

# 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 a Korányi Frigyes egyetemi ny. r. tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodáról.

Az oxygen belégzések hatása cyanosisnál.

Kovács József dr., kórodai gyakornoktól.

Mióta Ephraimnak<sup>1</sup> exact kísérleteivel sikerült bebizonyítani, hogy a szervezet oxygen felvétele bizonyos mértékben befolyásoltatik több vagy kevesebb oxygennek jelenléte által a környező légkörben, a physiologusok merev álláspontja is megtört ebben a kérdésben. A köztudatba azonban még nem ment át egy fokozott oxygen hatás lehetősége; ép ezért ezélszerű lesz előbb ezzel a kérdéssel is foglalkozni. A physiologusok és klinikusok egy része abból az általános tételből indulva ki, hogy az oxygen a vér által nem absorbeálva van, hanem annak egy részével laza vegyi összeköttetésben áll, azt következtetik, hogy a szervezet oxygen felvétele független a környező légkör oxygenjének partiaryomásától, s egyenlő mérvben vétetik fel a vér által, ha a környező légkörben kisebb, vagy nagyobb mennyiségben van jelen.

Az általános törvény tényleg ez; azonban számos kísérlet által be van bizonyítva, hogy ezen törvény fel- és lefelé is bizonyos határokon túl nem állhat meg oly mereven.

A vizsgálatok, melyekre ezek a nézetek támaszkodnak, részben vérrrel in vitro, részben pedig megfelelő viszonyok közé hozott állatokon végeztettek. Worm-Müller<sup>2</sup> állatoktól vett arteriosus vért különböző partiaryomású oxygenel hozott össze és azt találta, hogy a vér az oxygen partiaryomásától függetlenül veszi fel az élelyt, annyira, hogy 75 mm. légnyomás mellett is telitődik a vér oxygenel s ebből azt a következtetést vonta le, hogy az élőszervezet oxygen felvétele is teljesen független az oxygen partiaryomásától a környező légkörben.

Worm-Müller ezen következtetésének átvitele az élő szervezetre rendkívül elhibázott dolog. Mert eltekintve attól, a mit Paul Bert, Fraenkel, Hüfner<sup>3</sup> is kifogásolnak, hogy ő t. i. kísérleteit szobahőmérsékletnél végezte, már pedig ezen bűvárok bebizonyították, hogy az oxygen dissociatioja már jóval nagyobb partiaryomás mellett kezdődik a test hőmérséke mellett: figyelembe veendő az is, hogy az ő kísérleteinél a vér közvetlenül s hosszú ideig érintkezik a környező oxygenel: két tényező, mely az oxygen felvételt jelentékenyen könnyebbíti, s a mely az élőszervezetnél elesik. Worm-Müller kísérleti eredményeit magukévá tették Regnault és Reiset, valamint Mayer és Bohmen,<sup>4</sup> kik az oxygennek részben nagyobb, részben jóval kisebb partiaryomása alá helyezvén az állatokat, azt találták, hogy ezektől függetlenül viselkedik az állatok vérének oxygen tartalma és csak az oxygen partiaryomásának rendkívüli leszállítása mellett constatáltak az állatokon dyspnoét.

<sup>1</sup> Dr. Alfred Ephraim, Ueber Sauerstofftherapie. Berlin, 1890.

<sup>2</sup> Bunge, Lehrbuch der physiolog. u. pathol. Chemie. 232 o.

<sup>3</sup> Ibidem 233. o.

<sup>4</sup> Nothnagel-Rossbach, Arzneimittellehre, Sauerstoff.

Ezektől eltérő eredményeket kaptak Bert és Hadra.<sup>1</sup> Mindkettőnek vizsgálatai különös figyelmünket érdemlik meg.

Bert, mert számos körültekintő állatkísérletet végzett, tekintettel lévén az anyagcserére és Hadra, mert saját magán végezte vizsgálatait, ugyancsak tekintettel lévén anyagcseréjére. Midőn Bert kísérleti állatait  $\frac{1}{2}$  atmosphaerikus nyomás alá helyezte, azok erős dyspnoét kaptak és ilyenkor leölve azokat, arteriosus vértiket erősen venosusnak találta, a kiválasztott napi huyany mennyiség pedig felére szállt le, jelétül annak, hogy az oxygen felvétel s ezzel karöltve az élelylési folyamat hiányosan történt.

Ha viszont állatait az oxygen rendes partiaryomásának 2—3-szorosan alá helyezte, azt találta, hogy a vér oxygen tartalma, ha nem is arányosan a partiaryomás emelkedésével, de jelentékenyen növekedik; sőt vizsgálatai azt is mutatják, hogy még a normalis állat oxydatioja is élénkül, a minek megfelelőleg az állat kiválasztott huyany mennyiségét is a rendeshez képest 30%-kal nagyobbak találta. Hadra, a ki természetesen nem tette ki önmagát az oxygen partiaryomás ily nagy ingadozásainak, ennek megfelelőleg kisebb értékeket kapott ugyan, de adatai megfelelnek a Bert eredményeinek.

Újabban Krausz és Chvostek<sup>2</sup> végeztek különböző betegeken oxygen belégzéseket, s azt találták, hogy a tiszta oxygen belégzés mellett a vér oxygen tartalma jelentékenyen emelkedik. Végül még egy ténytet legyen szabad felhoznom arra nézve, hogy mennyire nem közömbös az a szervezetnek, hogy milyen partiaryomás alatt kapja az oxygent. Merrier, ki családjával Zürichben tartózkodott (500 m. magasban), saját magánál a vörös vértelkeések számát 5,500,000-nek találta. Midőn pedig 1500 m.-rel magasabb helytet keresett fel, azt találta, hogy 4 napig bizonyos légszomj, bizonyos oppressio érzete tartotta fogva, csak 4 nap mulva, midőn vörös vértelkeeseinek számát  $1\frac{1}{2}$  millióval felszaporodva találta, állott helyre ismét normalis közérzete.

1500 m. magasság az oxygen partiaryomásának  $\frac{1}{5}$ -ét teszi csak ki s ime a vér ezen csekély különbség mellett már nem képes szokott beállítása mellett a szükséges oxygent felvenni, csak úgy, ha az oxygent megkötő sejtek szaporodnak.

Ezek az irodalmi adatok állottak rendelkezésemre, midőn a beteg, kit Fodor klinikai assistens deczember hóban mutatott be az orvosegyesületben, vizsgálataimat január hó végén megkezdtem. Most pedig legyen szabad a betegnek, ki vizsgálatom tárgyát képezte, rövid kórrajzát adni.

Molnár Róza, 18 éves, régibb idő óta fekszik az I. belkórodán stenosis ostii arteriosi dextri et defectus septi ventriculorum diagnosissal.

Az illető jól fejlett s táplált, bő bőralatti kötőszöveti zsírtartalommal bíró nő, a ki időnként szívdobogásról s légzési nehézségekről panaszkodik; főpanaszát mégis a gyakori fejfájás, a csaknem folytonos szédülés és az általános bágyadtóság képezik. A beteg már az első pillanatra is az arczon, orron, ajkakon, fülezimpákon, valamint a test más distalis

<sup>1</sup> Dr. A. Fränkel, Virchow Archiv 67. köt.

<sup>2</sup> Krausz u. Chvostek. Wien. mediz. Wochenschr. 1891. Nr. 33.



részein fennálló intenzív kékes-vörös, azaz inkább szederjes szín és ugyanezen részek hűvös tapintata által tűnik fel. Ezzel ellentétben feltűnik, hogy a csekélyebb fokú májtumortól eltekintve alig van más pangási tünet. Vizeletben fehérje csak időnként mutatható ki, de akkor is csak nyomokban. Az említettek közül két körülmény kapja meg figyelmünket; először az a rendkívüli s élőben igazán ritkán látható cyanosis és másodsor, hogy ezen óriási cyanosis mellett nagy vérköri pangásnak alig van tünete. Már a külső tényekből ítélve, alig lehetett kétségünk, hogy a vérnek rendkívüli oxygenhiányával van dolgunk. A további vizsgálatok ezt a felvételünket tényleg megerősítették. Számos klinikai vizsgálat által be van bizonyítva, hogy mindentűn, hol hiányos élely felvétellel találkozunk, hol könnyebb vagy súlyosabb dyspnoéval, szénsav felhalmozódással van dolgunk, ott ezzel arányosan a vörös vérszámok száma kisebb vagy nagyobb mérvben megszorodik. Ez volt esetünkben is várható. A vérszámok számlálása alkalmával tényleg 9.600,000-nek találtam a vörös vérszámok számát. Banholzer egy hasonló esetében ugyanennyit talált.

További támpontul a vörös vérszámok mondhatnám oxygenhiány okozta intoxicációjára vonatkozólag Hamburger s Limbeck kísérletei szolgáltak. Mindketten frissen vett véren  $\text{CO}_2$ -t áramoltatva keresztül, bebizonyították, hogy az O-hiány, a vörös vérekecsék és a plasma szilárd alkatrészeinek egymáshoz való viszonyát oly értelemben változtatja meg, hogy a vörös vérszámok  $\text{NaCl}$ -t vonnak el a serumtól és cserébe más szilárd alkatrészeket adnak le. A végeredmény tehát az, hogy a serum konyhasóban jóval szegényebb lesz. Ezen beteg plasmáját  $\text{NaCl}$ -ra megvizsgálva a  $\text{NaCl}$ -t 0.46%-nak találtam. A normalis vér serumának  $\text{NaCl}$ -tartalma 0.58—0.60 közt ingadozik. Az I. belklinikán végzett számos vérvizsgálatunk alapján mondhatom, hogy ennél alacsonyabb értéket szívujjoknál és pedig ezek incompensált stadiumban találtunk, a kinnél a  $\text{NaCl}$  0.54—0.56% közt ingadozik. Még ezeknél is kisebb értékeket pneumonia crouposánál találtam és pedig egy gyorsan terjedő s súlyos dyspnoéval járó esetben a vér  $\text{NaCl}$ -tartalma 0.50%-ra szállt le. Ennél alacsonyabb értéket számos vizsgálatunk alatt egyetlen egy esetben sem találtunk. Azt hiszem az elmondottak után a  $\text{NaCl}$  ezen viselkedése szintén világosan mutatja a vérnek jelentékeny oxygenhiányát.

Hamburger és Limbeck imént említett vérvizsgálatait in vitro én a következőképp egészítettem ki: Nyulaknak a carotisát megnyitván, tisztán arteriosus vértüket arra használtam fel, hogy ezen véren ugyanezen in vitro  $\text{CO}_2$  áramot vezetve keresztül 6—8 percig, arra vizsgáltam, hogyan viselkedik ezen vér osmosis nyomása a  $\text{CO}_2$  behatása folytán.

Vizsgálataim azt bizonyították, hogy a  $\text{CO}_2$  áram behatása alatt a nyúlvér fagypontsúlyedése, mely rendes viszonyok közt 0.56°—0.64° közt ingadozik, felment 0.72°-ra. Az oxygen szegény vér osmosis nyomása tehát rendkívül nagy.

Ebben az esetben megvizsgálva a beteg vérenek fagypontsúlyedését, azt 0.69%-nak találtam. Korányi Sándor vizsgálataiból tudjuk, hogy ez oly nagy érték, a melyet szív-incompensatiók legmagasabb fokán sem találunk. Ismételt hangsúlyoztam már, hogy ennél a betegnél pangásnak csak csekély tünetei vannak; a pangás rovására tehát alig lehet ezen nagy értéket írni. Nyilvánvaló, hogy a mit a  $\text{CO}_2$  a friss nyúlvérrel in vitro tett, ugyanez történik ennél a betegnél is az oxygenhiány miatt. A fejtegetéseim további folyamán említendőek annál inkább feljogosítanak ezen következtetésre.

Az elmondottak alapján nem lehetett kétségünk az iránt, hogy a vérben talált elváltozások tulajdonképpen a vérben felhalmozódott  $\text{CO}_2$  által idéztetnek elő.

De ha a vér jelzett elváltozása csakugyan az oxygenhiány következménye, úgy várható volt, hogy nagyobb oxygen behatás alatt, a vér ismét a normalis felé közeledik, feltéve, hogy a vér által bizonyos körülmények közt tényleg több oxygen vétetik fel. Hamburger és Limbeck kísérleteiben ugyanis az történt, hogy midőn a  $\text{CO}_2$ -vel átáramoltatott véren át oxygent vezettek keresztül, a serum  $\text{NaCl}$ -tartalma ismét

elérte eredeti értékét. Az én vizsgálataimból hasonlóképp az tűnik ki, hogy mikor a  $\text{CO}_2$ -val telített véren át ismét oxygent vezettek néhány percig keresztül, a nyúlvér fagypontja 0.72°-ról leszállt 0.65°-ra. (Mellesleg megjegyzem, hogy ismételt  $\text{CO}_2$ -áramát vezetése után a vér fagypontra fekvése megint felment 0.71°-ra.) Ezen tényeknek figyelembe vétele mellett ajánlotta Korányi Sándor tanár úr e betegnél az oxygen belégzéseket. A belégzések tiszta oxygennel történtek; a belégzett oxygen tehát a rendes atmosphaerikus partiaryomásának ötszörösét tette ki, térfogatban 25—30 liter oxygen használtatott el egyszerre  $\frac{3}{4}$  órai időtartam alatt.

Az oxygen belégzés hatásáról a betegnél következőképp győződtem meg: a mint fentebb említettem, a vér fagypontsúlyedését belégzés előtt 0.69°-nak, konyhasótartalmát pedig 0.46%-nak találtam belégzés előtt; most belégzés után ismételttem ezen vérvizsgálatot és fagypontját most már csak 0.66°-nak,  $\text{NaCl}$ -tartalmát pedig 0.50%-nak találtam.

A második vizsgálat alkalmával, mely 8 belégzés után történt, a vér fagypontsúlyedését 0.65°-nak találtam belégzés előtt; ugyanekkor a  $\text{NaCl}$  felemelkedett 0.52°-ra.

(Folytatása következik.)

## Közlemény Kézmárszky Tivadar egy. ny. r. tanár I. szülő és nőbeteg klinikájából.

### A carcinoma uteri gyógyításáról.

Közli Bäcker József dr., I. tanársegéd.

(Folytatás.)

Ha tehát a szülésnek, mint traumának behatását el kell ejtünk, nem marad más hátra, mint hogy felvegyük, hogy az előrement szülések, és pedig annál könnyebben, minél többször ismétlődtek, a méh belsejében oly elváltozásokat létesítenek, melyek bizonyos körülmények között rosszindulatú elfajulásra hajlamosak. A rosszindulatú elfajulásra hajlamosító körülmények között első szerepet játszik a climacterium.

E felfogást, hogy endometritisből támad a carcinoma, megerősíteni látszik azon körülmény is, hogy 70, carcinoma miatt exstirpált uterusunkat Fleischmann Hugó, barátom szíves volt mikroszkopice megvizsgálni s esupán 3 esetben találta az endometriumot épnek, a többi a Ruge-féle 3 alak egyikét mutatta; sőt 16 esetben a portio carcinoma mellett tipikus erosiót is talált és egyes esetekben az erosió fődte a carcinomát.

Tehát a szövettani vizsgálat is azt derítette ki, mint a klinikai adatok, hogy a carcinoma oly méhben fejlődik ki előszeretettel, a melynek endometriuma lobos.

De kérdés, hogy minden lobos bántalom elősegíti-e a méhrákot? A tapasztalat ellene szól. Voltak ugyan, csak E. Martint és Winckelt említem, a kik azt állították, hogy a gonorrhoeikus infectio is nagy szerepet játszanék az aetiologiában, de ezt az újabb tapasztalatok megdöntik. Ma a gonorrhoeát oly betegségnek tartjuk, mely első sorban sterilításra hajlamosít, holott carcinoma uteriban szenvedőknél ennek ellenkezőjét, rendszerint több szülést észleltünk. Említettük már a többször hangoztatott körülményt, hogy puella publicák, tehát a gonorrhoeával leginkább terhelt egyének, ritkán szenvednek carcinomában.

De nem mondhatjuk azt sem, hogy a gonorrhoea mintegy ellenszere volna a carcinomának, mert total exstirpáltjaink között van egy, kit a gonorrhoea tipikus képe miatt gyógykezeltünk, s kinek erosiója szemünk előtt alakult át carcinomává. Exstirpációjuk kapcsán azonkívül 2 esetben a méh mellett oly kifejezett salpingo-oophoritiseket találtunk, a minőket csak gonorrhoea mellett észleltünk s így, habár bacteriologikus vizsgálat nem történt is, de azért az illető esetben az endometritist is gonorrhoeikus eredetűnek kellett tartanunk.

Semmi okunk sincs tagadni, hogy a gonorrhoeikus infectio bizonyos esetekben ugyanolyan elváltozásokat hozhat létre az endometriumon, mint a puerperális. Ép úgy, hogy a klini-



kus kórképe változó a gonorrhoeának, a szövettani sem állandó. Egyik esetben praevalálók az atypikus vérzések, máskor a nagyfokú fluor; és volt alkalmunk ugyanannak a nőnek endometriumát betegsége lefolyásában többször is vizsgálni s egyszer a glandularis, máskor az interstitialis vagy a vegyes alakot találtuk kifejezve, sőt néha az endometrium különböző helyei különböző szöveti képet nyújtottak.

A gonococcus tehát csak ingert képez a nyálkahártyára nézve, s mellékkörülmények szerint különféle szöveti elváltozásokat produkálhat, s ezek között olyat is, mely carcinoma fejlődésére hajlamosít, de ez a fenti adatok értelmében ritkaság.

*Hogy a carcinoma kifejlődésére hajlamosítanak a puerperalis eredetű, vagy hozzá hasonló természetű endometritisek, a mellett látszik szólni a carcinoma székhelye is.*

A puerperalis eredetű endometritisek rendes székhelye a cervix s különösen a portio infravaginalis. A szülés ugyanis a portiót rendszeren két harántirányú berepedéssel haránt réssé alakítja át, többé-kevésbé kifejezett ectropium fejlődik. E tátongó méhszáj alkalmasabb arra, hogy a hüvely kártékony váladéka a cervix alsó részébe jusson s ott hurutos folyamatokat indítson meg. Legkönnyebben történik ez a gyermekágyban, a midőn a hüvely telve van bacteriumtartalmú lochiával. *Vagyis a puerperalis, tehát az ivarérett korban fejlődő endometritisek a legtöbb esetben a cervixre szorítkoznak, s a hüvely felől jövő, ascendens jelleg nélkül való hurutos folyamatok.*

A szorosan vett endometritisek, *mint a corpus megbetegedései* következményei lehetnek az endometrium tökéletlen involutiójának, infectiónak, de szerepet játszanak szervezeti elváltozások, chlorosis, anaemia is, sőt igen fontos *a magas kor; Ruge szerint az endometritis chronicában szenvedő nők 50%-a 45 éves, vagy e felett van.*

Ennek megfelelően azt látjuk, hogy a méhben a carcinoma székhelye a korrall felfelé halad, vagyis a puerperalis infectio idejében, az ivarérett korban a portio és cervix, a magasabb életkorban a corpus carcinomák szaporodnak.

705 esetünket részletezve, az eredményt a következő táblázat tünteti fel:

Kor	Esetek száma	carcinoma		
		Portio	Cervix	Corpus
20—30 év	52	26 (50%)	26 (50%)	0
31—40 év	217	103 (47.46%)	111 (51.15%)	3 (1.38%)
41—50 év	276	110 (39.86%)	159 (57.61%)	7 (2.53%)
51—60 év	116	36 (31.03%)	72 (62.07%)	8 (6.89%)
61—	22	7 (31.81%)	11 (50%)	4 (18.18%)
Összesen	705	282 (40.0%)	379 (53.8%)	22 (3.2%)

*Vagyis a portio carcinoma leggyakoribb (karfiolszerű növedék alakjában) a 20—40 év között, azután folytonosan fogy; a cervix carcinoma aránya a portio carc. rovására emelkedik a 60-as évekig, a midőn számbeli csökkenést mutat s helyette a corpus carcinoma esetei rohamosan szaporodnak.*

*Az eddig elmondottakban a positiv érvek egész sorát hoztuk fel annak az erősítésére, hogy a carcinoma uteri endometritisből ered és pedig minden valószínűség szerint a puerperalis, vagy hozzá hasonló alakból.*

Adataink tehát kibővítik Schröder és mások tapasztalatait, a kiknek feltűnt, hogy carcinomás betegek között sok szenvedett előbb cervicalis hurutban. A két betegség gyakori összeesése feltűnt Waldeyernek is.

De mielőtt végleges álláspontot foglalnánk, jó lesz sorba venni azon hypothesiseket, a melyek ez idő szerint még szerepet játszanak.

Egyesek a carcinomát a lues és tuberculosissal szerették volna összefüggésbe hozni. Ezek inkább odavetett állítások, a nélkül, hogy elegendő érveléssel lennének támogatva. Eseteink közt sem pro, sem contra érvelni nem hozhatunk fel.

Ismeretes az is, hogy egyesek előszeretettel szerepeltetik a *faji különbséget*. Statistikai adatokkal akarták kimutatni, hogy a carcinoma fehéreknél sokkal gyakoribb, mint a négeknél. De úgy látszik, hogy a halálozási statisztikák rendszeres feldolgozása ezen irányban is meg fogja változtatni nézeteinket. Pl. M. Michel (Med. news 1892. p. 400 Centr. f. Gyn. 1893. 9. sz.) azt állítja, hogy Dél-Carolinában, Charlestonban meglehetősen egyforma az arány. A lakosság 36,000 néger és 28,000 fehér. Az utolsó 14 év alatt ut. care.-ban elhalt: 53 néger, 48 fehér, vagyis 1.47% viszonylik 1.7%-hoz.

A szerzők egy másik csoportja a *nemi ösztön fokozott kielégítésében* keresi a magyarázatot. Olyan állítás, melyet bizonyítani nagyon nehéz. Az érv erősítésére szívesen idézik a szerzők Glatteer statisztikáját, a ki kimutatta, hogy a carcinomások között több férjes és özvegy asszony szerepel, mint a milyen arányban vannak egyébként a népességben.

