felvilágosítást. Épen ezért, a mennyire jogosult az operálás véghezvitele, épen olyan helyes, ha azt *egyelőre* csak egyik szemem végezzük. Ref.) Annales d'Oculistique. Tome CXVI. L. Nr. 4. 1896. Octobre. G. E.

A trigeminus élettanáról ír *Krause Fedor dr.*, oly embereken végzett vizsgálatok alapján, kiknél a *Gasser*-féle dúczot kiirtották. A szemre vonatkozó észleletek röviden a következők. Az átmetszés pillanatában mutatkozó elváltozások az asepsisre való tekintettel emberen nem voltak megfigyelhetők. Minden esetben évekre kiterjedően *teljes érzéstelenség* mutatkozott a corneán és az egész conjunctiván. A pislogás azonban a másik szemmel synergikusán továbbra is változatlanul fennállott; s ezért emberen cornealis borússág és fekélyképződés nem állott elő. A szemteke feszülése és a szemtükri lelet nem változtak. Három esetben a műtét előtt voltak már jelen gyuladásos elváltozások. Az első esetben 71 éves nőbeteg chron. genyész kötőhártyagyuladása a *Gasser*-féle dúcz kiirtása után is változatlan maradt. A második esetben 55 éves férfi blennorrhoea sacci-ban szenvedett. Három nappal a műtét után keratitis lépett fel, melyhez csakhamar hypopyon társult. A gyuladás igen lassan (9 hó alatt) gyógyult. A harmadik esetben 70 éves nőbetegen 2 évvel a műtét után felszínes keratitis keletkezett, mely zavartalanul gyógyult. Úgy látszik tehát, hogy az anaesthetikus oldalon csökkent ellenálló képesség van jelen gyuladást okozó befolyásokkal szemben. Magában véve a trigeminus-működés szünetelése zavarokat nem okoz, s nem is szükséges óvintézkedéseket tenni keratitis neuroparalytica ellen. Két esetben a szemrés az operált oldalon szűkebb-



nek mutatkozott, s enyhe enophthalmus állott fenn. A pupillák különbözően viselkedtek. Egy esetben egyenlő tágaságuk és jól reagáló maradtak. Más esetben az operálás oldalán a pupilla tágabb maradt, összehúzó és accomodatióra összehúzódott ugyan, de relative tágabb volt. A fényreactio kevésbé intenzív volt az ép szemhez képest. Biztos következtetések e tekintetben nem tehetők; úgy látszik, hogy individualis különbségek vannak a trigeminus működésében. A könnyelválasztás minden esetben állandóan csökkentnek mutatkozott, azonban a szem elegendően maradt nedvesítve. Kétségtelen, hogy a trigeminus a könnyelválasztásra lényegesen folyik be. A könymirigyhez futó rostok a n. lacrymalis és n. subcutaneus malae-ben tehát részben a trigeminushoz tartoznak, másrészt azonban kell, hogy más ideg is — a n. facialis — végezze részben ezen működést, minthogy a könnyelválasztás nem szünetel teljesen. A látás sohasem szenvedett. (*Münchener medic. Wochenschrift*, 1895. 25. sz. stb.) B. F.

Feilchenfeld az atrophia nervi optici aethiologiájáról értekezik. A kielői szemklinika 38,000 betege közül 625 esetben volt jelen látóidegsorvadás. A bántató oka: 59 esetben neuritis volt, 29 esetben meningitis, 28-szor acut fertőző betegség, 10 esetben tabes, 3-szor sclerosis multiplex, 4-szer orrdaganat, 5-ször hydrocephalus, 32-szer lues, 37-szer trauma, 4-szer iszákosság, 7-szer súlyos meghűlések, 21-szer veleszületett, 3-szor kretinek-nél fordult elő; ritkább okokként fordult elő: terhességnél 7-szer, gyermekágyban 1-szer, cessatio mensium eseteiben 7-szer, embolia art. centr. után 4-szer, diabetes mellett 4-szer, apoplexia után 4-szer, káprázás villámcsapás folytán 3-szor és arsen-mérgezés következtében 2-szer. (*Inaug.-Dissert. Kiel*, 1896.) B. F.