Ez az argumentum azonban csak akkor volna döntő, ha hajadon és virgo synonym kifejezések volnának. De ennek a tények ellentmondanak. A mi statisztikánkban 705 carcinomás nő között 57 hajadon, 473 férjes és 175 özvegy volt. S azt találjuk, hogy a 648 férjes és özvegyre 3134, átlag 4.83, az 57 hajadonra pedig 165 = 2.8 szülés esik és pedig:

	férjes és özvegy	hajadon
0 P.	52 = 8.02%	9 = 15.79%
1 P.	83 = 13.81%	14 = 24.91%
II P.	75 = 11.57%	8 = 14.03%
III P.	69 = 10.64%	11 = 19.29%
IV P.	61 = 9.41%	4 = 7.02%
V P.	61 = 9.41%	4 = 7.02%
VI P.	48 = 7.41%	3 = 5.26%
VII P.	52 = 8.08%	1 = 1.75%
VIII P.	47 = 7.25%	—
IX P.	25 = 3.85%	—
X P.	27 = 4.16%	2 = 3.51%
XI P.	17 = 2.62%	—
XII P.	11 = 1.69%	1 = 1.75%
XIII P.	8 = 1.23%	57
XIV P.	5 = 0.77%	
XV P.	5 = 0.77%	
XVI P.	2 = 0.31%	
	648	

Igaz ugyan, hogy a mi statisztikánk a klinika, tehát a kevésbé morális köznép anyagából van merítve, de azt hiszem eléggé bizonyítja, hogy hajadonok is szülnek, csak hogy bizonyos arányban kevesebbszer, mint férjes és özvegy nők. Nem lehet tehát ezen statisztikai összeállítás alapján arra következtetni, hogy a rendszeresen üzött coitus segíti elő a carcinomát. Sőt talán a Glatteer-féle összeállítás azt erősíti meg, mit fentebb hangsúlyoztunk: a szülések aetiologikus fontosságát. Úgyis magyarázhatom Glatteer adatait, hogy hajadonok ritkábban kerülnek abba a helyzetbe, hogy puerperalis vagy más úton endometritist szerezzenek, s így ritkábban is kapják meg a carcinomát, mint férjes és özvegy nők.

Ismeretesek azok a tapasztalatok, kísérletek, melyek a carcinoma uteri direct kórokának megismerésére törekednek, s melyek alapján a buvárok egy része specifikus mikroorganizmusban keresi a kórokozót. Tény az, hogy újabban számos oly adat áll rendelkezésünkre, mely a carcinoma átolthatóságát bizonyítja. Előttünk vannak v. Eiselsberg kísérletei, a Hahn-féle s a Cornil bemutatott esetek, melyekhez, mint a kísérletező kórtan adataihoz, a műtő sebészlet még számos érvelt szolgáltathat; ide sorolandók Winter adatai is. Nekünk a folyó évben két idevágó tapasztalatunk volt.

Egy nőnél laparotomia útján ovarialis eredetű cysto-carcinomát távolítottunk el és pár hóval később a hasseb hegében fejlődött ki carcinoma.

Másik esetünk a következő: 58 éves nőnél portio canceroid miatt 1894. szeptember 1-jén uterus exstirpációt végeztünk. A hüvely senilis involutiója miatt kénytelenek voltunk baloldalt mély episiotomiát végezni, mely műtét után egyesítve lett s p. p. i. gyógyult. Ezen beteg 1895. november 1-jén felkereste klinikánkat. A boltozat ép, recidivának semmi tünete,



hanem az episiotomia hegvonalában egy diónyi, körülírható daganat alakjában recidivát találtunk, melyet sikerült ki-metszenünk látszólag ép környezetből s a szövettani vizsgálat is carcinomát talált.

Hasonló esetet ma már nagy számmal találunk a világ-irodalomban; de kissé korai volna még, ezek alapján azt állítani, hogy a carcinomát mikroorganizmusok okozzák. Magyarázatokra elegendő azon régi élet- és kórtani tény, hogy élő sejtek élő szervezetbe átvoltva, ott további életre képesítettek. Ha ez így nem volna, úgy bőr transzplantációt nem végezhetne a sebész.

Talán a carcinoma infectiosus természete ellen felhozhatjuk azon tényt is, hogy emberről emberre át nem oltható: legalább nem ismerem az irodalomból esetet, hogy műtő, a kinek keze műtét alatt soha sincsen kisebb sérülések, horzsolások híján, carcinomát kapott volna. Septikus infectiót az eves váladéktól igen, de carcinomát nem. Csak Billroth közölt egy idevágó esetet; egy carcinoma uteriban szenvedő nő férje kapott carcinomát a glans penisen. Ez azonban tisztán a véletlen műve lehet. Ép úgy, mint hogy egy 5 év előtt carcinoma miatt megoperált és ma is egészséges betegünknek férje gyomorcarcinomát kapott, a kit azután Dollinger tr. gastroduodenostomia útján szabadított meg bajától. Ezen esetek, a míg isoláltak, csak a természet és a sors szeszélyeinek tekintendők.

Mindezek alapján az aetiologitáit illető tapasztalataink és észleléseink a következő megállapodásokba foglalhatók össze:

1. Az uterus-carcinoma direct okának magyarázására semmi alapunk sincsen eddig. De semmi okunk sincsen annak felvételére, hogy a carcinomát specifikus mikroorganizmus okozná.

2. Az uterus-carcinomának klinikai oka, mintegy előkészítője a chronikus endometritisek egy csoportja, melynek kezdete a legtöbb esetben puerperiumra vezethető vissza. E mellett szól

a) hogy carcinomás nők aránytalanul többször szültek, mint a nem carcinomások, de a carcinomás megbetegedés nem direct csatlakozik egy szüléshez, hanem rendszerint sok év leforgása után fejlődik ki;

b) hogy nem minden chronikus endometritis, hanem egy bizonyos — mondjuk puerperalis — csoport segíti elő a carcinomát, ezen feltevést támogatja azon negatív lelet is, hogy a gonorrhoeában szenvedő és steril nőknél a carcinoma ritkaság számba megy;

c) hogy uterus carcinoma mellett csaknem minden esetben chronikus hurut képét találjuk az endometriumban;

d) hogy hajadonoknál sokkal ritkább a betegség, mint férjes és özvegyeknél;

e) hogy minden tankönyv hangoztatja, miszerint a carcinoma sokkal ritkább a jobb módúaknál, mint a szegény néposztályban, a mit ugyancsak azzal tehetünk érthetővé, hogy a szegény néposztály jobban elhanyagolja a fluor albust, mint a gazdagabb.

És végül f) felfogásunkat megerősítik a kórtan egyéb tapasztalatai is. Így Tillmanns (Allgem. chir. Path. u. Ther. 623. l.) említi, hogy a carcinoma kifejlődésére igen fontos az előrement lobok befolyása; pl. előrement mastitis elősegíti a carcinoma mammae-t. Tudvalevő, hogy a belgyógyászok egy része a gyomorrák kifejlődésére a gyomorfekélyt veszi fel aetiologikus momentumnak. Tudunk arra is esetet, hogy ulcus cruris alakult át carcinomává.

Szántsándékkal elkerültem eddig az Abel dolgozata nyomán támadt polemia, Eckardt szép vizsgálatait, mert mindentől függetlenül, klinikánk tapasztalataiból óhajtottam levonni a következtetéseket.

El nem mulasztatom azonban, hogy e helyütt röviden ne reflectáljak azon feltevésre, mely az említett polemia kapcsán felmerült, hogy t. i. a carcinoma uteri mellett található endometritis másodlagos folyamat volna.

A mi összes tapasztalásunk, mint láttuk, a mellett szól, hogy az endometritis a primaer!

Ha a carcinoma volna az elsődleges folyamat, nem érthető meg, miért nem keletkezik ép oly arányban nulli-mint multiparáknál? miért követi a szülést sok évvel később a carcinoma? miért találunk elég gyakran teljesen kifejezett endometritist ott, a hol a carcinoma még alig felismerhető? és végül, hogy nem secundaer alak a hurut, a mellett bizonyítanak a sebészeti köréből vett analog példák is, a melyekben absolut bizonyossággal látjuk sok esetben, hogy lob előzte meg a carcinomát!

Ha már most mindeme adatokon végigpillantunk, a carcinoma uteri aetiologitáit klinikai szempontból nem tartanám olyan nagyon homályosnak, mint a hogyan azt a tankönyvek felveszik; több mint valószínűnek látszik a méh hurutos bántalmainak nagy fontossága.

És a dolgok ilyen állása mellett a baj megelőzésére sem tudnám oly nagyon sivárnak találni helyzetünket: minden törekvésünket oda kell fordítanunk, hogy a chronikus endometritisek gyógyíttassanak, vagy a hol ez illusoriusnak látszik, legalább arra kell reávenni betegeinket, hogy koronkint vizsgáltsák meg magukat, mert csakis így remélhetjük, hogy a carcinomát korai szakában felismerhetjük. Nem szabad tehát megelégednünk fluor albustól adstringens hüvelyöblítések rendelkezésével, vérzések esetében hydrastis adagolásával, therapiánk irányítója mindig a localis vizsgálat legyen.

Ilyen álláspont mellett fölöslegesnek tartom Sängner heroicus ajánlatát (Ueber die allgemeinen Ursachen der Frauenkrankheiten, Leipzig, 1892.), hogy a climaxba jutott nő endometriumát Dumontpallier eljárása szerint chlorzinkpázezikával roncsoljuk el, mert ezzel esetleg több kárt okozhatnánk, mint hasznot.

(Folytatása következik.)

A székes fővárosi „Erzsébet-szegényház“ idegbeteg-osztályáról. (Rendelő orvos: Schaffer Károly m.-tanár.)

Az ulnaris és peroneus tünetéről.<sup>1</sup>

Sarbó Artur dr., ideggyógyorvos.

Az utolsó évtizedben mutatkozó nagy fellendülés az idegkórtan terén, főleg az egyes betegségek és betegségi csoportok különválasztásában, eddig egy csoportba tartozó betegségeknek mint különállóknak való felismerésében állott. Ezen eredmények részint a pontosabb tünettani megfigyelés, részben a kórboneztani viszonyok szorgosabb kutatásai által lettek elérve. Párhuzamosan ezekkel a vizsgálati módszerek tökéletesítése járt, de nem oly mértékben, mint azt várni lehetett volna; és ennek közelfekvő oka az idegrendszer helyzete, mely közvetlen vizsgálatot csak legritkább esetekben enged meg; ennek következtében az ideggyógyászatban alkalmazott vizsgálati módszerek java része subjectív jelleggel bír, a mennyiben a betegek bemondásain alapul. Vizsgálati módszereinknek ezen hiánya folytán minden újabb lépést ez irányban szívesen kell tehát fogadnunk és nagyot várunk, ha gyorsan elbánnánk egy felvetett vizsgálati eljárással és azt, mert a szerzők vizsgálati eredményei ellentétesek, sutba dobnák és így a kényelmes, de nem hasznos quietia non movere elvét követnők. Minden újabb vizsgálatnál a fejlődés törvényszerűségével találkozunk ellentétes nézetekkel, melyek mindegyike azonban, ha látszólag a dolgok összebonyolítását eredményezi is, tulajdonképen a dolog tisztázásához vezet. Számos példával illusztrálhatnám e nézet helyességét; legyen elég utalnom az idegkórtan számos fejezetére; valamennyinél ezen ellenmondásos fejlődési menetet látjuk, mégis nem egy fejezetnél elértünk már a tisztázott célhoz. Legelőkeltebben illusztrálja

<sup>1</sup> Előadatott az ideggyógyosztály február 26-dikán tartott II. rendes ülésén.



ezt a myelitis tana; nem is olyan régen a gerincezvelői bántalmak zöme a myelitis alá tartozott; ma már idiopathikus myelitist alig diagnosztizálunk. Mennyit lehet elérni oly módszerrel is, melynek helyessége több pontban utólagos vizsgálatok útján megdőlt, mutatja a villamos vizsgálat, az olfajulási reactio tana, a mely ma már nem áll előttünk azon tisztaságban, a mint azt az ingeniosus *Erb* felállította, és daczára annak az eredmények, melyeket általa elértünk, óriások. És ebben rejlik az emberi haladás titkának kulcsa is, ha nem volnának tévedések, nem volna haladás sem.

Szükségesnek tartottam ezeknek előre becsátását, mivel a vizsgálati eljárás, melyről jelentést tenni bátorodom, azok közé tartozik, melyek egyrészt fontos differential diagnostikai súlylyal bírónak lett oda állítva, másrészt pedig megvonták tőle az értéket.

*Biernacki* a „Neurologisches Centralblatt“ 1894-diki évfolyamában, mint a tabesre jellegző tünetet írja le az ulnaris analgesiát, a mely abban áll, hogy míg rendes viszonyok között a sulcus ulnarisban a nervus ulnarisra gyakorolt erős nyomás élénk fájdalmat vált ki, addig tabetikuskoknál az idegnyomása fájdalmat nem okoz. Köztapasztalati tény, hogy a könyök megütése élénk fájdalommal jár, ezt már önmagán mindenki tapasztalta, köztudomású továbbá, hogy a nerv. ulnaris az, melyet ilyenkor a trauma év és ez az oka a fájdalomnak. Ha egészséges egyénnél gyakorolunk erős nyomást a nerv. uln.-ra, ugyancsak beáll ezen fájdalmas érzés, miként azt *Biernacki* több száz esetben kipróbálta; tartósabb nyomásra bizsergés, hangyamaszás érzete lép fel a kézen, nevezetesen a IV. és V-dik ujjban. Tabetikusoknál a fájdalomérzés elmarad, a bizsergés érzése azonban fennáll. Hysteria egy esetét leszámítva, a melyben analgesia volt jelen a test félloldalán, az idegrendszer egyéb megbetegedéseinél *Biernacki* ulnaris analgesiát nem talált, ellenben 20 tipikus tabes eset közül 14-szer feltalálta azt és ezek alapján azt hiszi, hogy ezen ulnaris analgesia jellegző tünete a tabesnek. Utána *Cramer* végzett vizsgálatokat, még pedig azon szoros viszonyt figyelembe véve, mely tabes és paralysis progressiva között fennáll, ez utóbbi bántalomban szenvedőknél vizsgálta az ulnaris tünetet. 51 paralytikus közt 90%-ban teljes analgesiát talált, ezek közül 14%-ban csak egyoldali volt az. Egyéb 63, nem paralytikus elmebajosnál 79%-ban találta meg az ulnaris érzékenységet. Szerinte jogosult az ulnaris tünetnek differential diagnostikai szerepet tulajdonítani. Ezután *Mendel* poliklinikájáról jelent meg *Orschansky*től egy közlemény, melyet sajnos csak referatumból ismerek; szerinte az ulnaris analgesia nem volna jellegző tabesre, mert, habár egészséges egyénnél csaknem minden esetben jelen is van a fájdalomérzés, mégis fellelhető annak hiánya egyéb nem tabetikus idegbetegeknél is, másrészt tabes esetek bizonyos számában az ulnaris érzékenység mégis meg van tartva. *Goebel* elmebetegeken végzett vizsgálatai alapján megerősíti *Cramer* észleléseit azzal a megszorítással, hogy a paralytikus nőket kizárja mint olyanokat, a kiknél ezen ulnaris analgesia hiányzik. *Baedeker* és *Falkenberg* szintén elmebetegeken végzett vizsgálataik alapján nem tartják paralysisra jellegző tünetnek az ulnaris analgesiát, kiemelik azonban, hogy ezt relative gyakran találhatták oly paralytikusoknál, kiknél hátsó kötegbeli zavarok voltak jelen. *Hess* 30 paralytikus férfi közül 76.6%-ban talált ulnaris analgesiát, míg 12 női paralytikus közül csak 50%-ban; szerinte fontos diagnostikai tünetté lehet az ulnaris analgesia, ha majd megtaláljuk a nem paralytikusoknál fellelhető analgesia okát. Epileptikusok vizsgálatánál férfiak közül 8.69%-ban találta meg az ulnaris analgesiát, női epileptikusoknál egy esetben sem. Másrészt azon érdekes eredményre jutott *Hess*, hogy az epileptikus rohamok után 8—12 óráig ulnaris analgesia jelen volt, ezen időn túl pedig rendes viszonyok mutatkoztak újból; felhívja a figyelmet e tünetre, melynek esetleg fontos diagnostikai szerep juthat az epilepsia felismerésében. Ezek volnának az ulnaris analgesiára vonatkozó általam ismert, eddig megjelent dolgozatok. Ezek azon részével, mely elmebajosokra vonatkozik, nem foglalkozom, mivel ez irányú vizs-

gálatokat nem eszközölhettem. A következőkben tehát csupán a tabes eseteket vesszük szemügyre és itt *Biernacki* pozitív kimutatásai állnak szemben *Orschansky* adataival, a ki szerint az ulnaris analgesia nem volna jellegző tabesre. Utóbbinak közleményét, mint említettem, sajnos csak referatumból is ismerem és így csak az ott foglaltakkal szemben gyakorolhatok kritikát. *Orschansky* is elismeri, hogy egészséges egyénnél az ulnaris tünet mindig jelen van: de tabesre jellegzetesnek azért nem tartja az ulnaris analgesiát, mivel egyéb nem tabetikus idegrendszerbeli bajoknál is fellelhető, másrészt pedig, mivel tabes esetek bizonyos számában hiányzik ezen analgesia. Utóbbi érvét egyáltalán el nem fogadhatjuk, mivel senkisémmel állította, hogy minden tabes esetben analgesia volna jelen; sőt ennek postulatuma nem is jogosult, mert oly idegrendszerbeli tünet nem is létezik, mely ha még oly jellegzetes is, a megfelelő esetek mindegyikében fel volna lelhető, így pl. a térdtünet hiánya sincs minden tabesnél jelen stb.; másrészt *Orschansky* azon ellenvetése, hogy ezen ulnaris analgesia más idegrendszerbeli bajoknál is jelen van, tehát tabesre jellegző nem lehet, feltétlenül helytelen, mert nem ismerünk oly tünetet, mely kizárólagosan egy betegségre volna annyira jellegzetes, hogy egyéb bántalomnál ne lelhetnők fel. Ily módon okoskodva, a térdtünet hiánya sem jellegzetes tabesre, mert hiszen egyéb bántalmaknál és előfordul, vagy pl. az érzésségi dissociação nem jellegzetes a syringomyeliára, mert hysteriánál is fellelhető stb. Oly tünet nincsen, mely kizárólagosan egy bántalomra volna jellegzetes, sohasem állíthatunk fel kórismét egy tünet alapján; minden tünetnek csak relativ értéke van. Ha azt látjuk, hogy ezen ulnaris analgesia relative gyakran található fel tabesnél, úgy ceteris paribus a kórismézésnél ezen tünet is hasznunkra lehet. A kérdést tehát *Orschansky* ellenkező nézete daczára nem tartom elintézettnak és ez okból magam is a rendelkezésemre álló anyagon ez irányban vizsgálatokat eszközöltem. Legyen szabad, a szegényház ideganyagának e czélra való átengedéseért *Schaffer* barátommal szemben köszönetemnek e helyen is kifejezést adnom.

Midőn az ulnaris tünet vizsgálásába fogtam, eszembe jutott, hogy hasonló viszonyok között, mint a n. ulnaris, fut le a n. peroneus is a caput fibulae mögött. *Laufenauer* tur. úr szíves szóbeli közlése útján tudomásomra jutott, hogy ő ezen peroneus pontot már évek óta figyelembe vette és bő tapasztalatai szerint hysteriasoknál feltűnő nagy számban vette észre e pontnak nyomásra való érzékenységét. Ezeken kívül tekintettel a tabes localisatiójára, mely az esetek túlnyomó részében a lumbalis velőben veszi kezdetét, arra a gondolatra jutottam, hogy ha a nerv. ulnarisra vonatkozó észleletek a nervus peroneusra is kiterjeszthetők, mint a mi a priori is igen valószínű volt, tekintettel épen ezen localisatióra, az ulnaris analgesiánál is gyakrabban kell hogy felleljük a peroneus analgesiát. Egészséges és a legkülönbözőbb idegbajokban szenvedő egyéneknél végezvén vizsgálatokat, mindenekelőtt az irányban, hogy a n. peroneus nyomása jár-e azon élénk fájdalomérzéssel, mint a n. ulnarisra gyakorolt nyomás, azt találtam, hogy teljesen azonos reactiót kaptam, mint a hogy fel is volt tehető. Ha a nyomás hosszabb ideig áll fenn, a fájdalomérzéshez a lábujjakban való bizsergés érzete is társul. A vizsgálat keresztülvitele igen egyszerű; középujjunkat a caput fibulae mögé illesztve, nyomást gyakorolunk az ott lefutó idegre a fibula külső oldalára helyezett hűvelykujjnak ellennyomása segélyével. Ha az ideget értük, úgy a reactio pillanatosan áll be, az egyén elfintorítja arcát, esetleg lábát elrántja. Ugyanezen egyéneknél az ulnaris tünetet is vizsgáltam ugyancsak positiv eredménnyel. Azon különböző kórformák, melyekben úgy az ulnaris, mint peroneus tünetet vizsgáltam és melyekben positiv eredményt találtam, a következők: Hemiplegia hat esete, sclerosis lateralis, sclerosis polyinsularis 2 esete, atrophia muscul. progr. spin., neuralis izomatrophia két esete, facialis hűdés, hysteria simplex, Little-féle kór, syringomyelia, akroparaesthesia 2 esete stb.

Ezzel szemben rendelkezésemre állott 15 tabetikus beteg, a kik közül 12-nél úgy az ulnaris, mint a peroneus tünet



hiánya volt észlelhető. A pontosabb viszonyokat a mellékelt táblázat tünteti fel:

Szám	Beteg neve	Kor	Hány éve beteg?	Ulnaris tünet		Peronaeus tünet		Jegyzet
				bal	jobb	bal	jobb	
1.	D. Gyula	59	7	0	0	0	+	Érzés rendben.
2.	F. Béla	46	7	0	0	0	0	Érzés rendben.
3.	R. Lipót	53	8	0	0	0	0	Czombok anaesthetikusak. Alszárak bőrérzése jó.
4.	M. Ferencz	52	5	0	0	0	0	Érzés rendben.
5.	J. Károly	54	10	0	+0	0	+0	Jobb oldalt kissé érzi a nyomást.
6.	K. Péter	55	14	0	0	0	0	Érzés rendben.
7.	S. Izrael	40	4	0	0	0	0	Érzés rendben.
8.	M. Mór	44	6	0	0	0	0	Érzés rendben.
9.	L. József	35	4 (?)	0	0	+	0	Érzés rendben.
10.	N. Gyula	55	11	0	0	+	0	Mindkét alsó végtagon kése jelez.
11.	H. Katalin	45	?	+	+	+	+	Érzés rendben.
12.	Sch. Mórné	29	4	+0	+0	+0	+0	Nem éles fájdalom.
13.	A. Julianna	69	9	0	0	+	+	Érzés rendben.
14.	Sch. Teréz	47	15	+	+	+0	+0	Nem éles fájdalom. Alsó végtagon hyperaesthesia.
15.	K. Mari	41	4 1/2	0	0	+	0	Alsó végtagon hyperaesthesia.

Jelmagyarázat. 0 = analgesia, + = algesia, +/0 = nem éles fájdalom.