A veleszületett lues tüneteiről Silex-től. Szerinte a veleszületett syphilitre három pathognomonikus tünet van: a chorioiditis areolaris, a metszőfogak jellegzetes elváltozása és ajak s arczhegek. A szemorvosok joggal szólhatnak a tárgyhoz, mivel Fournier szerint 212 veleszületett lues között 101 ízben vannak a szemek megbetegedve. Az arcz hegeit Silex mikroszkopiai metszeteken tanulmányozta, akkor jellegzetesek, ha az ajaktól messzire betérjednek az arcz bőrébe. Azt javasolja, hogy pseudohegek nevét viseljék, mert hiányzanak a hegekre jellegző elváltozások. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1896 Nr. 7., *Archiv f. Augenh.* XXXIII. 3., 57. o.)

Alkalmazkodási bénulás és diphtheria-serum Guttmanntól. Szerző szerint a Behring-serum nem prophylacticum a post-diphtheriás alkalmazkodási bénulások ellen, sőt még fennállásuk idejét sem rövidíti meg. (*Archiv für Augenh.* XXXIII. 3., 59. o.)

Intracranialis daganat operatív eltávolítása Seydel-től. Szerző számítása szerint 100 agydaganat közül hat operabilis és három esetben siker érhető el. Egy ilyen kedvező esetről referál. 47 éves férfi 32 éves korában ütést szenvedett koponyáján. 1895-ben szédülés, apathia, jobb kar és láb paresise, fejfájás jelentkeztek. Bal szemfenéken atrophia nervi optici,  $v = \frac{1}{6}$ ; jobboldalt pangásos papilla  $v = \frac{2}{5}$ ; jodkalium adagolásra, higanycurára az állapot romlott. Jobboldalt  $\frac{1}{8}$ , balon ujjakat olvasott. 1896. január havában a Rolando-sulcusnál végzett trepanálás cseresznyemagnagságú, kökemény, a gyirusokba benyomuló fibromát derített ki. Az eltávolítást zavartalan gyógyulás követte. A pangásos papilla jobboldalt eltűnt, visus  $\frac{5}{6}$ , baloldalt  $v =$  ujjak olvasása  $\frac{1}{3}$  meterről. A baloldali rossz látás oka a papillo macularis kötegek bántalmazottsága, ez pedig direct nyomástól magyarázható. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1896, Nr. 13, *Archiv für Augenh.* XXXIII. 3., 60.)

## A budapesti egyetem szemklinikája az ezredéves tárlaton.

A budapesti egyetem szemklinikája által az ezredéves tárlatra kiállított tárgyak a közoktatás csarnokában az egyetem többi intézetei s klinikái csoportjában foglaltak helyet. A bemutatott tárgyak összeállításakor az volt az irányt adó szempont, hogy

az érdeklődők bepillantást nyerhessenek a klinikának az oktatás és a tudományos munkálkodás terén kifejtett működésébe.

A három graphikai tábla azon fejlődésről tesz tanbizonyosságot, melyet a klinika betegforgalma az utolsó 2 évtizedben mutat. Míg 22 év előtt (az 1873/74. tanévben) mikor Schulek Vilmos tanár vette át a klinika igazgatását, a járó betegek száma 1060, a klinikán ápoltaké 276, az operáltaké 291 volt, addig 1895-ben 8160 új járó betegnek rendeltek, 900-at kórházilag ápoltak és 1010 nagyobb szemoperálást végeztek. A betegforgalom emelkedése tehát 8-szoros. Mindez első sorban az új szemklinikának, a törvényhozás áldozatkészsége által lehetővé vált személyzet létszáma emelkedésének s a megkönnyített közlekedésnek tudható be.