A táblázat áttekintéséből kitéjük, hogy 15 tabetikus beteg közül hatnál úgy a nervus ulnarisra, mint a n. peronaeusra gyakorolt erős nyomás fájdalmat nem kelt. Kétoldali ulnaris analgesia mutatkozik 11 esetben; kétoldali peronaeus analgesia 6 esetben; féloldali peronaeus analgesiat tüntet fel 5 eset, úgy hogy a peronaeus analgesiasok összege is 11. Egyetlen egy eset van 15 közül, melyben sem ulnaris sem peronaeus analgesia nincs jelen; két esetben pedig a fájdalomérzés határozott csökkent volt konstatalható. Feltűnő, hogy míg a 10 férfi tabeses valamennyienél úgy ulnaris mint peronaeus analgesia volt jelen, addig az 5 női tabes esetben voltak észlelhetők a kivételek. Ezen körülményre még a tünetek magyarázatánál visszatérünk. Valamennyi beteg a tabes tipikus képét mutatta; valamennyi már 4 éven túl tabetikus. Vizsgálva, hogy vajon van-e összefüggés az érzésseli viszonyok és ezen tünetek jelenléte vagy nem léte között, azt találtam, hogy valamelyes összefüggést konstatalni nem lehet. Nehogy a subjectiv tévedéseknek helye legyen, collegák jelenlétében végeztem a vizsgálatokat, ugyancsak ez okból hetekkel az első vizsgálat után újból átvizsgáltam ugyanazon egyéneket és az elsővel teljesen azonos eredményt kaptam.

Egészségeseken végzett vizsgálatok azt mutatták, hogy úgy a nervus ulnarisra, mint a nerv. peronaeusra gyakorolt erős nyomás élénk fájdalmat vált ki; ezen normalis viszonyok között fellépő fájdalomassági érzetet nevezzük ulnaris illetve peronaeus tünetnek. Más idegek részéről is fel kell hogy tegyük, hogy megkapható e fájdalmas érzés, de ezen két ideg lefutása olyan, hogy közvetlen nyomásnak alávethető és így a vizsgálatra alkalmasabbak. E tüneteknek tabesnél való oly gyakori hiányáról magyarázatot adni nem tudunk. *Biernacki* úgy véli, hogy a gerincevelői elváltozások lehetnek okai az ulnaris analgesianak, oly értelemben, hogy a fájdalom érzést közvetítő rostok volnának bántalmazva; eseteinek felénél más bőrdegek részéről is talált anaesthesiat, ezzel szemben teljesen normalis bőrérzés mellett is feltalálhatta az ulnaris analgesiat. Azon körülmény, hogy 10 férfi tabeses esetem mindegyikénél jelen volt az ulnaris és peronaeus analgesia, míg az 5 női tabeses esetemben ulnaris analgesia két, peronaeus analgesia pedig csak 1 esetben volt jelen, felhívja figyelmünket arra, hogy ezen különbözettel számoljunk, annál is inkább, mivel *Goebel* a paralytikusokra nézve ugyanezen különbözetet találta a férfiak és nők között az ulnaris tünetet illetőleg. Nézetem szerint valószínű, hogy e különbözet a nők nagyobb érzékenységében leli megfejtő magyarázatát; viszont ez pedig oda látszik utalni, hogy az analgesia létrejövéséhez

a gerincevelői elváltozásokon kívül az agy állapota is befolyással bír; többet véleményem szerint nem mondhatunk.

Feltevés, hogy a peronaeus analgesia, tekintettel a tabeses gerincevelői elváltozásoknak előszeretettel való localisatiójára a lumbalis régióban, gyakrabban leszen fellelhető, mint az ulnaris analgesia, vizsgált eseteim által nem lett megerősítve; míg az ulnaris analgesia 15 eset közül 12-szer volt fellelhető, a peronaeus analgesia csak 11-szer; a különbség szembeötlőbb, ha számításba vesszük, hogy a 12 ulnaris analgesiat feltüntető eset közül 11-szer volt az analgesia kétoldali, míg a peronaeus analgesia kétoldalisága csak hat esetben volt jelen. Az esetek csekély száma azonban még ez irányban sem enged biztos következtetést, lehetséges, hogy nagyobb anyagon végzett vizsgálatok feltevésemet mégis igazolják. Vajjon az analgesia egyoldalisága a gerincevelői elváltozással szorosabb nexusban van-e, azt csak bonczani uton lesz lehetséges eldönteni. A tabes mily korai szakában észlelhetők már ezen analgesiak legelőször, azt nem dönthettem el, mivel mint már említettem, a vizsgált esetek mind 4 éven felőli idő óta szenvedtek tabesben.

A rendelkezésemre állott tabes esetek csekély száma nem engedi meg, hogy végleges itéletet alkossak e két tünet hiányának gyakorisága és így diagnostikai értékük felett sem. Előadásomnak czélja csupán az volt, felhívni a szakkörök figyelmét e két tünetre, hogy ezentúli nagyobb anyagon és főbb oldalról végzett vizsgálatok döntsenek ezeknek értéke felett.

#### Irodalom:

- E. Biernacki.* Analgesie des Ulnaristammes als Tabessymptom. Neurol. Ctbl. 1894. Nr. 7.  
*Cramer.* Berlin. psych. Verein. Sitz. vom 16. Juni 1894. Neurol. Ctbl. 1894. Nr. 13.  
*Orschansky.* Ueber die Ulnarisanalgesie als Tabessymptom. Ref. im Neurol. Ctbl. 1895. Nr. 8.  
*Goebel.* Weitere Untersuchungen über das Ulnarissymptom bei Geisteskranken. Neurol. Ctbl. 1895 Nr. 16.  
*Boedeker u. Falkenberg.* Allg. Ztschr. f. Psych. 1895. I. p. 196.  
*Hess.* Ueber das Ulnarissymptom (Biernacki) bei Geisteskranken. XXVII. Versammlung des Südwestdeutschen psychiatr. Verein. Neur. Ctbl. 1896. Nr. 1.

### Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

#### A kanyaró kétszeri átszenvedésének kérdéséhez.

Az „Orvosi Hetilap“ egyik utóbbi számában Pollitzer karsztárs úr a kanyaróban való kétszeri megbetegedést a legnagyobb ritkaságok közé számítja. Ezek után talán nem lesz érdektelen, ha megírom, hogy a legutóbbi kanyaró-járványban, mely nem is volt nagy, két ízben (majdnem egy időben) volt alkalmam egy egyénen rövid egymásutánban a kétszeri kanyaró-megbetegedést észlelni. Az egyik eset különösen közlésre méltó. Cz. M.-hez hívtak márczius 4-dikén, mert az idősebb fiú lázas volt. Azon gyanúmnak adtam kifejezést, hogy kanyaró fog kifejlődni, mire a kisebbik fiút (5 éves) a folyosóról behívták, hogy a bő vörös kiütést a testen megmutassák. Félreismerhetlen kanyaró kiütés volt minden láz és hurutos tünetek nélkül (állítólag a kiütés előtt sem voltak ezek jelen). A fiú jó kedvű volt és egy cseppet sem érezte magát betegnek. Már a leánygyermeken is végig járt a kanyaró, a mikor az imént említett kisebb fiú márczius 18-dikán láz és erős hurutos tünetek s különösen nagyfokú rekedtség mellett másodszer — az első kiütés már akkor rég letűnt — bő kanyaró kiütést kapott. Feltűnő ez esetben, hogy a második megbetegedés súlyosabb volt az elsőnél és kérdéses, vajjon kétszeri infectióval, vagy csak kanyaró recidivával volt-e dolgom?

Rózsavölgyi Mór dr.

Az „Orvosi Hetilap“ 21. számában Pollitzer Jakab dr. közleményét „Kanyarónak 6 hét alatt való kétszeres átszenvedése“ cím alatt olvasván, van szerencsém egy ugyanilyen esetről következőket közleni:

B. Z. 6 éves fiú folyó évi márczius 17-dikén betegedett meg kanyaróban ugyancsak bronchitis kíséretében. A kütég az



egész testen mutatkozott, arc, mell, hát és végtagok telve voltak; ugyanezen hónap 24-dikén, tehát 8 nap alatt felgyógyult. Április 2-dikén fiatalabb testvére, B. J. esett kanyaróba, melynek kütege arcon és végtagokon erősen, mellen és háton gyengén mutatkozott és három nap alatt eltűnt. Majd április 21-dikén, tehát 5 hétre már, ismét hívtam a családhoz és bámulatomra az idősebb fiút újból kanyaróban találtam, de már nem oly nagy mérvű küteggel, mint az első kanyaró alkalmával. Bronchitis akkor nem volt jelen. Tapasztalatom szerint a kanyaró ismételt megjelenhetik, de egyszeri átszenvedése gyengíti a másodikat.

Kun Sámuel dr.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(III. tudományos ülés 1896. április 14-dikén.)

Elnök: Kézmárczky Tivadar; jegyző: Tóth István.

Kétoldali ovarialis daganat 2 esete. (Az I. szülő és nőgyógyászati kórodából.)

**Fleischmann Hugó:** I. J. G., 23 éves, OP; utolsó hószám 1895. június havában, mely azóta a felvételig (1895. november haváig) nem jelentkezett, gyakori hányás, különösen éhomra. Az alhasban nagyhullámú fluctuatio; ugyanott a kissé oedematosus hasfalán át egy tömör, hosszúság, látszólag jobbról balra húzódó tumor tapintható, melyen baloldalt egyes göbök érezhetők. A tumor rendkívül könnyen mozgatható, de a hasfal feszülése miatt nem tapintható ki jól; egy harántul fekvő magzat benyomását teszi. Hüvely szűk, port. vagin. vaginalis; méhtest nem tapintható ki. A daganatnak mindkét végét a megfelelő parametriumok felé lenyomhatni. Beteg teljesen lesoványodott, bőr színe sárgás-halvány, ajak csaknem színtelen. Kórisme: Graviditas abdominalis? Narkosisban a hasdaganaton teljesen különvált, jobb és bal egyenletesen tömör részletet lehetett megkülönböztetni. Hasmetszés; mérsékelt tiszta ascites; a kétoldali solid petefészek-tumornak 2-2 részletben való lekötését. Hashártya mindenütt sima; kicsiny, vaginalis méhtest. Hasvarrat. A beteg a műtét utáni 3. napon lázas lesz, 4. napon meghal. Sectio. A gyomor pyloricus részén simplex carcinoma található, a gyomor és a pancreas közötti, valamint az aorta mentén levő nyirkmirigyek megnagyobbodtak, porckemények, beszűrődöttek. Rákos metastasisok a borda- és csigolyacsontokban. Az eltávolított tumorok nagyjában megtartották az ovarium alakját, 16-18 cm. hosszúak, 8-10 cm. szélesek és 4-5 cm. vastagok; felületük sima, göbös; a baloldali daganatban egy peripherikus elhelyezett, sima falú lúdtójsányi cysta. A metszlap szürkés-fehér, rózsaszínű szigetekkel. Görcsö alatt a daganatok fibrosarcoma ovarii myxomatodes-eknek bizonyultak.

II. K. F., 32 éves; egyszer szült öt év előtt; 3 év óta hasa nagybodott; néhány hónap óta alhasi fájdalmak; 2 hó óta menopausa. Terhességi jelek. A has különösen jobboldalt egy elastikus, élénken fluktuáló daganat által kitöltve. Méhtest megnagyobbodva retroversióban; baloldalt ovarium diónyi, elastikus, szabadon mozgatható. Jobboldali ovarium nem tapintható. Az összeköttetés tumor és uterus között ki nem deríthető. Diagnózis: Kystoma ovarii l. dextr. Hasmetszés; jobboldalt emberfejnyi szabad cysta, mely eltávolított; baloldalt petefészek lúdtójsányi cystává alakult, a miért ez is eltávolított. A méh gyermekököllyi. Hasvarrat. Láztalan lefolyás. Terhesség fennáll. Az eltávolított kisebb baloldali cysta falában corpus luteum verum található. Görcsö alatt ezenkívül még ép, functióképes ovarium szövetét találunk.

**Temesváry Rezső** felemlíti, hogy bemutató első esete annyival érdekesebb, mivel a különben sem gyakori solid petefészekdaganatok közt csak igen kevés olyan észleltetett, a hol a petefészek sarcomája más szervek carcinomájával együttesen fordult volna elő. Szóló, kinék sikerült a világirodalomból több mint 300 petefészeksarcoma esetet összegyűjteni, Krukenbergnek bemutató által említett esetén kívül még csak 4-nél találta felemlítve, hogy a sarcomás petefészekdaganat rákkal és pedig 3 esetben gyomor-, egy esetben végbélrákkal volt szövődve. Szólónak magának is volt alkalma Pertik tanár kórbonecznani intézetében oly ovarialis fibrosarcomát görcsövíleg megvizsgálni, hol a gyomor, hashártya és a retroperitonealis mirigyek voltak rákosan elfajulva; az illető beteg operálatlanul, marasmusban halt meg. Úgy ezen, mint a többi 5 idevágó esetben kétoldali volt a petefészekdaganat.

**Tóth István:** Bemutató 2. esetre vonatkozólag megjegyzi, hogy a II. szülő és nőgyógyászati klinikán körülbelül 8-10 esetben végeztek ovariotomiát terhesség mellett; ezek közül 2 esetben kétoldali volt a daganat; az egyiknél — mely hepatitis flava miatt halálosan végződött — a kétoldali gyermekfejnyi dermoidban sehol sem volt ép ovariumrészlet található, csak az egyikben találtak sorozatos metszeteknél egy kis dudort, melyben a corpus luteumot felismerték. A másik esetben a 2 oldalon összesen 3 daganat volt jelen; az egyik oldalon ugyanis 2 gócból fejlődött egy-egy petefészekdaganat; az ovarium a lig. latum mentén volt disseminálva. A beteget peritonitis tünetei közt operálták, mert a dermoidok torsiót szenvedtek.

### Foetus papyraceus.

**Bäcker József** foetus papyraceust mutat be, mely a terhesség 8. hónapjában bekövetkezett szülés után (halott magzat) a gyermekágy 5. napján tűvozott.

### Uterus didelphys, haematometra et salpinx lat. sin.

**Bäcker József:** A 24 éves nő 4-szer szült (közte 1 abortus), utóljára 1 év előtt; menstruációja 4 hetenként jelentkezett, 2-3 napig tartott. Panasza, hogy hasában 5 év óta egy daganat nő, fehér folyása van és mensesei alatt a különben is fennálló alhasi fájdalmak fokozódnak. Combinált vizsgálatnál a medence bal felében egy gyermekfejnyi, kemény, elastikus daganat volt található, mely göbös, egyenetlen felszínű, alig mozgatható volt és az erősen jobbra tolt méhnek cervicalis részével a supravaginalis darabon függött össze. Extrauterinális tumor diagnózisával április 9-dikén műtétre került. Hasmetszés; a daganatnak igen nehéz kihámozása; a tömlő kivarrása. Altatás tartama 2¼ óra. A beteg még ugyanazon nap shock tünetei közt meghalt. A tumor közelebbi megtekintésénél kiderült, hogy uterus didelphys van jelen, melynek bal fele atresias és így a méhben és a tubában fejlődő vérzés felgyűlése okozta a tumort. A sectio tuberculosis pulm. diagnosisa mellett a bal vese és ureter teljes hiányát derítette ki és így más magyarázat hiányában a halál okául a chloroformot kellett felvenni. Érdekes az esetben, hogy az uterus didelphys teljesen jól fejlődött nőnél fordult elő, ki 4-szer szült minden beavatkozás nélkül, dacára annak, hogy a baloldali haematometra már 5 év óta állott fenn.

**Tauffer Vilmos:** Dirner által leírt s különösen a gyakorlat szempontjából fontos esetet említ fel, a melyben egy kifejlődött terimenagyobbodás mellett az egyik orvos terhességet talált, míg a másik tumort diagnosztizált s midőn a beteg szülőhöz került, beható vizsgálat kiderítette, hogy uterus didelphys van jelen a vagina duplicitásával és hogy a tényleg gravid nőnél — ki később rendesen szült — az okozta a 2 orvos különböző látéletét, hogy mindegyikük más-más vaginafélben eszközölte a vizsgálatot.

A mi a műtétet illeti, szóló tapasztalata szerint ezélszerűbb mindjárt a műtét kezdetétől fogva totalis méhexstirpációt végezni s a hassebet zárni, minthogy a felülről való drainezés veszélyes és a műtét így soká tart.

**Kézmárczky Tivadar:** Tervszerű eljárásról a jelen esetben szó sem lehetett, mert a műtétet sietve kellett befejezni; műtét közben absolute nem lehetett a daganat minőségét kórismérni és csak most adja meg a praeparatum tanulmányozása a felvilágosítást; akkor azt vették fel, hogy valószínűleg supravaginalis myomás tumor van jelen. A beteg halálát különben nem a hibás diagnózis, hanem a shock okozta.

Sokkal könnyebb az uterus duplexet kórismérni, a mikor ez a genitáliák alsó tractusában jelezve van. A bemutatott esetben szóló a posteriori azon benyomást nyeri, hogy az előzetesen végzett próbapunctiónál nyert folyadékra több súlyt kellett volna fektetni, mert ez tényleg olyanszerű volt, mintha retentióból származott volna.

### Villamozás a női betegségekben.

**Tóth István:** Minden új gyógyeljárás értékének megállapításához számos észlelt eredményeinek összevetése szükséges; azért hozza a szakosztály elé a fenti themát, elmondva a Tauffer tanár vezetése alatt álló II. szül. és nőgy. klinika ez irányú tapasztalatait s kéri a tagtársakat, hogy észleleteik előadásával járuljanak hozzá e kérdés tisztázásához.

A II. szül. és nőgy. klinikával kapcsolatban már 10 év előtt történt kísérletezés a galvanárammal; Donáth tanár 3 ambulans beteget villamozott, egyiknél azonban szerencsétlen kimenetellel; majd 1889-ben kezdték el ismét s azóta számos esetben, különféle bajokban megkísértették.

Leírja eszközeiket, dicséri a Hirschmann-féle nagy apparatust, még inkább a Gaiffe-féle, a mely hordozható. Hangsúlyozza a galvanometer szükségességét. Az egyik electrodot mindig intrauterin vezették platina-, vagy aluminium-sonda alakjában, külső electrodul agyaglepényre helyezett ólomlemez használtak.

Villamozás előtt szükséges a hüvely desinfectiója, 1:2000 sublimatoldattal; a sondának sterilisatiójáról vita nem lehet. Eseteikben ezen elvek kerestülvitele mellett sohasem láttak infectiót.

A villamozáshoz valamely specialis szakképzettség nem szükséges; legfontosabb a villamozás alá kerülő betegek megválasztása, a pontos diagnózis.

A villamáramot fokozatosan erősítve 5-15 percen át engedték behatni; 40-250 m. amp. erejű áramot használtak, 10-40 ülésben, sőt kivételes esetben többször is. A villamozást részben az intézetben fekvő, részint bejáró betegeken végezték.

A villamozás sok esetben szenvedéssel jár a betegre; görcsök, ájuldozás, hányás, émelygés lépnek fel egyes esetekben, különösen gyenge, vérszegény betegeknél; villamozás után egy bizonyos bággyadságot érez a beteg, melyet órák mulva megkönnyebbülés, frissesség érzete vált fel.

Vérzés esetén mindig anode-t alkalmaznak intrauterin, különben kathode-t. Faradikus árammal nem kísérleteztek.

Az áramnak tulajdonított számos hatás mellett (katalytikus, kataphoretikus, interpolaris hőemelkedés, depolarisatio, a circulatio megváltoztatása stb.) még 2 főhatása van az áramnak: 1. a polarisatio okozta terményeknek edző hatása a nyákhártyára; 2. contractiók felkeltése.



A legtöbbszőr fibromyomáknál alkalmazták e gyógyeljárást. A legfontosabbnak látszott a villamozás megkísértése olyan esetekben, a midőn nagyobb fibromyomák mellett a vérzések ellen alkalmazásba vett más palliatív eljárások eszerben hagytak, a betegeknek nagy anaemia, hydraemia fejlődött ki. E körbe tartozó esetek közül néhányat leír, részint olyat, a mikor a villamozás hatása bámulatos volt, részint olyat, a mikor az sem segített.

Összesen 23 fibromyomában szenvedőt villamoztak, legalább is hosszabb időre gyógyult 5, javult 8, nem javult 7, a kezelést valamely ok folytán abban hagyták 3 esetben.

*Metritis chron. és endometritis haemorrhag.* miatt 10 esetben villamoztak; 7 esetben teljes gyógyulást értek el; 1 eset javult; 1 eset nem javult; 1 esetben a vérzések még erősödtek.

A méh *subinvolutiájánál, atoniájánál* 4 esetben kísérelték meg; 3 gyógyult; 1 nem javult.

*Parametritikus exsudatumot* 2 esetben villamoztak; az eredmény egyáltalán nem volt kielégítő.

1 esetben *dysmenorrhoea membranacea* miatt alkalmazták, műlő eredménnyel.

Összegezve eredményeiket, a következő conclusióra jut:

1. Kellő óvatosság, asepsis mellett a villamozás nem ártalmas.

2. Jó sikerrel alkalmazható mindazon esetekben, a hol a méh *atoniája, subinvolutiájá* vérzéseket tart fenn s bár ez esetekben más eljárások által is czélt érhetünk, mégis a villamozást, mint egyik leg-hatásosabb eszközt tekinthetjük a méh-*contractiók* felkeltésére s így a méh visszafejlesztésére.

3. *Metritis chron., endometritis haemorrhag.* eseteiben sikeresen alkalmaztuk, különösen curettézással egybekötve.

4. *Fibromyomáknál*, mint palliatív eljárás sok esetben kiválóan jó sikerű, azonban a fibromák gyógyításába nem hozott új aerát. Megkísérelhető s megkísérleendő mindazon esetekben, a midőn a műtét útján való radicalis gyógyítás nem indicált, illetőleg ki nem vihető. A daganat teljes visszafejlődését, vagy jelentékenyebb kisebbedését nem érzeltük. *Subserosus, submucosus myomáknál* eredménnyel nem bíztak.

5. *Para-perimetritikus izmádmányoknál* a massage-zsal jobb eredményeket érhetünk el; ugyanez áll a méh környezetében levő fixatiókra vonatkozólag is.

Temesváry, titkár.

## Máramarosvármegyei orvos-gyógyszerész-egyesület.

(1896. márczius hó 28-dikán tartott bemutató szakülés.)

Elnök: Novák Károly dr., jegyző: Lengyel Soma dr.

Lengyel Soma dr. „*Tabes dorsalis spasmodica*“ primaer esetét mutatja be. R. Gy. 24 éves napszámos, ki előzetesen soha sem volt beteg, 1895. július elején kezdett gyengélkedni. Baját arra vezeti vissza, hogy mint vasúti munkás megerőltette magát.

1896. februárban vette észre, hogy lábai zsibbadnak, s nehezen jár, február 28-dika óta pedig ágyban fekszik s járnai képtelen.

Betegnél mindkét alsó végtag izomzatában fokozott izomzsongot, merevséget találunk, mely úgy az activ, mint a passiv mozgást gátolja, inreflexek nagy mértékben fokozottak.