A nagy forgalom nemcsak változatos beteganyagul szolgál az orvostanhallgatók s a klinikai orvosok alapos kiképzésére, hanem alkalmat nyújt tudományos kérdések tisztázására. Ez anyagnak mindkét irányban való felhasználásáról akar tanúságot tenni a mikroszkopiai praeparatumok gyűjteménye. E vizsgálatok a betegségek lényegének felismerésére, a felismert tényeknek érthetővé tételére egyaránt jó szolgálatot tesznek. E laboratoriumi munkában Schulek Vilmos tanár volt s jelenlegi segédei vettek részt.

A 2 dobozban kiállított eszközöket Schulek<sup>1</sup> tanár saját kerek pupillás hályog-operálásához konstruálta; az ábrák pedig — helyszüke miatt — ilyen módon mutatják be a Paquelin-féle thermocauternek Csapodi István<sup>2</sup> tnr. által tervezett égető végeit, a Neupauer-féle<sup>3</sup> könnyondákat, s Issekutz<sup>4</sup> szemet védő kötését. Mindhárom Schulek tanár segédei voltak. Végül egy füzet<sup>5</sup> azon irodalmi munkásságról számol be, melyet Schulek tanár és tanítványai kifejtettek.

34 munkás 264 dolgozattal vett részt a magyar tudományos irodalom fejlesztésében. A dolgozatok kivétel nélkül először magyar nyelven jelentek meg s a külföldi folyóiratokban közölt fordítások vagy kivonatok minden egyes alkalommal jelezték az eredeti forrást. Ez oly eljárás, mely alkalmas egyrészt a magyar tudományos irodalom megerősítésére, másrészt pedig a nyugati culturával való érintkezésünket is fenntartja; oly felfogás, melyet Schulek tnr. az 1895-ben megjelent „Ungarische Beitrage zur Augenheilkunde“ című gyűjtőmunkája előszavában kimerítően kifejtett. Kivánatos, sőt szükséges, hogy ez elv szolgáljon irányadóul mindazoknak, kiknek munkakört a magyar állam ad; így azután megvalósíthatóvá válik az utóbbi időben ismételve hangsúlyozott irány: a nyugati culturához való csatlakozás mellett a nemzeti tudományos irodalom ápolása.

## VEGYESEK.

— A brassói magyar kir. szemgyógyintézetben az 1895-dik évben 571 beteget ápoltak s 428-at járólággal kezeltek. Az operálások száma 127, ezek között 53 hályogoperálás, 23 iridektomia stb. A napi ápolási díj 56 kr., s az ápolási napok száma 12,889. Az elmúlt 1895-dik évben a kórház 24 éven át volt igazgató főorvosa: dr. Fabritius József lemondott s helyébe fiát, dr. Fabritius Ágostot, nevezték ki.

— A német szemorvosok nagyérdemű nestora: Förster, boroszlói tanár lemondott, helyébe Uthoff marburgi egyetemi tanárt hívták meg, míg utóbbi helyét Hess, a lipcsei egyetemi szemklinika I. assistense s egyet. nyilv. rk. tanár nyerte el.

A baseli egyetemen Schiess-Gemussens helyébe Mellingert nevezték ki a szemészet tanárává.

A szemorvosok heidelbergi egyesülete a Graefé-érmet Leber tanárnak adta.

— *Uj könyvek.* Hirsch: Grundriss der Augenheilkunde. Wien 1896. Chauvel: Etudes ophtalmologiques. Paris 1896.

Groenow: Anleitung zur Berechnung der Erwerbsfähigkeit bei Sehstörungen. Wiesbaden 1896.

<sup>1</sup> Orvosi Hetilap. Szemészet 1892. 2., 1893. 1., 1895. 1., 2.

<sup>2</sup> Orvosi Hetilap. Szemészet 1893. 4.

<sup>3</sup> Orvosi Hetilap. Szemészet 1892. 6.

<sup>4</sup> Orvosi Hetilap. Szemészet 1887. 6.

<sup>5</sup> Schulek Vilmos tnr. A budapesti kir. m. tud. egyetemi szemklinikai orvosi személyzetének irodalmi működése az utolsó 25 év alatt. Budapest 1895.