E tünetek mellett az izomzat nem sorvadt, érzési zavarok sehol nincsenek, hólyag, végbél functiója ép.

Lengyel Soma dr. „*Három pneumonia crouposa*“ esetet mutat be, melyek pilocarpinnal kezeltettek. K. T., 26 éves vasúti munkás felvételt 1896. márczius 13-dikán este. Beteg előadja, hogy márczius 11-dikén délben betegedett meg. Felvételekor légzés, érverés gyorsult. Hőmérsék 39.5. Köpet rozsdabarna, herpes labialis. Jobboldalt hátul az alsó tüdőleányban apró, nedves szörtyzörejek hallhatók, az ötödik bordától lefelé tympanitikus kontaktási hang. 14-dikén reggel tüdőtünetek változatlanok. Beteg öt centigramm pilocarpint kap ad inf. ipecac. 0.80:180. 2 óránként egy kanállal. Hőmérsék r. 40.6, d. 40.3, e. 40.0. 15-dikén. Kisfokú tompulat, mely alig kontatható ki, hörgi légzés nem hallható. Hőmérsék r. 39.0, d. 40.0, e. 39.8. 16-dikén. Tompulat eltűnt, apró, igen bő és nedves szörtyzörejek hallhatók. Hőmérsék r. 38.2, d. 39.0, e. 39.2. Közéretet kitűnő, beteg decoct. seneg.-t kap. 17-dikén. Hőmérsék 37.0, teljes oldódás.

Mint a fentebbiekből látjuk, a beteg a harmadik napon a tüdőlob első szakában került kezelés alá. Egy izben kapott öt centigramm pilocarpint, s látjuk, hogy a hepatitisatio alig vagy csak igen kis mértékben fejlődött ki, a pneumonia további lefolyása is könnyű és zavartalan.

I. O., 32 éves vasúti munkás 1896. márczius 23-dikán este 8 óra-kor vétetett fel. Beteg előadja, hogy márczius 19-dikén déli 12 óra-kor rázóhídeget kapott, szűró fájdalmakat érzett mellkasában, s erős köhögési inger lépett fel nála. Felvételekor a következő jelen állapot található, a fontosabb tüneteket sorolva fel. Érverése 100, légzés 36. Hőmérsék 39.5. A bal alsó tüdőleányban bronchialis légzés, s ugyanitt kifejezett tompulat. Igen sok herpes labialis, rozsdabarna véres köpet. 24-dikén: Tüdőtünetek változatlanok. Therapia hat centigramm pilocarp. mur. ad inf. ipecac. 1:180. 2 óránként egy kanál. Hőmérsék r. 38.5, d. 39.5, e. 39.8. 25-dikén: Tompulat változatlan, de a hörgi légzés már imitt-amott nedves szörtyzörejtől kísért. Érverés 94, légzés 18. Therapia: hét centigramm pilocarp. muriat. ad inf. ipecac. 2 óránként egy kanállal. Hőmérsék r. 38.3, d. 38.3, e. 38.0. 26-dikén: Hőmérsék 36.0, oldódás. Betegünk mint látjuk a hepatitisatio szakában került kezelés alá. két izben kapott hat és hét centigramm pilocarpint, mely jelen esetben gyors és könnyű oldódást eredményezett.

O. A. 28 éves vasúti munkás 1896. márczius 16-dikán este 1/2 óra-kor vétetett fel. Beteg összeesett, öntudatlan, folyton delirál. Légzés gyorsult, érverése szapora, radialis nagyon lágy, kis hullámú, alig tapintható. Hőmérsék 39.7. Tüdőkben negatív lelet, köpet nincsen. Kórisme felállítható nem volt, beteg aether-injectiókat kap. 17-dikén. A baloldali alsó tüdőleányban kisfokú tompulat mutatható ki, beteg somnoleas, delirál. Hőmérsék r. 38.5, d. 38.0, e. 39.5. Therapia: nagy-mennyiségű alkohol nyújtásában állott 18-dikén. Tompulát kifejezettebb, rozsdabarna köpet jelentkezik. Hőmérsék r. 38.3, d. 38.3, e. 39.6. 19-dikén. Tompulát a 3-dik bordától lefelé, bronchialis légzés. Hőmérsék r. 39.3, d. 39.5, e. 39.6. Therapia: Beteg ezen napon három centigramm pilocarpint ad inf. ipecac. 1:180 kap, állandóan alkoholt nyujtunk mellette. 20-dikén. Tüdő tünetei alig változnak, de közérzete javul, képes felülni, öntudata visszatér. Therapia: három centigramm pilocarp. mur. Hőmérsék r. 38.7, d. 38.7, e. 38.0. 21-dikén oldódás tünetei lépnek fel. Hőmérsék r. 38.6, d. 38.3, e. 38.2. 22-dikén. Beteg láztalan.

Ezen betegnél — tekintettel nagyfokú elesettségre — pilocarpint csak felvételének negyedik napján, a hepatitisatio előrehaladott szakában, s ekkor is három centigramm adagban alkalmaztam; miután a pilocarpin adagolására a légzés, közérzet javult, ez adag másnap megismételtem, újból pozitív jó eredménnyel: a hőmérsék gyorsan esik, s másnap oldódás áll be.

Felemlítenék vélem, hogy egyidejűleg több croupos pneumonia-ban szenvedő beteg feküdt osztályomon, kik nem részesültek pilocarpin kezelésben s a lefolyás mindannyinál súlyosabb s protraháltabb volt, mi a mellett szóla, hogy e tavasz folyamán előfordult pneumoniaik természetükön fogva a súlyosabb jelegűekhez tartoztak.

Korda Jenő dr. „*Osteomalacia*“ javult esetét mutatja be. B. E. 52 éves nőbeteg, 6-szor szült, az utolsó szülés óta állandó eszós fájdalmak közben tetemesen megsoványodott, termete mind kisebb és kisebb lesz, esontjai alakjukban megváltoznak, elgörbülnek, végre önmagával tehetetlenül a kórodát keresi fel.

Jelenleg a beteg gerinceoszlopa hát felé, sternuma mellfelé, nagyfokban elődomborodik, a kis medence a haránt átmérő irányában összezsugorodott, a bélcsontok kifelé fordultak, az alsó bordák a medencebe érnek. Alsó végtagok egyáltalában nem, felsők csak korlátoltan mozgathatók. A beteg phosphort kap 0.005 gm.-os napi adagokban, 4 heti adagolás után felső végtagjait szabadon használni képes, ülni, állni és botra támaszkodva járnai tud.

Korda Jenő dr. egy tabes esetet mutat be. T. J., 45 éves nőbeteg, felvételekor hirtelen keletkező, rohamokban jelentkező gyomor-fájdalmakról, derékfájásról, homályos látásról panaszkodik, továbbá az alsó végtagokra terjedő villanó fájdalmakról.

Beteg pupillái merevek, egyenlőtlenek, renyhén hatnak vissza, Westphal, úgyszintén Brach-Romberg phaenomen kimutatható. Sötétben járnai nem képes.

A kórisme *tabes dorsalisra* tétetvén, néhai Takács magántanár által alkalmazott nyujtasok, t. i. hátfekvésben a törzs fölé visszahajtott alsó végtagoknál gyakorolt húzás, kíséreltetnek meg és alkalmaztatnak hetenként 4-szer 1—4 percnyi időtartammal. Körülbelül 20 nyujtas után beteg jól lát és végtagjaiban a fájdalmak, úgyszintén gyomorgörcs rohamok megszűntek, térd- és pupillareflexek, habár csökkenten, de kiválthatók, behunyt szemmel is képes járnai.

Korda Jenő dr. „*Paralysis glossolabio-laryngea*“ esetét mutatja be. A. Ch., 62 éves nőbetegnél szaggató, húzó tarkó fájdalmak után folyton fokozódó beszédzavar keletkezett, mely teljes aphasiaig fokozódott. Jelenleg a beteg, a kinél a visualis és acustikus szóképek képlése teljesen ép, nyelvét leginkább csak visszahúzni tudja, egyéb mozgásokra alig képes, a sphincter o is hűdött és sorvadt, a száj széthúzott, a minok folytan sajátságos síró arc kifejezés keletkezett, a nyelv izomzata vékony, igen puha, a lágy szájpad félhűdött állást foglal el, nyál-elválasztás fokozott, nyelés megrehezített, a mennyiben gyakran félre-nyel, különösen folyékony tápnemeket. Érzéki eltérés a kóros izmok területén nincsen. Állandó áram alkalmaztatott a két process. mastoideuson át.

Lengyel Soma dr. „*Gyökerez sérvműtét gyógyult esetét*“ mutatja be. F. S., 20 éves, gyári munkás, felvételt 1896. január 29-dikén. Csak egy fél év előtt vette észre, hogy jobboldali lágyéksérvtben szenved. A lágyéksatorna három ujjnyi tág, s azon bél nyomul elő. A műtét február 1-én végeztetett Szilágyi István dr. kórházi igazgató által. A csoplesz egy része a sérvtümlőhöz oda volt nőve s resecáltatott. A műtét további lefolyása különben sima volt, beteg gyógyult és munkaképes.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

Monti e Fieschi: Sulla guarigione delle ferite dei gangli del simpatico. Pavia, 1895.

A szerzők az agyvelő és gerincevelő sérüléseinek gyógyulásánál végbemenő kórtani folyamatokra vonatkozó és már többek által tanulmányozott kérdések méltatása után saját kísérleteikről számolnak be, melyeket a sympathikus idegdúcok sérülései gyógyulásmódjának kiderítése céljából végeztek. A szerzők fel-



tételezték, hogy azon anatómiai és élettani különbségeknél fogva, melyek az agyidegrendszer és a sympathikus idegrendszer között léteznek, a kétféle idegrendszer sérülései után bekövetkező gyógyulási folyamatokra vonatkozólag is eltérések fognak mutatkozni.

Kísérleteiket 41 állaton végezték, házi nyulakon, kutyákon és kecskéken. A ganglion cervicale superior felkeresését és megsértését találták a legalkalmasabbnak tanulmányaik végzésére. A műtétet aseptikus eljárással hajtották végre. Kipraeparálták a fejbicezentő izmot s az edényeket és idegeket fedő pólya mentén óvatosan eljutottak a nyaki felső idegdúcához. A dúc testébe azután egyszerű steril vagy tüzes tüvel belészúrtak, némelykor kis ollóval többször belémetszettek. A műtétet gyorsan hajtották végre, a sebet gondosan fertőtlenítették, majd összevarrták felette a bőrt s a varratot collodiummal vonták be. Az állatok a műtétet jól tűrték s csak az első két esetben mutatkozott jelentéktelen genyedés a bőralatti kötőszövetben. A sérült idegdúcokat 24 órától 24 napig váltakozó időközökben vették ki az állatokból (megölvén előbb az állatot, nehogy annak vérzése, mozgása esetleg zavarólag hasson) és rögtön fixáló folyadékba tették. Fixáló folyadékul többfélélt használtak, így saturált sublimat-oldatot, Heidenhain-féle folyadékot, Flemming-oldatot és Golgi-féle osmium bichromicum-oldatot. A szövetek festésére is többféle módszert vettek igénybe (Bizzozero haematoxilinjét, Ehrlich- és Böhmer-féle festéket, továbbá Rabl és Foá szerint haematoxilines safranint).

Az állatokból kivett idegdúcokat mikrotommal vagdalták szét és az egyes metszeteket tárgyüvegekre ragasztották. Ilyen módon egész sorozatát kapták az idegdúcoknak, kezdve a sérülés utáni 24. órától egészen a 24. napig, s ezeket vizsgálva, a következő eredményekre jutottak: A sympathikus idegdúcok aseptikus sérülései után mindig helyrehozhatatlan idegsejt-vesztések következtek be. Az egyszerűen sterilizált vagy megtüzesített tüvel megsértett sejteken kívül a közeli zóna más idegsejtjei is lassankint degenerálódtak és elpusztultak. A sértetlenül maradt idegsejtek nem szaporodtak és nem pótolták az elpusztult sejteket. Ellenben az idegsejteket burkoló endothelialis elemek megszapordtak és mintegy határt vontak az épen maradt és a megsértett idegsejtek között. Néhány idegroston is, különösen a hideg tüvel sértetteken szabályos karyokinesis indult meg. A sérült idegdúcok megsebzett edényei részben regenerálódtak és — valószínűleg a sérülés előidézte vérbőség folytán — a szomszédos részek hajszál-edényein túltengés volt felismerhető.

Egyébként a sérült szövet lassan tönkre megy. A tüzes vas által sérült idegdúcoknál a nekrotikus részek lassan szívódnak fel. A sérülés utáni teljes gyógyulás lassan jön létre kötőszöveti heg képződése által.

Általában tehát a sympathikus idegdúcok is úgy viselkednek sérülésekkel szemben, mint az idegközpontok sejtei és a gerinczvelő idegdúcai: kifejlődött emlős állatoknál nem képesek újra képződni és fix elemeknek tekintendők.

Végül figyelmeztetnek a szerzők az elmondottak praktikus fontosságára a nyakon végzett sebészeti beavatkozások szempontjából, miután épen a nyakon legkönnyebben sérthet meg a műtét kése némely sympathikus idegdúcot. *Aujesky dr.*

## II. Lapszemle.

### Sebészet.

Három sikeres léпкиirtás hat hét lefolyása alatt. *I. Bland Sutton* rövid idő lefolyása alatt három léпкиirtást végzett. Az első eset 17 éves leányra vonatkozik, kinél a lép a bordaivtól a medenezéig ért és a duodenumra gyakorolt nyomás által időnként sárgaságot okozott. Második esete 5 éves leány volt szintén nagy mértékben nagyobbodott léppel, leukocythaemia, rachitis, syphilis és amyloid elfajulás ki volt zárható; 13 nappal a műtét után már járkálhatott. A harmadik eset 32 éves nőnél vándorlépre vonatkozott, mely egyúttal nagyobbodott volt, tíz év óta állott fenn és az utolsó két évben kellemetlenségeket, sőt munkaképtelenséget okozott. Sikeres műtét végzésének elérésére igen válogatosnak kell lenni. Három év előtt 22 éves nőnél végezte a splenectomiát és az még jelenleg is teljesen egészséges. Az utolsó három esetet is a jövőben figyelemmel akarja kísérni. (Lancet, 1895. október 19.) *Baumgarten Samu dr.*

Az emlő kiterjedt rosszindulatú daganatának operálásáról a felkar kiizelésével ír *Arbuthnot Lane*. Esetekben, hol az egész emlő, annak bőre, a kulcsontfeletti és alatti, valamint a hónaljmirigyek carcinoma által inficiáltak, ezek teljes eltávolítása után óriási seb marad vissza, melynek transplantatio útján való fedése alig sikerül. A daganat és az alatta fekvő izomrétegeknek a mellkasfalig való teljes eltávolítása után heroikus eljárásnak látszik ugyan a felkar eltávolítása, hogy az öt fedő egészséges bőr a seb takarására felhasználható legyen, de műtét nélkül a beteg valószínűséggel rövid idő múlva elpusztulna s már ennek előtte az illető karja a ráknak vivőereire való áttérjedése által sok kín székhelyévé válnék. Aseptikus gyógyulás mellett a nagy beavatkozás dacára a beteg már néhány nap múlva egészséges. 1895. szeptemberben alkalma volt 29 éves nőnél ily kiterjedt és részben már kifehélyesedett rákdaganatot a jobb emlővel eltávolítani. A felső metszés a kulcsonttal párhuzamosan a középvonalig terjedt, a kulcsont középső harmada exstirpálva, a mirigyek s laza kötőszövet eltávolítva, a kulcs alatti vivőér és verőér lekölte lett. A második metszés a középvonalban verticalis irányban 9 hüvelyknyi hosszúságban lett végezve, alsó végén vízszintes metszés az axilla hátsó vonaláig és innen egy verticalis metszés a kulcsont külső határa felé lett vezetve. A felkaron a hátsó axillaris redőtől a könyökig érő verticalis metszés, ennek végén egy circularis metszés végeztetvén, a bőrlebeny lepraeparálva, a felkar kiizelve és a daganat s mellizmok kiirtása után támadt anyaghiány ezen bőrlebenyvel fedve lett. Gyógyulás per primam történt. (Lancet, 1895. október 12.) *Baumgarten Samu dr.*

Hydrocephalus, trepanatio, a negyedik gyomrocs megnyitása, gyógyulás ezimel *Glynn* és *Thelwall Thomas* egy esetet írnak le. 18 éves fiatal ember másfél év óta occipitalis fejtájás és szédülésben szenvedett, a fokozott intracranialis nyomás minden tünete jelen volt s minden arra mutatott, hogy a jobboldali agyacs és processus vermicularis tájékán van a baj; már műtét előtt el volt határozva, ha ezekben daganat nem volna található, mint az 16 eset közül eddig 9-szer előfordult, a negyedik agygyomrocs tájékát is vizsgálni. A jobboldali processus mastoideustól a linea semicircularis superior mentén a középvonalig és onnan lefelé irányuló metszés ejtettvén a csontig, a fossa cerebelli közepének megfelelő helyen trepanatio történt. A dura mater a nyíláson kinyomult, feszes volt és liktetést nem mutatott, megnyitása után kevés folyadék ömlött ki. Az ujj óvatosan az agyacs és processus vermicularis, sőt a bal agyacs alá is vezetett, de semmi rendellenes nem volt tapintható, a miért a negyedik gyomrocs felé lett irányozva és itt lágy kiemelkedéssel találkozott, mely gyenge nyomásra engedve, a medulla hátsó felülete tapintható volt. Az ujj visszahúzásakor folyadékáram ömlött ki. Az áttört szövet a velum medullare posticum volt, melynek nyílásai obturálva voltak s a hydrocephalus internus ezáltal meg lett szüntetve. A dura mater ismét be lett varrva, a csont kifűrészelt darabja nem lett visszahelyezve és csak a lágyrészek alá lett drain vezetve. A 41-dik napon felkelt a beteg s a 63-dik napon gyógyulva bocsáttatott el. (Lancet, 1895. november 2.) *Baumgarten Samu dr.*

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Fejtájás gyógyítása. Bizonyos fajta makacs, állandó fejtájásoknál, melyek szédülés és hányásinger nélkül jelentkeznek, főleg a homloktájon székelnek és az éjjeli alvást nem zavarják, *Galliard* a calomelt használja sikerrel. 6 napon keresztül minden reggel 10 centigramm calomelt vétet be, mire a 3. vagy 4. napon a fájás már csökkenni kezd. Ha nem volna teljes az eredmény, több heti szünet után a kúra megismétlendő. A 3. napon rendszeren hasmenés köszönt be, a mely miatt azonban a szerelés nem szakítandó félbe. (Gazette hebdom. de méd. 1896. 21. sz.)

2. Pruritus scrotalis ellen *Brocq* a következő szert ajánlja: Rp. Acidi carbolici 20'0; Glycerini 80'0; Spirit. vini rectific. 4'0; Aquae destill. 320'0. Ebből egy rész négyszer annyi forró vízzel keverendő és ebbe egy 8—10-szeres kompress mártandó, mely azután a scrotumra téve, kaucsuk-suspensoriummal megerősítettik. E mellett belsőleg antipyrin ad, minden délután két 1/2 grammos port, este pedig ammonium valerianatumot. (Practitioner, 1896. április.)



## TÁR C Z A.

## Külföldi gyógyklimás helyek és vizgyógyintézetek.

## VII.

## Ajaccio és Sicilia néhány helye.

Bologna, 1896. márczius 15.

Melchior Lang könyvét Ajaccióról<sup>1</sup> olvasván, szinte áhítattal közeledtem február hó első napjaiban „La Corse“ (mert senki sem mondja „Corsica“-nak) fővárosa felé. Hisz az egy telet ott töltött német orvos költői szárnyalású brosúrájában csupa éragadtattással szól „Azsakszió“-ról (attól a perectől fogva, hogy a szigeten kikötött az ember, nem hallani többé az olaszos kiejtést). Klimáját nemcsak a Madeiré-val hasonlítja össze, de bizonyos tekintetekben feléje is helyezi és a gyógyeredmények közt csodákat sorol fel.

Nos, a Bastiától Ajaccióig immár teljesen kiépült hosszú pályán végig vasutazva, a szakadatlan magas hegyi képek után a sziget belsejében, elég fogékonyan értünk a tengerpartra, hogy ennek minden szépsége megfelelő benyomást kelthessen. És Ajaccio még sem lep meg, mert az egekig emelt fekvésre igen elegendő a kitétel: csinos. A nyugati part délnyugatnak néző öble csúcsán fekszik a Napoleon szülőházát rejtő város, megfranciásított olasz lakosságával. Ez utóbbi karakter az északi rész piszkos utcáseregében meg is nyilatkozik. A „Place Bonaparte“-on áthaladva a város nagy fiának imperator-szobra előtt kezdődik csak az a SO-nek vivő öbölzsegy, a mely igazán szép — balról a nyugodt loesogású tenger, jobbról olajfás dombosor — és a mely a municipium és a lakosság nagyobb érdeklődése mellett az ügy iránt remek szép lehetne. De a mosolygó parton sütkérező betegnek nem ad sétája közben pihenő helyet egyetlen pad, a kiváló temperatura-járás csak kevés jól ápolt kertnek a növényzetét dédelgetheti, a gyógyhelyre érkezett idegen az ott időzők névsorához nem juthat — mert ilyen nincsen — és a legutóbbi 2 évben már a meteorologiai megfigyeléseknek sem akad végezője...

Az öböl körzetén valóságos hegykoszorú van, mely a közeli olajfás dombokról áttekintve, csak északon mutat jelentősebb bevágást. Innen a bár többnyire gyenge szelecskék irányában a sokszor szereplő: N. A hőmérsék viszonyai tényleg felette kedvezők. A téli hónapokban aránylag magas temperatura nem jár olyan napi ingadozásokkal, mint a Rivierán, ámbar a nap lementét beteg embernek itt sem szabad odakinn megvárnia, mert a hősés nagy és a napos meg árnyékos helyek temperatura különbsége iránt hozzá nem szokott egészséges ember is érzékeny. A Lang-tól is közölt Muselli-féle mérések szerint 1878-tól 1889-ig november hónap átlagos hőmérséklete 12·3—16°, deczemberé 8·1—15·1°, januáré 8·8—11·6°, februáré 9·1—13° és márcziusé 11·2—14·2° C. között ingadozott. Magam a még fel nem dolgozott dr. Sichel-féle „Bulletin météorologique“-hoz férhettem hozzá. Ebből újabb adatok állnak rendelkezésre 1893-ig bezárólag. Rövidség kedvéért csak a január hónapot akarom említeni 1891—1893. években. 1891. január havának átlagos hőmérséklete 9·1° C. volt, 1892. január haváé 10·4° C, 1893. januárjáé pedig 7·6° C. A napi középhőmérsékletek minimuma a 3 évben sorban 4·4°, 7·1° és 2·6° C. volt, a napi középhőmérsékletek maximuma: 13·9°, 14·1° és 10·9° C. Az abszolút minimum 1891. és 1892. január havában a 0°-ig sem süllyedt egyszer sem, 1893-ban azonban a hónap elején egy ízben 1·1° volt a zérus alatt, bár többnyire e hideg januárius sem mutatott 2° C.-nál alacsonyabb minimumot, sőt néhányszor a legalacsonyabb napi hőmérséklet 8°-on is felül állott. 1891. januárjában az abszolút minimumok javarészt 5—7°, 1892-ben pedig 6—8° között mozogtak, sőt jóval magasabba is felszökentek. Én f. év február 7-dikén pl. északi oldalon árnyékban 6·2° C. legkisebb és 12·5° C. legnagyobb hőmérsékletet mértem reggel 8 órától este 8 óráig (a budapesti meteorol. int. jelentése szerint nálunk ugyane napon reggel 7 órától este 9 óráig 1·6 minim. és 3·7 maxim.).

<sup>1</sup> M. Lang, Ajaccio als klim. Kurort u. die Insel Corsica. Wien u. Leipzig, Braumüller. 1895.

A napi hőmérséklet-ingadozások összehasonlítása a Cannes-ban és Nizzában észlelttel 1891. január havára vonatkozólag módomban áll. A parallelt csak azért nem lehet teljes érvényességgel megvonni, mert az ajacciói reggeli mérések 8 órakor, a cannesiak 7 órakor, a nizzaiak meg 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> órakor történtek. A déli mérések azonban mind 12 óraiak s így az összehasonlítás mégis rámutat a fentebb hangsúlyozott körülményre, hogy a napi hőmérsékbeli differentiak Ajaccio-ban kisebbek, mint a Riviera di ponente említett két helyén. Ime a temperatura C. fokokban:

Nap	Ajaccio		Cannes		Nice	
	Reggel	Délben	Reggel	Délben	Reggel	Délben
1.	11·0	14·0	10·5	14·5	7·0	13·5
2.	13·0	14·7	11·0	14·5	7·0	14·0
3.	10·7	13·9	6·5	16·0	6·5	12·0
4.	11·5	13·3	10·0	15·5	7·0	14·5
5.	10·5	11·6	6·0	15·0	7·0	11·0
	stb.		stb.		stb.	

A relativ levegőnedvesség többnyire 70%-on felül áll, nem ritkán 80 is a téli hónapokban.

Az említett délkeletnek vivő partszegély mentén vannak Ajaccio jobb hoteljei. A „Grand H. Ajaccio“ igen szép kertjével és egészben nyilvánuló grandezzaival a közeli „Schweizerhof“ nem versenyezhetik ugyan, de azért a tulajdonos jóra való érzelme miatt a betegek gondozása iránt mégis ez utóbbinak adnám az arany almát.

Értesüléseim szerint a város törzslakossága közt epidemiák tényleg alig ismeretesek, mind a mellett helytelenül vonja Lang (l. c. 80. old.) kétségbe Laveran és Bondin adatait, a kik elég őszinték voltak bevallani, hogy bizony a tüdővész a sziget szegény lakossága körében is bőven szedi áldozatait. A mit én e pontot illetőleg Ajaccio egyik legelőkelőbb orvosától (Paoli dr.), a ki 16 év óta hivatalos és magángyakorlatot üz ott, megtudtam, a Lang-tól „wenig glaubenswürdig“-nek titulált közlésekkel egybehangzó.

A torpid tbc.-alakok, öreg emberek bronchitise, nephritis, diabetes, különféle idegbaj haszonnal időzik télen át e relative igen kedvező klimájú helyen. A társas élet az alapjában elfranciásodott, részben telivér francia lakosság körében a „grande nation“ ismert szeretetreméltóságánál fogva igen kellemes, csak mint sehol Európában, úgy itt se keressünk a betű szigorú értelmében örök tavaszt, mert csakhamar meggyőződünk a „Cannes-i tél“<sup>1</sup> érdemes leírójának Buttura dr.-nak a szavai igazságáról: „Le printemps perpétuel est un rêve!“

Sicília-ban Palermón kívül klimatologiai tekintetben nem sok kiváló nevezetesség van. Messina az olasz szárazföldre legközelebb, sekély, elnyult öbölben fekszik, még nyugat felől valamennyire legalább védetten. Északról a széljárás útjában csak gyenge akadály van, kelet felől pedig a város teljesen exponált. Taormina, az ő remek panorámájával és görög színház omladékaival sok idegent csodít, de beteget alig bír vonzani. A dús vegetatio, a február közepén nyíló sok mandolafa könnyen behizelgő impressiót adnak a helyiséghez felvivő szép kigyóút oldalán, mégis az emelkedett helyzet és kedvezőtlen hegyalakulás bőséges ventilációra mutatnak és így kiábrándítók. Lenn a tengerparton a serpentinút kezdetén volna csak egy szélvédett hegyöl, de itt tér hián nem gondolhatni betegkolónia alapítására. Acireale, már Cataniához közel, nyár szakán sok vendéget lát (kénes-konyhasós forrás, tengeri fürdő), mint téli gyógyklimás hely azonban kétségbeejtőleg csendes. Itt ugyan az északkelet felől védő Etna közelebről véd, mint Cataniában, de hőmezőiről hűvös fuvalmait is közelebről adja. Egyenest keleti irányban jó messze húzódik egy hegyvonul, csak kevés oltalmat adván, egyébként meg szabadon jár a levegő mozgása. A kertekben mindenütt sárgálló sok citrom mutatja, hogy Acirealét, melynek több elég jó és olcsó hotelje van télen is nyitva (Albergo Rubbero, stb.), mégis megkísérhetnék könnyebb betegek, prophylaktikusok téli állomásul.

<sup>1</sup> A. Buttura, L'Hiver à Cannes et à Cannet. Paris, Bailliére et fils, 1883.



Catania, a csinos egyetemmel bíró 102,000 lakosú kikötőváros, az Etna déli lábánál terül el. Az immár néhány éve szunnyadó vulkán óriás havas teste, bár jó távol esik a tengerparttól, az északi szeleknek hatalmas gátja. Az északnyugat, kelet és délkelet felől fúvó szél nem talál akadályt a „Piano di Catania” felé vett útjában és a tél folyamán gyakran elég erős. A temperatura viszonyok kedvezők, a „tél” csak november végén, sőt decemberben válik érezhetővé. A napi hőmérsékültségek igen mérsékelték. Évente átlag 210 derült napra lehet számítani. A városban több nagy nyilvános kert, az északi részen szép villatelep, jó szállók stb. A part mentén déli növényzet, szinte egyiptomi nagyságú kaktuszok, valóságos citromfa erdők Messinától Cataniáig... Ha túlzott is egy olasz leírás kimondása ez utóbbi helyről: „Catania è la seconda Madera”, annyi bizonyos, hogy úgy Catania, mint Szicília több más helye pl. svájci lakosság kezében különb téli betegstatiókká fejlődtek volna ki.

## VIII.

## Cairo, Helouan, Matarieh.

Bologna, 1896. márczius 16.

A Nilus-part antik városa, mely minél távolabb vagyunk tőle, annál vonzóbbnak, érdekesebbnek tűnik elő, volt téli vándorutamat utolsó állomása. Február második felében odaérve még javarészt együtt találtam a nagy betegkolóniát; a szállók telvék, az extravillán Helouan még erősen foglalkoztatja orvosait. De az időjárás már jelzi a saison haldoklását. Mint az a gyógyklimás helyek látogatása közben oly gyakran történik, itt is épen „rendkívüli” fejleményekkel kellett az idő dolgában találkoznom. Egész atipusosan korán jelent meg ez év február 20-dika után a poros-meleg szél, a *Khamzin*, mely alig enged a nap 24 órájában némi hőmérséksüllyedést, penetráló finom ásványpora meg a legrejtettebb réveken is átjut, hogy a lakásban minden tárgyon megüledjen. Éjjel sem mérhettem február 24—25-dikén 16° C.-on alúli temperaturát. Bárton alhattunk jó szunyogháló védelme alatt nyitott ablak mellett. *Cairóban* még csak az utcaöntözés, a házak és fák vetette árnyék tűrhetővé tették az árnyékban 21·8° C. maximumot (napon 49° C.-t mértem), de a fátlán *Helouanban* február 27-dikén a 26° C. árnyékbeli temperatura (d. e. 11.) csaknem tűrhetetlen volt hozzá nem szokott embernek. A relativ nedvesség e napokban igen csekély volt. Az én hajszál-hygrometerem mutatója február 24-dikén 43°-ig szállott alá. Természetesen örökös szomjúságérzet és naranes-evés a következménye.

De az abnormis képpel kezdtem. Rendes körülmények között nemcsak hogy megvan, de igen jelentékeny a 24 órás hőingadozás *Cairo*-ban. 1895. január havában pl. ilyen temperatura-végletek fordultak elő egy-egy nap keretén belül: 21° és 4° C., 19° és 6° C., 19° és 12° C., 19° és 8° C., 18° és 5° C., 17° és 5° C., 20° és 6° C., 20° és 2° C. stb. A minimumok mindig 2—3 óra tájban éjszaka. Kellemetlen, lankasztó melegségről tehát a tél folyamán nem lehet szó, sőt az éjjelt beteg embernek gondosan zárt ablakok mellett bőven takarózva kell töltenie. Egészséges egyének is téli takarókat használnak rendszerint, akárcsak minálunk. Az átlagos temperatura decemberben 15° C., januárban 12—13° C., februárban 14° C., márcziusban már 18° C. Az átlagos relativ levegőnedvesség decemberben 67%, januárban 70%, februárban 66%, márcziusban 56%.<sup>1</sup> A relativ nedvesség a temperaturával együtt ingadozik, rendes viszonyok közt 24 óra alatt jelentékeny fokban. F. év január havában ilyen extrémeket észleltek egy-egy napon: 76% és 35%, 79% és 59%, 84% és 49%, 89% és 31% stb. *Khamzin*-napokon az ingadozás csekély, mint a hőmérsékletben is. Tavaly januárban napirenden voltak az ilyen 24 órás rel. nedv. differentiák: 80% és 40%, míg nem egy-két *Khamzin*-szeles nap következett s ekkor a napi rel. nedv. ingadozás 33% és 26%, meg 37% és 30% volt.

Az általános klimajellemzéshez hozzá kell tenni még, hogy rendszerint az év 3/4 részében naponta kellemes, üdítő északi szellő fúj a tenger felől. A *Khamzin* rendes megjelenési ideje

április, legkorábban márczius, egyébként kivétel. Az első igen kevés és rövid ideig tartó, többnyire októbertől márcziusig jelentkezik. *Helouan*-ban egy évben 4—10-szer esik, akkor is mindössze 1/4 órát s ismét oly melegen tűz alá a nap, mint annak előtte.

Az idei év több tekintetben ellít a többtől. Igen „hideg” volt a tél. Ez *Cairo*-ban annyit tesz, hogy 4—5° C. (a zérus felett) minimum és 11—12° maximum is előfordultak. Aránylag sok eső is járta a vidéket. *Helouanban* a télen 2 ízben egészen szokatlan bő eső esett.

A saison november végétől számítható.

*Wildt* dr., 14 év óta *Cairóban* praktizáló igen intelligens orvos, tapasztalatai alapján a következőképp formulázta előttem Egyiptom indikatióit:

Nem való ide a vérzéses florid phthisis, a tuberculosis alapon fejlődött chronikus orr- és garathurut, szívbillentyű-bántalom. Ellenben jó haszonnal van *Cairóban* és környékén, esetleg feljebb a Niluson (*Luxor*, *Assuan*) a hő váladékú bronchitis, a nagy secretiójú bronchiectasia, enyhébb tüdőtuberculosis, nephritis szívcomplicatio nélkül, chronikus rheumatismusok, lues (folytatott antiluetikus kezelés mellett természetesen). Nephritises egyének legjobb volna egész éven át Egyiptomban időznie. Több orvos e czélt elérendő telepedett meg pl. *Cairóban* és 2—3 év mulva restaurálódtak. Nem egy olyan egyén is évről évre a *khedive* városában tölti az otthon hideg hónapokat, a ki polyarthritist rheum. recidivájától fél.

A benszülött arab lakosság szennyes életmódja, szegénysége mellett nem esoda, ha a tüdővész közöttük is jól ismert betegség, künn a pusztában azonban csak elvétve található. Lues nehéz esetei azonban a törzslakosság körében alig észlelhetők (*Wildt*).

*Cairo* maga sok nagy ákác-allejával, szép nyilvános kertjeivel, jó hoteljeivel kellemes tartózkodó hely a téli hónapokban. Egyes szállói pazar fényvel vannak berendezve. A pezsgő társas élet, jó franczia színház, a környék számos felette érdekes látni-valója megkönnyítik a magános betegnek is a huzamosabb ott tartózkodást. Német, franczia és angol orvosok nélkülözhetővé teszik az arab egyetem nevelte doktorokat. Csak néhány hónapja, hogy *M. Schneider* dr. a városban egy igen csinos berendezésű vizgyógyintézetet („*Hammam*”) nyitott, a nagy „*Shepherd's Hotel*” hátamögött, a legélénkebb helyen. Az intézet gazdag hydrotherapiás felszerelése, szép *Zander*-féle gépei stb., díszére válnának bármely európai nagy gyógyhelynek is.

*Helouan*, a hol *Fényes* dr. hazánkfia örvend igen jó internationalis orvosi hírnék, *Cairótól* délre, a *Mokattam* heglánctól keletnek fekszik, a fővárosból rövid vasutazással könnyen elérhetőleg. Igazi sivatag kép. Fátlan, örökké napsütött sárgás-szürke homoksíkon egy csupa új házból álló telep. A „*Grand Hotel Helouan*” nevű kintő szálló és sok pensio gondoskodik a betegek ellátásáról, a kik a heves napsütés idejét szobáikban, vagy az udvarokon felütött vastag vászon-sátrak alatt töltik, utóbb meg sétákkal, kocsizással, este a bálakat is rendező „*Casino*”-ban találkozással foglalják el magokat.

Klimája ugyanaz nagyjából, a mi *Cairóé*, csak kevesebb a pora, tisztább a talaja, csendesebb, elvonultabb, inkább betegnek való ott az élet. Magyar embernek *Fényes* dr. szeretetreméltó egyénisége maga is vonzóerő. Tudtommal nemsokára sanatorium is nyílik meg az ő vezetése alatt.

*Matarieh*, *Cairótól* északra, hozzá ugyancsak közel, hivatva van egykor szintén betegkolóniává nőni ki magát. Portalan levegője, szép kertekkel bíró villái teszik ajánlatossá. Jelenleg azonban még hotelje sincs s így egyelőre csak egész nyaralók bérbevevőinek a szemében tehet számot.

*Kuthy* dr.

## Magyarország közegészségügye 1895-ben.

(Perczel Dezső belügyminister jelentése a képviselőházhoz.)

(Vége.)

Az oltások ez évi száma 30,448-czal multa felül a mult évi és 116,882-vel a harmadévi oltások számát. Az oltások többlete

<sup>1</sup> E nedvességátlagok *F. M. Sandoith*: „Egypt as a Winter Resort” (London, Kegan Paul, 1889.) című művéből vannak véve.



azonban egészen az újraoltásokra esik, míg az első oltások száma évről évre csökken; az emberi nyirkkal végzett oltások száma 71,213-at tett, mi az összes oltások 72%-ának felel meg.

Nem részesült gyógyításban az elhaltak 298%-a, míg a megelőző évben a gyógyítás nélkül elhunytak az összes halottak 259%-át, 1893-ban pedig 25%-át tették.

A halálokok kimutatása szerint az elmúlt évben az összes halottak száma 447,017-et tett, míg 1894-ben 11,150-nel, 1893-ban 9207-tel, 1892-ben pedig 49,356-tal többet. Ezer élő közül — az ország lakosságát az 1890-diki népszámlálás adatai szerint számítva — 1892-ben 327, 1893-ban 301, 1894-ben 302, 1895-ben pedig 294 halt el.

E mellett azonban a gyermekeknek, illetve csecsemőknek évről évre fokozódó halálozását kell kiemelni, minek okát főként a gyermekek ápolásának elhanyagolásában kell keresni, a tüdőgümőkór is évről évre nagyobb arányokat ölt. E betegség ugyanis 1892-ben 46,097, 1893-ban 46,938, 1894-ben 48,954, végül 1895-ben 53,690 embert döntött sírba.

A veleszületett gyengeség, görcsök, gyermekaszály, diphtheria és croup, kanyaró, szamárhurut, vörheny, hólyagos himlő, influenza, hasi hagymáz, kiütéses hagymáz, vérhas és gyermekági láz a vármegyékben 100 haláleset közül 47-nek (4068), a városokban ellenben csak 28-nak (2787) volt az oka; míg a bélhurut, tüdőgyulladás, tüdőgümőkór, gutaütés és elmebajok a vármegyékben 100 haláleset közül 30-at (303), a városokban pedig 39-et (393) okoztak és az erőszakos halálokok a vármegyei halálozások 41%-át, a városoknak pedig 29%-át teszik. A városokban erőszakos halálokok következtében beállt halálozások 415%-a Budapestre esett míg az előbbi évben a városokban bekövetkezett ilyenmű halálozásoknak felénél nagyobb része (505%) fordult elő Budapesten.

Az orvosrendőri vizsgálatokra vonatkozó adatok a következők:

Az ételmi és élvezeti szerek, italok, valamint az egészségre veszélyessé válható egyéb tárgyak, mint edények, ruhaszövetek, gyermekjátékok, mérgek, ragályos ruhák stb. megvizsgálása céljából 600,750 szemle foganatosított. A megelőző évben a szemlék száma az egész országban csak 185,711-et tett.

Az állami és magánvegykísérleti állomások összesen 3733 vizsgálatot végeztek, melyeknek nagyobb része (2115) a megvizsgált tárgyat ártalmasnak, illetve hamisítottak találta. A megvizsgált tárgyak közt legnagyobb számmal fordul elő a tej és tejfel, melyet 1753 esetben vettek vizsgálat alá; a vizsgálatok azonban igen kedvezőtlen eredményt adtak, a mennyiben azt derítették ki, hogy a megvizsgált tej és tejfel az esetek több mint kétharmadában (1197) hamisított, illetve ártalmas volt és csak 556 próba volt kifogástalan. Még rosszabb eredményt adott a borvizsgálat: 167 megvizsgált borpróba közül 92 volt ártalmas, illetve hamisított és csak 85 volt kifogástalan; a hamisítások nagy részét szesz hozzáadással, felhígítással, vagy hamis borvidék jelzésével követték el. A vaj vizsgálata még ennél is rosszabb viszonyokat derített ki; ugyanis 274 megvizsgált vajpróba közül csak 45 bizonyult kifogástalannak, míg 229 ártalmas, illetve hamisított volt. Hasonló volt az eredménye az élvezeti szerek (ezukor, kávé, tea, fahéj, paprika, bors stb.) vizsgálatának is; ez 272 megvizsgált próba közül kifogástalannak csak 48-at, míg 223-at ártalmasnak, illetve hamisítottak talált.

A hét éveseknél fiatalabb beteg gyermekek gyógyíttatása elmulasztatott összesen 41,112 esetben.

A mi a prostitutio ügyét illeti, 1895-ben a kéjnök száma 8,640-et tett, míg az előbbi évben e szám 8,402 volt. Az orvosi vizsgálatok nagyrészt hetenként kétszer foganatosítottak és ez alkalommal 4,274 találatot köztük bujakórosnak; ezek kényszer-gyógyítás végett mindannyiszor kórházba küldtek.

A hazai fürdőkről, gyógyhelyekről és forrásokról közölt táblázatok szerint a múlt évben 156 fürdőhelyen összesen 140,273 vendég fordult meg, ezek között 71,664 állandó, 68,609 pedig futó vendég volt.

Az összes vendégek között 116,197 belföldi, 24,076 pedig külföldi volt.

A jelentés ez évben fürdőink és forrásaink tudományos osztályozásával is kiegészítetett.

A tiszti orvosi vizsgákra jelentkezett Budapesten 154 s Kolozsvárt 58, összesen 212 orvos, ezek közül vizsgát tenni köteles volt 36. A vizsgák előtt visszalépett 19. A vizsgát sikerrel tette le Budapesten 128 s Kolozsvárt 47, összesen 175. A vizsgák ismételtesére utasított 18.

Az előbbi években képesített orvosokkal együtt van tehát az országnak 395 tiszti vizsgát tett orvosa.

## Vegyesek.

**Budapest, 1896. június 5-dikén.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. május 17-dikétől május 23-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 441 gyermek, elhalt 345 személy, a születések tehát 96 esettel mutták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, ronesoló toroklob 7, hökhurut 1, kanyaró 4, vörheny 6, himlő 3, typhus abdominalis 2, gyermekági láz 2, influenza —, egyéb ragályos betegségek 4, agykéreglob 17, agyvérömleny 10, rángások 12, szervi szívbaj 19, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 73, tüdőgümő és sorvadás 58, bélhurut és béllob 20, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák —, Brighth-kór és veselob 6, angolkór 3, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 20, aszkór, aszály és sorvadás 8, aggkór 17, erőszakos haláleset 20. — A fővárosi közközházakban ápolatott e hét elején 2201 beteg, szaporodás 752, csökkenés 793, maradt e hét végén ápolás alatt 2163. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1896. május 27-dikétől június 3-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 13 (meghalt 3), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 7, vörhenyben 42 (meghalt 2), kanyaróban 104 (meghalt 3), ronesoló toroklobban és torokgyikban 16 (meghalt 4), trachomában 15, hökhurutban 8 (meghalt —), orbáncban 26 (meghalt —), gyermekági lázban 2 (meghalt —)

— **Cholera-hírek.** Alexandriában április 16-dikától 30-dikéig 19 új megbetegedés fordult elő. Újabbán naponként 20—30 között ingadozik a megbetegedések száma. Caíróban május 8-dikától 10-dikéig 2 cholera-halálesetet jelentettek be. Cholera-epidémia megkezdődött még Zagziginban és Port Said-ban.

— **Kari tisztújítások a budapesti egyetem orvosi karán.** Az orvosi kar tisztikara az 1896/97 tanévre következőleg alakult meg. Dekán: *Ajtai K. Sándor*; prodekan: *Högyes Endre*; kari jegyző: *Thanhoffer Lajos*; könyvtáros: *Klug Nándor*. Rektor választókul küldettek ki: *Högyes Endre, Réczey Imre, Laufenauer Károly, Genersich Antal*.

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

## Téli kúra

rheuma, köszvény,

ischias stb. ellen.

Szt.-Lukácsfürdő

r.-t. Budapest.

## Kénes iszapfürdő,

douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olcsó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosnyai Béla* dr. Prospektust küld az igazgatóság.

## HIRDETÉSEK.

### Vízgyógyintézet „Pozsony“ Pozsonyban.

Massage, elektrotherapia, gyógytestgyakorlat, szénsavas fürdők (pat. Friedr. Keller) stb. — Egész éven át nyitva.

Tulajdonos: a pozsonyi iparbank.

Orvosi vezető: dr. Schlesinger Miksa.

Előrajzokat ingyen és bérmentve küld az igazgatóság.

## CSÁSZÁRFÜRDŐ BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévízű gyógyfürdő páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdővel, pompás ásványvíz-uzodákkal, kád- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kivánatra ingyen és bérmentve.



# S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: Grósz Emil dr.: A tabes dorsalis tünetei a szemén. — Blaskovics Fridolin dr.: A szemteke egész tartalmának előesése intraocularis vérzés következtében. — Scholtz Kornél dr.: A sphineterolysis anteriorról 47 újabb eset alapján. — Könyvismertetés. — Irodalmi szemle. — Károly Tivadar dr. herczeg. — Vegyesek.

## A tabes dorsalis tünetei a szemén.<sup>1</sup>

Grósz Emil dr., egyetemi magántanár, szemklinikai tanársegédttől.

Tisztelt orvosegyesület!

Régen ismert tény, hogy a központi idegrendszer *tabes dorsalis*-nak nevezett betegsége a szemeken gyakran okoz elváltozásokat, a mióta azonban kiderült, hogy ez utóbbiak évekkkel megelőzhetik a többi tüneteket: úgy a szemorvosok, mint az ideg orvosok különös figyelmet fordítottak ez összefüggés felderítésére.

A vizsgálatok azonban igen eltérő eredményre vezettek. Más eredményre jutottak a neurológok, s másra a szemorvosok. Ennek első természetes oka magában a feldolgozott anyag milyenségében rejlik, a mennyiben egészen más stadiumban vannak azon *tabes* betegek, kik a szemészeti rendeléseket, kik a belgyógyászati klinikákat keresik fel, s újra másban a közkórházakban, de leginkább a szegényházakban tartózkodók. Az eltérések magyarázására szolgál másodsorban az is, hogy a szemorvos már olyan finom elváltozásokat felismer, a mit ezen szakban esetleg kevésbé járatos neurológ észre sem vesz, s viszont — talán még többször — a szemorvos nem ügyel eléggé a már jelentkező többi tünetekre.

Ezért, midőn e nagyfontosságú kérdés tanulmányozásához fogtam: első törekvésem volt, hogy e két zavaró, s a legtöbbek eredményeit bizonytalanokká tevő tényezőt kizárjam.

Változatos anyag és az ideg orvosokkal való együttműködés az a két feltétel, melyek teljesítésétől eredményt vártam.

Mindenekelőtt tehát arról kellett gondoskodnom, hogy a vizsgálatokat lehetőleg minden stadiumú *tabes* betegen végezhessem. S hogy e feladatot tényleg megoldhattam, azt első sorban azon előzékenységnek és bizalomnak köszönhetem, melylyel saját főnököm *Schulek Vilmos* tanáron kívül *Korányi Kélli*, *Laufenauer* és *Jendrassik* tanár urak, valamint *Korányi Sándor* és *Schaffer Károly* magántanár urak a vezetésük alatt álló klinikák, illetve osztályok betegeinek megvizsgálását s az anyagnak feldolgozását lehetővé tették.

Ugyancsak köszönettel tartozom *Genersich* és *Pertik* tanár uraknak, kik a kórszövet-tani vizsgálatok megejtésére a látóidegeket s a chiasma nervorum opticumokat a sectiók alkalmával átengedni szívesek voltak.

Igy az ősz óta 103 *tabes* beteget vizsgálhattam, s két elhalt látószerveit kaphattam meg.

E számoknál sokkal értékesebb azon körülmény, hogy a vizsgáltak az egyetemi szemklinika ambulantiájáról (29), a belgyógyászati klinikákról (21), az idegkórtani rendelésekről (28), a közkórházak (5), a szegényház (12), s legkisebb számban a magángyakorlatból kerültek ki.

Az egyoldalúság ellen pedig úgy védekeztem, hogy minden egyes esetben a beteg állapotáról az illető tanár urak, vagy segédjeik szíves véleményét kértem ki. Különös köszönettel tartozom e tekintetben *Jendrassik Ernő*, *Korányi Sándor* és *Pándy Kálmán* tagtárs uraknak.

Az így gyűjtött s még ezentúl is gyűjtendő anyag feldolgozását úgy tervelem, hogy első sorban a *klinikai tünetekről* szándékozom beszámolni, s egy más alkalommal a *kórszövet-tani változásokról*. Utóbbiakról ezúttal csak annyiban lesz szó, a mennyiben az egyes tények magyarázásául már most elkerülhetetlen.

<sup>1</sup> A budapesti kir. orvosegyesület 1896. márczius 14-iki ülésén tartott előadás.

Épen physikalis vizsgáló módszereink tökéletessége által a szemeken a legfinomabb elváltozásokat is felismerhetjük, s ha ez elváltozások jelentősége kétségen felül áll, úgy a diagnózis oly időszakban leletséges, a midőn a többi tünetek még mind hiányozhatnak. Ez a körülmény *Charcot*-nak már a hetvenes években feltűnt. A *Salpetrière*-be felvett amaurotikus asszonyok legnagyobb része ugyanis később atactikus lett, így például 1855-ben egy 55 éves nőt vettek fel, kinek látása 1850-ben fejfájások kíséretében körülbelül egy év alatt veszett el. A nyilaló fájdalmak csak 10 évvel utóbb jelentkeztek, az ataxia pedig csak 17 év múlva.

Most jól tudjuk, hogy az ilyen esetek nem kivételek (*Kahler*, *Gowers*).

A pupilla változásai is a legkorábbi tünetekhez tartoznak. Erre klasszikus példánál szolgálhat *Heine* betegsége. 1837-ben mydriasisa keletkezett alkalmazkodási bénulással, 1845-ben a külső szemizmok bénulásai jelentkeztek, s minden egyéb tünet jóval később. Az ophthalmoplegia interna 20 évvel előzte meg a halált s 8 évvel a többi tüneteket (*Mauthner*). De a magam tapasztalásából is említhetek példát. 35 éves férfi 1894-ben azzal a panasszal fordult hozzám, hogy bal szeme káprázik. Látásélessége akkor mindkét szemén teljes volt, alkalmazkodása korának megfelelő, színlátása jó, látóterei szabadok; a bal pupilla tágabb, mindkét szemfenék ép, s idegrendszerében a legkisebb változás sem volt kimutatható. A baloldali mydriasis isolált tünet volt.

Egy évvel később e szemén alkalmazkodási bénulása is keletkezett, a jobb térdreflex hiányzott, minden egyéb lelet változatlan. Ez évben újra láttam. A látásélesség most is teljes, de kis fokban szintévesztő s a bal látótér kívül-felül szűkült, a bal papillán atrophia kétségtelen jelei, mindkét oldalt mydriasis, baloldali alkalmazkodási bénulással. Anisokoria *Robertson* tünettől; nyilaló fájdalmak a végtagokban; öv érzés; *Romberg* tünet; *Westphal* tünet; impotentia; vizeletzavar. Adott esetben tehát egyszerű mydriasisal kezdődött a baj.

Az meg épenséggel gyakori, hogy a *tabes* muló külső szemizom-bénulások árulják el, vagy sejtetik. Ismeretes azon eset, midőn hétszer recidiváló oculomotorius bénulás előzte meg a bajt (*Pel*). Egy *tabes*ben szenvedő betegemnek, kinek látásélessége még majdnem teljes, bár a papillán kifejezett atrophia tünetei vannak, 17 év előtt volt már muló diplopiája.

Szóval, a természetüknél fogva sokkal értéktelenebb lancináló fájdalmakon kívül a szemeken található elváltozások képezhetik, s képezik is a *tabes* legkorábbi tüneteit.

S hogy e tünetek milyen természetűek s értékűek, azt azonnal látni fogjuk.

A *tabes dorsalis* következtében a szemén keletkező elváltozások három csoportba oszthatók, úgy mint:

- A) a nervus opticusra,
- B) a pupillára s alkalmazkodásra,
- C) a külső szemizmokra vonatkozó tünetek.

### A) Nervus opticus.

A látóideg bántalmazottságának jelenlétét a I. functionális és II. objectív vizsgálat adataiból állapítjuk meg.

#### I. A functionális eltérések

1. a centralis látás csökkenésében,
2. a szintévesztésben, s
3. a látótér szűkülésében nyilvánulhatnak, míg



II. objective a látóideg degenerációja mint atrophia nervi optici képe ismerhető fel.

## I.

1. A centralis látás 97<sup>1</sup> beteg szemén a következő volt: 11 szemén fényérzés sem volt.

28 szemén a látásélesség a rendes  $\frac{1}{10}$ -e, vagy ennél kevesebb volt.

110 szemén a látás  $\frac{1}{10}$ -nél jobb volt, de csak

45 szemén volt teljes.

Azaz: a megvizsgált 194 szem közül csak 23%-nak volt teljes látása, s a betegeknek csak 13%-nak volt mindkét szemén egészen jó visusa. A két szemén ugyanis egyenlő teljes látása volt 13 betegnek, egyenlő, de gyengült volt 33 esetben; mindkét szemén amaurotikus 4, a két szem látása között kis különbség 34, nagy különbség 15 izben volt. E számok egyszermind a százalékot is kifejezik. A legnagyobb különbség az volt, a midőn az egyik szemén kézmozgásra romlott a látás, s a másikon a visus még  $\frac{5}{10}$  volt. Ilyen 2 izben fordult elő; az is megtörtént, hogy az egyik szemén fényérzés sem volt, míg a másikon még  $\frac{5}{50}$  visussal rendelkezett.<sup>2</sup>

2. A színlátást 85 esetben vizsgálhattuk meg; 66 jó színlátás mellett, 14 szintévesztő, 5 pedig teljesen színvak volt.<sup>3</sup> Azaz, a centralis színlátás 22%-ban volt hibás. Legelőbb a zöld szín az, melynek megkülönböztetése bizonytalanná válik, azután következnek a vörös, míg a kék és sárga legtovább maradnak jók.

Vizsgálataink alkalmával szintévesztőnek csak azokat vettük, kiknek színlátása már jelentékenyen hibás volt.

3. Különös gondot fordítottam a látóterekre. Ezek pontos felvételében *Schwarz Ernő* dr. szemklinikai gyakornok úr nagy segítségemre volt.

A látóterekre vonatkozó nézetek igen eltérők. *Graefe* szerint tabesre jellemző a nasalis, *Schweigger* és *Leber* szerint a temporalis, *Schmeichler* szerint a concentrikus szűkület, míg *Berger*-nek, bár legtöbbször felül és kívül észlelt sector alakú hiányokat, nem sikerült jellemző alakot találnia.

Az általunk felvett 147 látótér közül 62 teljesen normalis volt. A 85 kóros látótér közül 41 felül és kívül, 18 felül, 8 több oldalról, 13 concentrikusan szűkült, míg 4 esetben az egész látótér egy sectorra szorítkozott.<sup>4</sup> A látóterek 57% tehát kóros volt. Hemianopiás jellegű vagy scotomát egy izben sem találtunk.

A színes látótér csak 104 szemén vehettük fel. Határozottan szűkült 59 esetben volt, míg 45 vagy teljesen normalis volt, vagy csak kisfokú eltérést mutatott: a színes látóterek tehát 56%-ban mutattak rendellenességet. Megjegyzem, hogy 10° szűkületet még nem is vettünk kórosnak!

Abból, hogy a látótér ilyen gyakran mutat eltérést, láthatjuk, hogy nem felesleges fáradság annak pontos felvétele. E szűkületek már akkor jelentkezhetnek, s tényleg jelentkeznek is, a midőn a centralis látás még alig csökkent, s lehetséges, hogy a szemfeneki kép is csak csekély elváltozásokat mutat. Ilyenkor természetesen a diagnosis biztos megállapítására értékes tünetet képez.

Egy izben a tabeszes szűkülethez glaucomás társult (ez esetet nem vettük be a statistikába). A két aetiologikus momentum jellege a bántalom előrehaladottsága ellenére is felismerhető volt.

A látótér peripheriás szűkületének az anatómiai leletek is megfelelnek, a mennyiben már *Leber* is azt találta, hogy a látóideg degenerált rostjai az ideg szemteke mögött levő részében a szélén vannak. Ezt találtam én is a már teljesen fel-

<sup>1</sup> 6 beteg szemén a látásvizsgálás külső körülményeknél fogva nem volt megbízható.

<sup>2</sup> *Berger* 109 betege közül 12 nek fényérzése sem volt, 13 kézmozgást látott, 8 ujjakat olvasott, 11-nek kisebb fokban gyengült visusa volt.

<sup>3</sup> *Berger* vizsgáltjai között 11 szintévesztőt s 30 színvakot talált.

<sup>4</sup> *Berger* tabeszes atrophiaiban szenvedő betegei közül 5-ször concentrikusan, 5-ször befelé, 2-szer be- és lefelé, 1-szer felfelé, 8-szor kifelé, 3-szor ki- és fel-, 2-szer ki- és aláfelé, 3-szor több irányban szűkült látótérrel talált, s 3-szor centralis scotoma volt.

dolgozott esetemben. Kétségtelen az is, hogy ezen peripheriás szűkület főleg felül-kívül kezdődik.

E jelleg a színes látóterekben is jól felismerhető, sőt előre jelzi a szűkület bekövetkezését.

## II.

Mindezen vizsgálatok eredményeit a beteg intelligenciája, állapota, s jó vagy rossz indulata jelentékenyen befolyásolják. Ezért a szemtükörrel objective felismerhető elváltozások sokkal értékesebbek. Az a kérdés tehát, hogy milyen a tabes betegek szemtükri képe, van-e olyan elváltozás, melynek kórjellemező értéke van?

Hogy a látóidegnek betegnek kell lennie, azt már a látásélesség csökkenéséből, a látótér szűküléséből és a szintévesztésből is következtethetjük, de ezeknél nagyobb bizonyító erejük van az anatómiai leleteknek.

A tabeszesek nervus opticusában — bár aránylag kevés ez irányú vizsgálatot ismerünk — a degeneratio grisea kétségtelen tünetei találhatók. Hogy az agyidegek közül éppen az optikus az, mely gyakran mutat elváltozást, azon nem csodálkozhatunk, ha meggondoljuk, hogy az egy valódi agyrészlet. Fejlődés tekintetéből ugyanis közvetlenül az első agyhólyagból nő ki, s ezen rangját és előkelőségét szöveti szerkezetében a fejlődés után is megtartja. Minthogy pedig többek, de különösen *Jendrassik* vizsgálataiból tudjuk, hogy az agyban jellegzetes szöveti elváltozások fordulnak elő, könnyen érthető, hogy az optikus is megbetegedik. A mint pedig a legcsekélyebb szöveti elváltozás van, éppen vizsgáló módszereink tökéletessége folytán azonnal felismerhetjük. Ezen szöveti elváltozások functionális jeleit előbb tárgyaltuk. De még korábban felismerhetjük tükör segítségével.

*Charcot* szerint a tabeszes atrophia képe a következő: a papilla határa éles, erek változatlanok, de a papilla területében nem jól láthatók, mert utóbbi átlátszósága csökkent, s a fényt erősen reflectálja. A papilla elveszíti rózsaszínét, elfehéredik, gyöngyházfényű lesz.

*Panas* szerint congestiv tünetek nélkül haladó decoloratio indul meg, eleinte csak a külső felén ismerhető fel, később azonban az egész papillára kiterjed, a lamina cribrosa likaicsai megjelennek, s az arteriák megsűkülnek.

*Wecker* szerint a papilla egész terjedelmében decolorált, nincs atrophias excavatio, a papilla elveszíti átlátszóságát, s e miatt az erek nem látszanak jól.

*Gowers* szerint a papillák szürkék, foltosak, éles határuak s néha sajátságosan opaqueok.

*Leber* szerint a legelső változás a decoloratio, mely lassankint az egész papillára kiterjed, a nagy erek sokáig változatlanok maradnak, csak a kis ágak fogynak meg gyorsan, a bemélyedés és a lamina cribrosa likaicsainak megjelenése: későbbi tünetek.

Mindezen leírások többé-kevésbé megfelelhetnek az anatómiai elváltozásoknak. Egész más képről beszél *Berger*. Szerinte a decoloratiót hyperaemia előzi meg s az ereken fokozatos változás következik be. Eleinte normalisak, később az arteriák megsűkülnek, majd a vénák tágulnak, s végül valamennyi ér megsűkül.

*Samelsohn* szerint meg éppen két alakban jelenik meg a látóideg tabeszes elváltozása. Az egyik esetben egy, a körzeti idegek neuritisével azonos neuritis retrobulbarissal van dolgunk, mely egy relativ öv által határolt peripheriás látótérszűkületet okoz, s melynek szemtükri képére a fehér, de megnagyobbított papilla jellemző. A másik alak a centralis megbetegedésnek megfelelő atrophia, mely a kisebbdedt szürke papilláról ismerhető fel.

Előbbi prognosisa jó, utóbbié feltétlenül kedvezőtlen. A heidelbergi gyűlésen, hol *Samelsohn* e megkülönböztetést felállította, *Leber* és *Uthoff* azonnal kifejezték aggályukat e két alakkal szemben, míg *Goldzieher* megerősítette *Samelsohn* fel-fogását s azt az alakot, mely szerinte centralis scotomával jár, kedvezőbb prognosissal tartja.



Mint látjuk tehát az egyes leírások között meglehetősen eltérés van. Ez aligha nem onnan van, hogy egyesek a szemfenéki leletet saját teoriájuk támogatására akarják felhasználni, s ez ítéletüket többé-kevésbé befolyásolja. Mások nem veszik számba az egységes bántalom különböző stadiumait s végül az esetleges complicatiókat a kórképhez csatolják. S valóban azok, kik az opticus bántalmát a sympathicus által közvetített vasomotoricus zavarból akarják magyarázni, a papilla ereinek legkülönbözőbb változásait írják le. A kik csak akkor tükrözik a beteget, mikor az már vak, a papilla fénylő fehérségét hangsúlyozzák (a neurologok), a kik pedig a tabeseket betegségeik korai stadiumában látják, szürke papilláról beszélnek.

Azok után, a miket évek óta sok száz atrophias nervus optikus papilláján láttam,<sup>1</sup> azt kell mondanom, hogy a tabeses atrophia egységes kórkép, melynek két stadiuma van. Az első időszakban a papilla szürke, erek változatlanok, lelapulás nincs s egyedül az egész papillára kiterjedő bágyadt szürkesség az, mely a bántalmat elárulja, később, de néha csak évek múltán, a papilla színe fehérebb lesz, és pedig a külső félen kezdődve; végül a lamina cribrosa likacsai megjelennek. Előbbire jól reállik az atrophia nervi optici grisea, utóbbira az atrophia nervi optici simplex név. E két stadiumnak az anatómikus leletben az idegelemek degenerációjára s a szétesett részek elfogyása felel meg. Nagy ritkán előfordul, hogy venosus hyperaemia van jelen, de az a meggyőződésem, hogy ezek complicált esetek. És pedig lehetséges, hogy e szövődést egy neuritis retrobulbaris toxica okozza, sőt az is lehet, hogy maga a syphilis mint olyan — eltekintve a tabeses folyamattól — directe okozott volt a látóidegben elváltozást. Ezen complicatio fejt meg azután azon állításokat is, hogy a tabeses látás zavar javulhat. Ilyen javulás már a tabeses látóideg-bántalom lényegénél fogva sem képzelhető,<sup>2</sup> de ha a rossz látásban a dohányznak is van szerepe, s ha azt elvonjuk, némi javulást tapasztalhatunk. Ugyanezen felfogásom magyarázza azt is, a mit különben már *Uthoff* is említett, hogy az antiluetikus kúra egyes kivételes esetekben egy időre javíthatja a látást. Nem is említve azt, hogy ilyenkor a diagnosis helyességéhez is fér egy kis kétely. Szóval a tabesek látóidegeit is éppen úgy magtámadhatja valamely ártalom, mint egy más emberét s jól kell vigyáznunk, hogy ne tulajdonítsuk a tabesnek azt, a mit más ártalom okozott. S hogy e complicatiók nem is olyan ritkák, arról magam is meggyőződhettem, a midőn olyan tabes-betegeket vizsgálhattam, kiknek elhelyezésük az erős dohányzást megengedi. (Szegényház.)

Mindezeknél fogva sem *Samelsohn*, sem *Berger* leírásait nem fogadhatom el, hanem az a meggyőződésem, hogy a tabeses látóideg-bántalom egységes kórfolyamat, melynek lényege: progressiv atrophia.

A menet lehet gyorsabb vagy lassabb, de a megvakulás bekövetkezése feltartóztatlan. Azt szokták mondani, hogy a praeatactikus stadiumban keletkező atrophia lefolyása igen lassú, míg a paralytikus szakban jelentkező sorvadása gyors. Sőt abból, ha kifejezett decoloratio mellett aránylag csekély mértékben romlott a látás, azt következtetik, hogy a megvakulás évekig fog tartani, míg ha a látás igen rossz, midőn az objectiv tünetek még jelentéktelenek: gyors lefolyást jósolnak (*Kniess*). Mindezen állításoknak nincs meg a kellő alapjuk. Abból, hogy az atrophiat csak a paralytikus szakban diagnostizálták, még nem következik, hogy az akkor keletkezett, s világos, hogy a diagnosistól számítva a teljes vakság bekövetkezését, ez aránylag rövidebb idő, mintha azt a valódi kezdettől számítanók.

Semmi szükség sincs tehát arra, hogy ugyanazon kórfolyamat menetében ellentétes viselkedést vegyünk fel. Az a véleményem, hogy minden csak a paralytikus időszakban

diagnostizált atrophia már régi keletű, s csak a szokott lefolyás vége felé jutott tudomásra.<sup>1</sup>

Azon eseteket, melyekről azt állítják, hogy a vakság teljesen jó látásból néhány hét alatt következett be, éppen olyan skepsissel kell fogadnunk, mint számtalan öregkori szürke hályogos azon kijelentését, hogy hirtelen vakult meg. Mindez természetesen nem zárja azt ki, hogy a sorvadás lefolyása ne lehessen gyorsabb vagy lassabb, hiszen magában a tabes lefolyásában is látunk ilyen különbségeket, csak az ellen tiltakozom, hogy a korai és késői szakban keletkező, jobban mondva diagnostizált atrophianak más volna a természete. Talán itt lesz helyén, hogy röviden megemlítem azon tapasztalást, hogy az atrophia megjelenésekor a többi tünetek javalni szoktak. *Benedikt*, *Martin*, *Dejerine* erősítik ezt. A mennyiben functionalis tünetekről lehet szó, ez érthető is volna azon psychikus befolyásból, melyet a vakság bekövetkezése okoz, a mennyiben azonban organikus elváltozásokon alapuló tüneteket is emlitenek, az még nagyon is reászorul a bebizonyításra.

Ha ezek után azt a kérdést vetjük fel, hogyan képzelhető az összefüggés az opticus atrophiaja s az alpbántalom között, azokból a mit klinikus tapasztalatok s a talált elváltozások mutatnak, azt a véleményt alkothattam, hogy a felállított teoriák s magyarázatok sokasága között az a helyes, a melyet *Graefe* már évtizedek előtt kimondott, hogy tudniillik az opticus és a centralis idegrendszer elváltozása egymás mellé rendelték, azaz ugyanazon ártalom, a mi a centrumban a degenerációt okozza, az okozza az opticusban is. Hogy ez a mérég az esetek túlnyomó számában vagy talán kizárólagosan is: a syphilis, annak vitatása nem tartozhatik az én feladatomban közé s csak arra szorítkozom, hogy constataljam, miszerint *Fournier* első közlése óta mindinkább szaporodnak azok, kik a syphilist a legfőbb aetiologikus tényezőül elismerik. Kezdetben úgy találták, hogy a tabesek 14%-a szenvedett syphilisben (*Westphal*) *Erb* legutolsó sorozataiban már 600 tabes-beteg közül 90% luetikust talált s hogy e nagy százalék nem a venerikus bántalmak egy kalap alá szorításából keletkezett, az bizonyítja, miszerint 6000 más idegbetegek közül csak 22% luetikust mutatott ki.<sup>2</sup> Hogy az ilyen összeállításoknak nincs feltétlenül bizonyító erejük, az kétségtelen, hiszen *Alexander* 126 tabeses atrophianban szenvedő betege valamennyie, tehát 100% kifejezetten syphilitikus volt, csak hogy az ő működési helye *Aachen*, az ilyen betegek Mekkája. Annyi azonban már ez adatokból is bizonyos, hogy a syphilisnek nagy szerepet kell játszania.

Még inkább kétségtelenné teszi ez összefüggést az a körülmény, melyre *Marie* és *Möbius* is figyelmeztetnek, hogy a tabes elterjedése nem, kor, állás s socialis viszonyok szerint egyedül akkor érthető, ha azt egy metasyphilitikus bántalomnak tekintjük. Végül a szervezet különböző részeiben keletkező elváltozások is leginkább akkor érthetőek, ha azt vesszük fel, hogy a mérég a vérben kering.

S valóban az opticus atrophia jól magyarázható, ha azt feltételezzük, hogy a luetikusok szervezetében levő virus — *Strümpel* szerint toxin — a nervus opticus idegrostjait éppen úgy megtámadja, mint a hogy megtámadja a centralis idegrendszer többi helyeit.

Arra, hogy az opticus ilyen vagy más mérgekkel szemben igen érzékeny, több példa is van. A nicotin, az alkohol, a diabetes, neuritis optica retrobulbarist okoznak, az ólom, a filixsav, az opticus idegelemek direct degenerációját idézik elő. Hogy e magyarázatnak legjobban megfelelnek az opticusban talált s követett elváltozások, arról más alkalommal még bővebben szándékozom foglalkozni, de a klinikus tünetek is a

<sup>1</sup> Ezzel megegyezik az a tapasztalás, hogy a tabeses atrophia legnagyobb részét tényleg már a praeatactikus stadiumban ismerték fel. (*Berger* szerint 60% a praeatactikus, 27% az atactikus, 7% a paralytikus szakban keletkeznék.)

<sup>2</sup> Sőt 1175 nem tabeses között csak 12% luetikust találtak (*Bernhardt*, *Erb*, *Lewinsky*). Ezzel szemben 9 észlelt 981 tabeses között 56,9% kifejezetten syphilitikust talált. Ez észleltök között olyanok is vannak, kik a syphilisnek nem tulajdonítottak nagy szerepet.

<sup>1</sup> Az egyetemi szemklinikán csak a legutolsó 1895-dik évben a 8160 új beteg közül 286 látóideg-bajban szenvedő beteg fordult meg, kik közül 155 atroph. n. opt.-ben szenvedett. *Wecker* 21,000 betege közül 310 atrophia fordult elő.

<sup>2</sup> A betegek néha állítják, de a pontos vizsgálat mindig meggyőző ez állítás alaptalanságáról.



mellett szólnak, hogy az opticus baja nem egy egyszerű descendens atrophia. 100 tabes-beteg szemeit tükrözve (3 beteg szemtükri vizsgálata a jelenlevő glaucomás excavatio s a localis természetű közegi zavarok miatt nem volt értékesíthető), összesen csak 25 szemén, azaz 12%-ban találtam ép szemfeneket, míg a 88% kóros papilla közül 18% szürke volt, 28% decolorált, 38% nagyfokban atrophias volt s csak 4%-ban találtam venosus hyperaemiát. Ez adatok lényegesen különböznek az eddigi közlések arányszámaitól. Eddig ugyanis — ha 15 szerző<sup>1</sup> adataiból az átlagot vesszük — 32%-ra lehetett becsülni az opticus részvételét. Sokan plane ennek felére sem becsülik.

Azt kell azonban mondanom, hogy még e 12%-ban sem voltak épek az opticusok, a mennyiben az ilyen épeknek látszó papillák mellett csak 2 esetben volt teljes látásélesség szabad látótérrel s jó színlátással. Hogy az én adataim helyesek s nem képzelődés a kóros leletek nagy száma, azt nem csak vizsgálataim inductiv módszerével bizonyíthatom, hanem avval is, hogy a functionalis tünetek, s első sorban a látótér-szűküllet még ama esetekben is támogatta diagnosisomat, a midőn a centralis látás még alig szenvedett.

Annak bizonyításául, hogy a peripheriában már igen korán jelentkeznek anatomikus elváltozások, a literatúrától egy döntő súlyú érvet hozhatok fel. *Wagenmann* ugyanis a következőt észlelte: 57 éves, a tabes valamennyi cardinalis tünetében szenvedő férfi jobb szemén 5 méterről olvasott ujjakat, látótere szűkült, szintévesztő. Bal szemén még a látás a rendes fele volt, szintévesztő, de látótere szabad. Jobb szemén szürkés fehér papilla szűk erekkel, a balon decoloratio s ki- és aláfelé *fibrae medullares*. 9 hó múlva a látás a jobb szemén excentrikus ujjak olvasására, a balon a rendes  $\frac{1}{10}$ -re hanyatlott, de a *fibrae medullares* eltűntek. Később a látás még jobban hanyatlott, belül, felül látótér-szűküllet keletkezett s 2 év alatt mindkét szem amaurotikussá vált. A nervus opticus leg-peripherikusabb része tehát már jó korán mutatott jelentékeny elváltozást, sőt a velős hüvelyek teljes szétesése a látótér-szűkülletet megelőzte.

S valóban nincs reá ok, hogy olyan erőszakos módon igyekezzünk a nervus opticus és az alabántalom között való összefüggést magyarázni, mint a hogy azok teszik, kik a sympathicus vasomotoriás működését akarják a gerinczagy és nervus opticus közvetítőjéül tekinteni. (*Warton Jones*, *Rieger* és *Förster*.) Épen ilyen indokolatlan a felszálló meningitis felvétele (*Albut*, *Arndt*, *Waldmann*, *Weisz*), a medulla oblongata és központjainak döntő szerepeltetése (*Berger*), valamint azon feltevés is, hogy a IV. agygyomrocsban keletkezett sclerosis az *Aquaeductus Sylvii* mentén a thalamus opticusra s innen a nervus opticusra terjed (*Mauthner*).

Ilyen körülmények között természetesen nem erősíthetem meg *Jendrassik* tagtárs úr e helyen 9 év előtt kifejezett azon gyanuját, hogy a betegek gyakran előbb vakulnak meg s csak azután jelentkeznek az ophthalmoscopikus elváltozások.

Ha *Jendrassik* vizsgáló módszerének exactsága, logikus gondolkodásmódja s széles ismeretköre a tudományos munkálkodás minden barátjában igaz tiszteletet ébreszt is, mégis az opticusra vonatkozólag azt kell mondanom, hogy ha van incongruentia a functionalis és objectiv lelet között, az abban áll, hogy a degeneratio grisea már akkor felismerhető tükrrel, midőn a centralis látás még alig, vagy éppenséggel nem hanyatlott. Meg kell említenem, hogy *Jendrassik* előadása után *Szili* tanár tagtárs úr is hangsúlyozta, hogy a tabes atrophia tükrrel igen korán felismerhető.

Tisztelt Orvosegyesület!

Minden jel oda mutat, hogy az opticusban legalább is egyidejűleg a centralis idegrendszerrel indul meg a degeneratio s csak rajtuk áll, hogy az eddiginél jobban kihasználjuk azt az előnyt, mely abból származik, hogy az opticus intraocularis részét

<sup>1</sup> Marina 10%, Marie 10—20%, Erb 4—12%, Gowers 13%, Michel 15%, Moelli 13%, Althaus 17%, Voigt 17%, Uthoff 20%, Leber 26%, Cyon 29%, Berger 33%, Dillmann 42%, Schmeichler 40%, Topinard 48%.

14—20-szoros nagyításban s a maga csupaszságában megtekint-hetjük. Azt merem mondani, hogy az opticus elváltozása olyan rendes kísérője a tabes dorsalisnak, hogy minden olyan eset, melyben a látóideg úgy functionálisan, mint objective vizsgálva épek mutatkozik, legalább is gyanus s a tünetek újból való mérlegelése nagyon ajánlatos.

Most már csak azt a kérdést kell eldönteni, hogy ezen elváltozásnak van-e kórjellemező értéke, azaz más szóval, a leirt szemfenéki kép előfordulhat-e más bántalmak kíséretében, vagy nem? Erre nézve azt mondhatom, hogy ép olyan kép, mint a milyennek az elváltozások kezdeti szakát mondtuk, egyedül az amúgy is rokon paralysis progressiva eseteiben fordul elő. A második stadiumhoz hasonló képet azonban más bajok következtében is láthatunk. De akkor, midőn már a papilla az egyszerű atrophia képét mutatja, nincs is szükségünk a szemfenéki lelet segítségére, mert ilyenkor a tabes egyéb tünetei teljesen elégségesek a diagnosis megállapítására.

Tanulságos, hogy milyen fokozatosan vált köztudattá az, hogy a legtöbb egyszerű látóidegsorvadás tabes eredetű: *Leber* szerint csak 30%-ban, *Werker* már 44%-ot említ, *Gowers* 50%-ot, *Hirschberg* 56%-ot, *Galezowszky* 66%-ot említnek.

Úgy vagyunk evvel is, mint a tabesluetikus eredetével. Kezdetben 14%-ra becsülték a syphilis aetiologikus szerepét, később 70%-ra s ma már 94%-ra, sőt némelyek 100-ra is.

Bizony még nem rég sokan s egyesek talán ma is megelégedtek a szembaj localis diagnosisival s így nem csoda, ha olyan sok genuin atrophiaról beszéltek. Nem hiába mondta *Westphal*, hogy legalább a patellaris reflexet nézzük meg, mielőtt véleményt alkotnánk.

#### B) Pupillák.

T. O. Az elváltozások második és harmadik csoportjával: a tabes által okozott izomzavarokkal ezúttal csak röviden szándékozom foglalkozni.

Ezek tekintetében ugyanis majdnem teljes egyértelműség uralkodik, miben nem csekély része van azon körülménynek, hogy a pupillák változásai s a külső izombénulások sokkal szembeötlőbbek s a vizsgálók mindegyike által hozzáférhetőbbek. *A pupilláról úgy a neurologok, mint a szemorvosok egyaránt elismerik, hogy finom aesthesiometer.* S valóban eseteimnek csak 3·2%-ban (93 : 3) találtam a pupillákon teljesen normalis viszonyokat. Ez adat megegyezik a *Berger* által talált viszonyokkal, a mennyiben ő is csak 3·6%-ban, összesen négy esetben jegyezhetett fel rendes állapotot.

A pupilla változásai közül *Argyl Robertson* 1868-ban megjelent közlése óta a legnagyobb jelentőséget az úgynevezett reflectorius pupilla merevségnek tulajdonítunk. Ez ugyanis a tabesen kívül gyakran legfeljebb csak még a paralysis progressiva eseteiben szokott előfordulni. Eseteim 65%-ban mindkét oldalon, 6%-ban pedig egy oldalon volt jelen, úgy hogy körülbelül 70%-ban értékesíthetem e tünetet. 6 észlelő adatait átlagban ugyanennyinek találjuk, és pedig *Berger* 47%, *Marina* 48%, *Gowers* 66%, *Dillmann* 76%, *Marie* 80—90%, *Vincent* 94%-ra becsüli előfordulását.

Eleinte tagadták, hogy a Robertson-tünet egyoldalú is lehet, *Berger* már két esetben: 1·8%-ban találta, míg eseteink közül hatszor fordult elő jelül annak, hogy eddig bizonyosan nem ügyeltek reá.

*Gyakori tünet az anisocoria is:* sokkal gyakrabban találtam, mint mások. Eseteim közül 65%-ban volt jelen. *Dillmann* csak 34%, *Berger* 27%, *Marina* 26%, átlagban 29%-ban találták.

Értéktelenebbek a mydriasis és miosis arányszámai, mert relativ fogalom, hogy mikor beszéljünk szűk és mikor tág pupilláról. Még kétségesebb az, hogy anisocoria eseteiben melyiket vegyük rendellenes átmérőjűnek. Egészben véve ezélszerű lenne a miosis felső határául a 2 mm. átmérőt, a mydriasis alsó határául pedig a 4 mm. átmérőt venni, csak-hogy evvel a kor, a fénytörés és világitás befolyását és értékesítését nem értük el.



Hogy a miosis az atactikus stadiumban, a mydriasis pedig a paralytikusban gyakoribb, rég ismert dolgok.<sup>1</sup>

A mi a pupilla változásainak okát illeti: *Berger* már a sympathikus való összefüggés kedvéért is a miosist paralytikusnak, a mydriasis pedig spastikusnak tartja. A *Robertson*-féle tünet okául pedig legtöbbször a centripetalis rostokat vádolják. Az egyoldali reflectorius pupillamerevség magyarázására *Möbius* a sphincter mag szomszédságában levő kóros folyamatot vesz fel.

### C) Külső szemizmok.

Ritka az a tabesbeteg, a ki bajának hosszú lefolyása alatt ne szenvedett volna kettős látásban: szemizombénulásban. S hogy ennek ellenére igen eltérők a nézetek az izombénulások előfordulásának gyakorisága felől, annak az az oka, hogy más eredményre jutunk, ha csak a vizsgálat idejét vesszük számba, vagy a beteg muló kettős látásáról szóló panaszát is értékesítjük. Természetesen legbiztosabb felvilágosítást úgy nyerhetnénk, ha a betegség egész tartama alatt ellenőrzésünk alatt tarthatnók a beteget. Tudjuk, hogy ilyesmire vajmi ritkán lehet alkalmunk.

Innen van az, hogy *Erb* 7%, majd 27%-ban, *Uthoff* 20%-ban, *Berger* 38%-ban, *Moelli* és *Marie* 39%, *Dillmann* 41%, *Gowers* meg épenséggel 80%-ban találtak izomzavart.

Az általam megvizsgált 103 eset között a vizsgálat idejében csak 14%-nak volt külső izomzavara. Az egyes idegek közül úgy találtam, hogy leggyakrabban az abducens bénult és pedig 10 esetben, ezeken kívül egy izben kétoldali volt (1), az oculomotorius egyszer egyedül, egy másik alkalommal az abducenssel együtt szenvedett, egyszer pedig mindkét szemem teljes ophthalmoplegia volt. E bénulásokhoz nem számítottam hozzá a kistékú ptosisokat. *Erb* és *Charcot* az oculomotorius bénulásokat tartják a leggyakoribbnak, *Woinow* az abducensét, a fölött azonban nincs kétség, hogy a trochlearis a legkritikább.

Meg kell vallanunk, hogy a muló tabeses izombénulás okát még nem tudjuk, az állandó bénulások után azonban az idegmagvak degenerációját találták.

Úgy látszik, hogy tényleg a IV. agygyomroc feneke az organikus elváltozások székhelye.

Az, hogy *Kahler* egy izben muló oculomotorius bénulás után épnek látszó idegmagvakat talált, még nem képez biztos ellenérvet.

A basalis meningitis szerepe már azért is valószínűtlen, mert olykor csupán egyes ág szenved. *Schmeichler* az okot az erek mentén keletkező sclerosisban keresi s épen az által igyekszik a gerinczagi és nyúltagi elváltozások együttes keletkezését magyarázni. Hogy a bénulás a facialist látszólag kikerüli, annak szerinte az az oka, hogy a facialis által beidegzett izmokon olyan finom eltéréseket, mint a szemizmokon, melyek diplopiát okoznak, észre sem lehet venni. Különbömben mindinkább szaporodnak azon tabes-esetek, melyekben a facialis paresisét sikerült megállapítani. *Berger* is 109 betege közül hatszor látta s eseteim közül is háromszor fordult elő.

Tisztelt Orvosegyesület! Ha vizsgálataim vázlatos ismeretése után már a klinikai tapasztalatokból a tanulságot levonom, azt a következőkben foglalhatom össze:

*A tabes dorsalis állandó és egyik legkorábbi tünete az opticus degenerációja. Ezen változás kezdetben a papilla nervi optici jellegzetes szürkességében, később pedig az atrophia nervi optici simplex képe alatt jelenik meg. A functionalis eltérés a centralis látás lassú, de haladó csökkenésében, a látótér peripheriás, főleg felül s kívül való szűkülésében s többször színtévesztésben nyilvánul.*

*Az opticus degenerációja után a reflectorius pupillamerevség, az anisocoria s ismétlődő izombénulások képezik a tabes gyakori tüneteit. Az összes tünetek associáltak.*

<sup>1</sup> Ugyancsak gyakoribb a mydriasis a praetactikus stadiumban (Kétli).

## A szemteke egész tartalmának előesése intraocularis vérzés következtében.

*Blaskovics Fridolin* dr., tanársegédétől.

Intraocularis vérzések glaukomás szemeken létrejöhetnek spontán módon (glaukoma haemorrhagicum) vagy az által, hogy a tensio hirtelen alászáll. A szembe nyomás pillanat-szerű csökkenésének oka lehet művi beavatkozás (iridectomia, sclerectomia stb.) vagy a cornea perforáló fekélye. Mindkét esetben a vérzés vagy a retinából, vagy a chorioideából eredhet.

Előbbiek rendszerint kisebb terjedelműek, s 6—8 hét alatt nyom nélkül felszívódnak, miért is nagyobb jelentőséggel nem bírnak. *Graefe* szerint ily kis vérzések majd mindig keletkeznek iridectomia után, ha acut glaukoma nagyfokú közegi zavarossággal és nyomásemelkedéssel volt jelen. Nagyobb fontosságúak a chorioideából származó vérzések, mert ezek gyakran igen nagy fokúak, a szemet tönkreteszik, sőt elvérzést is okozhatnak.

A vérzések keletkezését következőképpen magyarázhatjuk:<sup>1</sup> a fokozódott intraocularis nyomás a retina és chorioidea edényeit comprimálja, s feltehető, hogy a finomabb edényekbe (vasa vasorum) vér nem is jut. Ha a nyomás hosszabb ideig fennáll, a véredények falai — a táplálkozás fogyatékosága vagy megszüntése folytán — törékenyekké válnak. Ha ekkor hirtelen megesőkken az intraocularis nyomás, az edények megtelnek vérrel, s az elváltozott edényfal a vérsajtókat átbotcsátja, sőt törékenysége folytán el is repedhet. A vérzés tehát per diapedesim és per rhexim jöhet létre.

Nyilvánvaló ebből, hogy a helyzet a vérzés bekövetkezésére akkor kedvező, ha 1. a tensio nagyfokú volt (glauk. acutum), 2. ha hosszú ideig tartott (glauk. absolutum), 3. ha a véredényfalak már azelőtt sem voltak épek (arteriosclerosis). Utóbbit főleg azon esetekben kell felvennünk, hol az első két feltétel hiányzott.

A szemet tönkretévő, nagy vérzések — ellentétben a kicsinyekkel — szerencsére csak ritkán észlelhetők. Ezek eredetét, még ha anatomicé nem is konstatalható mindig, főleg a chorioideából származóknak kell tekintenünk.

Nagyfokú chorioidealis vérzések következménye lehet a lencsének és üvegtestnek — különösen, ha elhigult — gyors kiömlése. Ennek következtében a vérzés még inkább fokozódik, s több órán át eltarthat. A nagy vérzés gyakran leválasztja a chorioideát és retinát. Egyes esetekben a corneális sebben előesik a retina és chorioidea egy része. Kisebb-nagyobb fokú hasonló esetről számos feljegyzést találunk az irodalomban. Ezen esetekben a vérzés legtöbbször operatív beavatkozás folytán keletkezett. Ilyenek: *Liebreich*,<sup>2</sup> *Nagel*,<sup>2</sup> *Rydel*,<sup>3</sup> *Webster*,<sup>3</sup> *Salamé*,<sup>4</sup> *Burmester*,<sup>5</sup> *Hosch*<sup>6</sup> és *Goldzieher*<sup>7</sup> esetei.

Jóval kevesebb azon feljegyzések száma, hol a vérzésre a corneának szétmállása vagy fekélyesedése adta az alkalmat. A vérzés keletkezési módja ezeknél is csak az lehet, mint az operálás folytán fellépőknél. Az ily módon keletkező előesésekről csak négy feljegyzést találtam az irodalomban.

*Bowmann*<sup>8</sup> esetében az intraocularis vérzés folytán retina esett elő.

*Hosch*<sup>9</sup> közleményében egy esetet ír le, hol absolut glaukoma szemem a cornea kifekélyesedett. A bekövetkezett intraocularis vérzés oly nagyfokú volt, hogy anaemiát és eszméletlenséget okozott. A cornealis nyílásba epernagyságú barnás fekélyes hólyag esett elő, mely iris és valószínűleg chorioideából is állott. Histologikus vizsgálat nem történt.

<sup>1</sup> *Burmester*. Inaug.-Dissert. Kiel. 1886.

<sup>2</sup> Sitzungsbericht d. Ophthalm. Gesell. 1869.

<sup>3</sup> Transact. of the Americ. ophth. soc. 1879. 544. old.

<sup>4</sup> Thèse. 1883/84. Paris.

<sup>5</sup> L. c.

<sup>6</sup> Archiv f. Augenheilk. XVIII. 329. old.

<sup>7</sup> Verhandl. d. Gesell. deutscher Naturforscher u. Aerzte. 1894. Sept. 24—28.

<sup>8</sup> „Lectures . . . etc.“ 1849. (*Graefe-Saemisch* kézikönyvében idézve.)

<sup>9</sup> L. c.



Mellinger<sup>1</sup> utóbbihoz hasonló esetet észlelt. A cornea fekélyén kidomborodó barna dudor daganat képét nyújtotta. A diagnózis tumor in oculo glaukomatoso-ra tette az emelkedett tensio és az anamnesisben a vérzés hiánya miatt. A látszólagos tumor, szövettanilag vizsgálva, iris-szövetnek bizonyult.

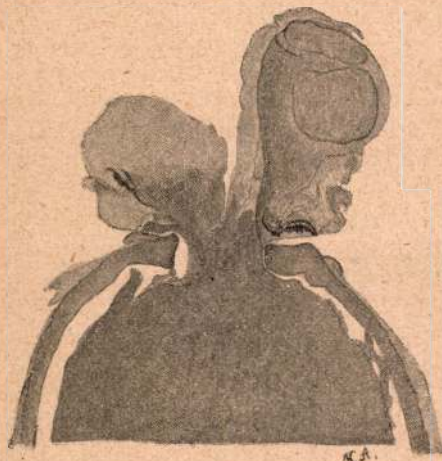
Ezen eseteket jóval felülmúlja Purtscher, klagenfurthi orvosé,<sup>2</sup> a hol a corneális fekély nyílásából gesztenye nagyságú daganat lógott ki. A fekély egy leukoma adhaer., glaukoma secund.-os szemén keletkezett. A vizsgálat kiderítette, hogy a daganat magában foglalta az egész retinát, chorioideát és a corpus ciliare jó részét. Sajnos, hogy ezen esetről bővebb leírás nem található.

A felsoroltakhoz csatolható a következő eset, melyet az egyetemi szemklinikán észleltünk.

G. M.-né, 66 éves nőbeteg mult év július 27-én jelentkezett a szemklinikán, s eladja, hogy már gyermekkorában rossz látású volt, s látása folyton hanyatlott, de fájdalmai 10 év előtti időig nem voltak. Utóbbi idő alatt azonban többször voltak szeméi fájdalmasak, s látása mindkét szemén teljesen elveszett. A jelentkezés előtt való napon, július 26-án, este óriási szaggató fájdalmak léptek fel bal szemén, s e mellett vér csurgott a szemből. Ekkor hirtelen valami szakadást érzett szemében, mire szemén valami elődomborodás keletkezett. A vérzés ekkor megszűnt, a bal arczfélre kisugárzó, tűrhetetlen fájdalmak azonban folyton fennállanak, miért is szemének eltávolítását kéri.

Jelen állapot. Jobb szem mérsékelten izgatott. Nehány tág, kanyargós episclerális ér látható. A cornea borús, felszine

szurkált. Csarnok igen sekély. Iris fakó, szála-zata elvékonyodott. Pupilla igen tág, mozdulatlan. Lencse szürke, át nem világítható. Fényérzés nincs. T + 2.



Bal szemhéjak mérsékelten duzzadtak, active nem nyílnak, középen kis diónyi daganat van a szemhéjszélek között. Közelebbi megtekintésnél látható, hogy ezen daganat a cornea közepéből indul ki, élesen határolt, s a cornea felé elkeskenyedő nyakkal bír. A daganat barnás-fekete színű, elég sima, vérzékeny felszínű. Felületén felülről lefelé barázda húzódik, mely egy nagyobb belső és egy kisebb külső részre osztja. A daganat tapintata elég tömött. Az átlátszatlan corneának csak 1—2 mm.-nyi széli része látható köröskörül. A szem feszülése — a mennyire a duzzadt szemhéjakon keresztül kitapintható volt — mérsékelten emelkedettnek mutatkozott. Fényérzés nincs.

Ezekből a *diagnosis* biztosan megállapítható nem volt. Bizonyos csak annyi volt, hogy mindkét szemén glaukoma absolutum van, jobb oldalt cataracta glaukomatosá-val. A bal szemén található terimenagyobbodás határozottan pigmentált daganatnak imponált, de ezzel ellentétben állott a hirtelen keletkezés, és azon tény, hogy az intraoculáris daganatok rendszerint a sclerát — s nem a corneát — törlik át. A beteg által kért therapia ellen kifogásunk nem lehetett.

Július 28-án chloroform narcosisban történt az enucleatio, melyet a külső zúg behatása előzött meg. A külső zúgot a szemteke kifejtése után varrattal egyesítettük. Műtét alatt kü-

lönösebb vérzés nem volt. Műtét után a fájdalmak megszűntek. A rendes kezelés mellett a beteg augusztus 3-án tiszta szemüreggel hagyta el a klinikát.

A szemteke Müller-féle folyadékba került, s a rendes eljárás mellett mikroszkopiai vizsgálatnak vetettük alá. A lelet a következő:

A cornea egész vastagságán átterjedően, középen 6—7 mm. átmérőjű anyaghiány van, melynek szélei sejtes infiltrációt mutatnak. A cornea fennmaradt részletei ránczoltak, s vastagabbaknak tűnnek fel, mintha erős nyomás folytán a cornea szövete az anyaghiány helyétől oldalra szorítva lenne.

A cornea ezen nyílása előtt a metszeten nagy dudor látható, mely egy belső, nagyobb s egy külső, kisebb részből áll. A nagyobb elődomborodás magasság szerint 12 mm., harántul 8 mm., a kisebb dudor méretei 7—7 mm. Mindkét dudor főtömegét vörös és fehér vérsejtek halmaza képezi, melyek tág hálózatú (fibrin-) reczében foglalnak helyet. Ezen véralvadékat kifelé a chorioidea határolja.

A chorioidea szövete igen elváltozott, rosszul festődő. Az erek rendkívül tágak és vérrel feszesen kitöltöttek. A chorioidea rétegei több helyen nagyobb-kisebb vérzések által szét-toltak, úgy hogy a chorioidea itt-ott 4—5-szörösen is megvastagodottnak látszik. A stromapigment aránylag gyéren és szabálytalan elrendezésben található. A chorioidea mindkét dudort teljesen körülveszi, s azok alapja felé a corpus ciliare-ig folytatható, mely részarányosan a cornea nyílása előtt két oldalt elhelyezve található. Ugyanitt található a ránczolódott s a corpus ciliare-ra reáhajló iris is. A sugártest nyúlványai mindenütt jól ismerhetők fel s a dudor csúsa felé tekintenek.

A chorioideát kifelé, több helyen megszakítottan és szabálytalan elrendezésben pigmentált sejteknek egy sora veszi körül, melyek a pigment epithel sejteiként ismerhetők fel. A dudor legkülsőbb rétegét végre kötőszövetes rostokból összetettnek látszó hártya képezi, melynek elemei között kisebb-nagyobb vérzések ismerhetők fel. Ezen legkülső réteg, mely nem egyéb, mint az elváltozott retina, sok helyen hiányos. Így a kisebb dudornak majdnem egész felületén hiányzik, míg más helyeken, mint a két dudor között igen megvastagodottnak látszik. Ennek oka főképpen a metszlap ferdeségében keresendő. Másutt, így a dudor alapjánál, többszörösen ránczolt hártyt képez. A retina egyes rétegei — a pigment epithel kivéve — teljesen felismerhetlenekké váltak. Az éppen leírt legkülsőbb réteg csak abból ismerhető fel retinának, hogy a corpus ciliare-ra ráterjedő részletein a pars ciliaris retinae egyes cylindrikus sejtei igen jól ismerhetők fel, továbbá abból, hogy ezen réteg és a chorioidea között a pigment epithel biztosan felismerhető sejtei találhatóak.

A dudor kocsánya főtömegében szintén véralvadékból áll, s ez közvetlenül folytatódik a szemteke belsejébe. Az összefüggés az előesett részek és a szemteke burkai (sclera) között teljességben egy metszeten sem látható. A szemteke belsejében, a corpus ciliare tapadási helyén több metszeten a sugártestnek kis, csak mikroszkoppal felismerhető részlete látható. Más praeparatumokon egyes szálak húzódnak innen a cornea hátulsi felszínén végig, s innen a dudorhoz. Az összefüggést tehát a sclera és az előesett részek között csak vékony szál tartja fenn.

A cornea anyaghiányában és a szemteke belsejében, azt egészen kitöltve, véralvadék található (az ábrán látható hézag sclera és vértömeg között műtermék). A sclera belső felszínén a suprachorioidealis kötőszövet néhány szálát több helyen felismerhetjük. A szemteke belsejéből a lencse és üvegtest, az egész chorioidea, corpus ciliare és iris, továbbá az egész retina hiányzik.

A papillán sekély, de mégis szögbe hajló szélű excavatio van jelen. A papilla szélein a szakadt retinának igen rövid, csak mikroszkoppal látható csonkját találjuk. A látóideg atrophias.

A szemteke nagysága normális.

<sup>1</sup> Klin. Monatsbl. f. Aug. XXXI. 369. old.

<sup>2</sup> Verhandl. d. Gesell. deutscher Naturforscher u. Aerzte. 1894. Sept. 24—28.



Ezekből kitünik, hogy esetünkben *glaukoma volt jelen, a cornea nagy része fekélyesedés folytán elpusztult, s az ez által keletkezett nagy intraocularis vérzés a szemteke összes tartalmát kitolta.*

A cornea szétmállása könnyen magyarázható a glaukoma degeneratiós stadiumából. A csarnokvíz elfolyásából származó hirtelen tensio-esökkenés nagy vérzést indított meg a szem belsejében, s nyilván legelőször a lencsét dobta ki, ezután a valószínűleg elhigult üvegtest gyors kiömlése következett. Ezzel még jobban esökkenvén a szem feszülése, a vérzésnek fokozódnia kellett. Így aztán az egész uvea és retina prolabált. Ezen kilökődés végbemenetelét következőképpen képzelhetjük el. A vérzés minden esetre retrochorioideális eredetű volt, s első sorban a chorioideát választotta le a scleráról, egyúttal a retinát is leszakítva a látóideg közelében, most az egész tömeg hátulról felemelve a pupillán és a cornea nyílásán keresztül kibuggyant.

Hogy az uvea és retina ilyen kifordulása tényleg megtörtént, onnan láthatjuk, hogy a prolapsuson legkívül találjuk a retinát befelé néző pigment-epithellel, s legbelül a chorioideát. A retina ezenközben több helyen megrepedt, s ezért a prolapsus domborulatának egyes helyein hiányzik, míg más helyeken bőségesen ránczolva és czafatosan található. Hogy a corpus ciliare és az iris legutoljára hagyták el helyüket, onnan következtethetjük, mert közel a cornea nyílásához, a prolapsus alapjánál foglalnak helyet; végül hogy az egész tömeg a pupillán keresztül tolt ki, onnan gondolható, mert az összes metszeteken a corpus ciliare és iris egy-egy részlete a corneális fekély két oldalán részarányosan foglal helyet.

A mi a vérzés kiindulási pontját illeti, azt a metszeteken felismerni nem lehet. Retinális vérzés jelenléte ki nem zárható, de ennek fontosság nem tulajdonítható. Annyi bizonyos, hogy az eset — s általában minden chorioidea-leválásra vezető vérzés — csak úgy értelmezhető, ha a vérzést retrochorioideális eredetűnek vesszük. A chorioidea mögé történő vérzés kiindulási pontja lehet a nagy edények rétege, feltevé, hogy a vér hátrafelé, t. i. a sclera felé ömlött, de lehetséges az is, hogy valamely retrochorioideális lefutású véredény szakadt meg. Előbbi lehetőség mellett *Hosch*<sup>1</sup> esete szól, melyben a nagy edények rétegében több véredény megrepedtnek volt található. Utóbbi felfogást *Goldzieher*<sup>2</sup> vallja, ki egy eset kapcsán az a. ciliaris post. longa-ból származtatja a vérzést.

Esetünk egyik felfogásnak sem szól ellene, minden esetre valószínűnek látszik azonban, hogy a vérzés nem egy vagy két, hanem számos edényből indult meg egyszerre, máskülönben ily fokú és hatású vérömlés alig képzelhető.

A legtöbb észlelő az edényfalaknak nemcsak a nyomás által keletkező elváltozásait, hanem előzetes megbetegedését (arteriosclerosis) is szükségesnek tartják az ilyen vérzések magyarázatára. Arteriosclerost több esetben találtak is, de legtöbbször nincsen róla említés téve.

Esetünkben sem lehetett a véredényfalak régebbi keletű elváltozását kimutatni, már csak azért sem, mert az egész előesett chorioidea és edényei az előesés folytán sokkal inkább elváltozottak voltak, hogysem kevésbé feltűnő régebbi keletű elváltozások rajta felismerhetők maradhattak volna.

Csodálatosnak tűnhetné fel, hogy vérzés olyan erőki-fejtésre képes legyen, hogy esetünkhöz vagy *Purtscher*-éhez hasonló nagyságú előesést produkálhasson. Ennek értelmezésére talán a szemhéjaknak is tulajdoníthatunk némi szerepet. Még pedig egyrészt oly módon, hogy a hirtelen fájdalom és vércsorgás következtében a beteg, mintegy védekezve, összeszorítja szemhéjait, a mi a szemtekére nyomást gyakorolhat; másrészt, a már előesett tömeg, mint esetünkben is, a szemrésbe szorulhat, mi által bizonyos húzó hatásnak kellett bekövetkeznie.

A mi még a vérzés megszűnését illeti, ez esetünkben úgy képzelhető, hogy az előesett részek a cornea nyílását mintegy tamponálták. Legalább erre vall, hogy a tensio emelkedett volt.

<sup>12</sup> L. c.<sup>13</sup> L. c.

## A sphincterolysis anteriorról 47 újabb eset alapján.

*Scholtz Kornél dr., szemklinikai gyakornoktól.*

Ezelőtt 4 évvel közölte *Schulek* tanár akadémiai székfoglalójában egy új műtési eljárását, melyet sphincterolysis anteriornak nevezett el.<sup>1</sup> E műtét azóta az egyetemi szemklinikán végzett operálások között mind nagyobb tért hódított, úgy hogy lehetségessé vált a műtét indicióit pontosan körvonalozni és hatását minden irányban kipróbálni. Alább közlöm a 4 év óta ezen eljárással megoperált 47 szembeteg kórtörténeteinek átnézetes táblázatát; a statisztika összeállítására és a következtetések levonására felhasználtam az 1892-ben közölt 28 esetet is.

A sphincterolysis anterior, mint azt *Schulek* tanár cikkében kifejtette, praeventiv természetű műtét; célja a cornea hegjébe benőtt sphincter iridist onnan lefejtteni s ez által elejét venni a szemet fenyegető másodlagos bántalmaknak (glaucoma, iridochorioiditis), a nélkül, hogy a meglévő látás kárt szenvedne. A műtét oly oldalas fekvésű, nem túlságosan nagy cicatrix adhaerenseknél indicált, a melyek mellett a pupilla még alkalmazkodásra képes. Lefolyása röviden ez: a műtét keskeny Graefe-késsel a heg szélén a corneába beszúr s a kést laposan tartva, annak élével megkerüli a benőtt irisrészt, a heg másik oldalán kiszúr és fűrészelő mozgásokkal az odanőtt iriszarakat leválasztva a heg peripheriás részét lebonyalokban átvágja.

A műtét céljának teljesen megfelelt, ha a pupilla vongálása s a corpus ciliaréhoz vezető hid megszűnik, tehát ha a sphincter mindkét szára kiszabadul a hegből s a látás nem romlik. Kielégítő azonban az egyik sphincter szárnak tökéletes szabaddalulása is, mert a vongálás az előbbihez képest oly kifestő lesz, hogy másodlagos glaucoma fellépése nem valószínű. Peripheriás irisrészeknek lapszerű odatapadása az eredményre majdnem teljesen közömbös.

Az egyetemi szemklinikán eddig sphincterolysis anteriorral operált esetek száma 76. Ezek közül 36-ban volt ideális eredmény, azaz a sphincternek mindkét szára kiszabadult s a látás vagy ugyanaz maradt, vagy javult. Sikertelen volt a műtét 5 esetben, míg a többi 35 esetben a sphincternek vagy csak egyik szára lett szabaddá, vagy mind a kettő kiszabadult ugyan, de az irisnek egy vékony szála még a corneához húzódva maradt.

Az eseteket a cicatrix adhaerens keletkezésének ideje, oka és a szem műtétkori állapota szerint több csoportba osztottam. Az operált eseteknek több mint felénél *régen lefolyt* (1 évnél régebbi) *gyuladással* okozta az iris benövését s a szem a műtét idejében teljesen békés volt. Ezek mutatják a legjobb eredményt, a mennyiben 38 műtét közül csak 2 volt sikertelen és 20-nál volt teljes eredmény.

Siker szempontjából megközelítik ezeket azon műtétek, a melyek *sérülésből eredő* cicatrix adhaerensek leválasztására hajtottak végre. 10 közül teljes eredmény volt 4 esetben, kielégítő 6-ban.

Legrosszabb az eredmény a nem rég lefolyt (1 éven belüli időben) *gyuladások* okozta iris benövéseknél, a mennyiben 8 műtét közül 2 maradt sikertelen; ezek közül való az egyetlen eset is, a melynél a műtét kárt okozott: a műtét utáni napon plastikus izzadmány képződött a csarnokban. Megjegyzendő, hogy a szemek a műtétkor izgalmat nem mutattak.

Ezzel szemben feltűnő, hogy ha *régi keletű irisbenövés* mellett valamely *következményes, vagy ismétlődő gyulladás* volt a szemben, — mint iridocyclitis, keratitis phlyctenosa, blennorrhoea chronica — a műtét sikere ez által kárt nem szenvedett. A lobos bántalomnak megfelelő 1—3 heti kezelés után megejtett műtét 8 eset közül mindkét szarát kiszabadította 5-ben, egy szár odahúzódva maradt 3-ban. Úgy látszik, hogy az előző csoportba sorolt eseteknél a friss hegszövetnek puha, rugalmatlan volta könnyíti meg az átmetszett szárok visszatapadását, míg a később fellépő gyulladás a már megszilárdult

<sup>1</sup> Orvosi Hetilap: Szemészet. 1892. 1. 2., 3. szám.



heg minőségét ily irányban meg nem változtatja. A következőkben irítással műtétre került betegek gyógyultan vagy jelentékenyen javultan hagyták el a klinikát s recidívával később egy sem jelentkezett.

Talán a legfontosabb s a műtét értékét leginkább próbára tevő esetek azok voltak, melyeknél már *másodlagos glaucoma* volt jelen. Ezeknek száma 7. Közülük 5 a műtét után zavartalanul gyógyult s a glaucoma megszűnt. 2 esetben a műtét utáni 4-ik napon izgalom mutatkozott és tensio emelkedés állott be, a mely az egyik esetben pilocarpin becépmentésre elmúlt, míg a másik esetben iridektomia vált szükségessé. Ezen 2 esetben a glaucoma abszolút volt; mindkét esetben a sphincter teljesen megszabadult a hegből. Tehát abszolút glaucoma megszűnésére biztossággal nem számíthatunk, valószínűleg azért, mert a sorvadtt iris még a száraz megszabadulása után sem lesz képes normalis állását elfoglalni. Van példa az ellenkező esetre is; a mikor ugyanis a glaucoma az iridektomia után is fennállt s csak a később megejtett sphincterolysisre szűnt meg.

A hátralevő 4 esetben gyulladás vagy sérülés utáni *iris-előesés* volt. Ezek közül sikertelen volt egy keratitis ulcerosa utáni iriselőesésnél végzett műtét. 2 esetben a prolabált iris előzőleg levágtatt.

A sikertelen műtétek közül 3 esetben friss, 2 esetben régi volt a cicatrix adhaerens. Ezeknél az átvágott száraz később (egy ízben 9-ed napra) ismét visszatapadtak, a mi százalékban kifejezve a régi benövéseknek alig 3, a frisseknek 33%-ában esett meg.

A sphincterolysis egyik célja a meglevő látásnak megőrzése. Ebben a tekintetben az eredmények nemesak hogy megfelelték a várakozásnak, hanem azt még felül is múlták, a mennyiben 16 esetben a látás már a kibocsátáskor is javult volt, 32-nél pedig ugyanaz maradt, a milyen a műtét előtt volt. A betegek átlag a műtét utáni 7—10-ik napon távoztak a klinikáról, a mikor tehát a szemén még némi izgalom, fénykerülés van és nagyobb sebések után a corneális astigmatismus is fennáll: bátran mondhatjuk azért, hogy a legtöbb esetben a látás a műtét előttihez képest megjavult és igen valószínű, hogy azon néhány (6) esetben is, a melyeknél kevéssel rosszabbnak mutatkozott, az említett állapotok megszűntével legalább is az eredetire visszatért. Hogy a látás a sphincterolysis által nem szenved, könnyen érthető: az irisben keletkezett colobomát a cornea hegye elfedi úgy, hogy az káprázást nem okozhat. Ez egyik fő előnye a műtétnek az iridektomiával szemben, a mely a látást rendszerint megrontja, mert bárhol is végezzük az iriskimetszést, a szemhéjak sohasem fogják a colobomát olyan tökéletesen eltakarni, mint azt a corneális heg teszi. A látásnak ilyen gyakori megjavulását onnan magyarázhatjuk, hogy a résszerű vagy körtealakúlag elhúzódott, igen gyakran alig reagáló pupilla a műtét által szabályosabb alakot nyer és alkalmazkodásra képessé válik.

A sphincterolysis lehetővé tette azt, hogy a corneális heget megfessük. A festés bajt nem okozhat, mert az iris nincs többé odanöve. Ezen körülmény ismét egy új előny a látásra nézve — eltekintve a cosmetikai szempontból. Ismert dolog, hogy a nem egészen átlátszatlan homályok a fénydiffusio útján mennyire ártanak a látásnak. Ha a homályt tussal megfestsve teljesen átlátszatlaná tesszük, ez az ártalom megszűnik. Cicatrix adhaerensnél ezen eljárás a bekövetkező iris izgalom miatt contraindicált volt s a sphincterolysis érdeme, hogy ennek a gyakran annyira kívánt és czélszerű correctiónak itt is tért nyitott. Eseteink közül 4 ízben végeztetett. Mindezek alapján azt hiszem, hogy a műtét intenciói közé a posteriori a látásnak megjavítását is felvehetjük.

A műtét természete és a beavatkozás kis mértéke önkénytelenül azon gondolatra vezet, hogy a sikertelenül, vagy félsikerrel végzett sphincterolysis után rövid időre a visszatapadt szárazakat egy újabb műtéttel ismét leválasszuk. 5 ilyen ismételt műtét közül 3 sikerre nem vezetett; egy esetben a lemetszett szár napok múlva ismét visszahúzódott és egy másikban sphincterotommal kellett a második műtét után még

visszahúzódott finom irisszálat átvágni. Ugy látszik, hogy némely odanövéseknek meg van azon törekvésük, hogy visszaterjenek azon helyzetbe, a melyben hosszú időn át rögzítve voltak s ezen helyzetüket még másodszori leválasztásra sem hagyják el. Bizonyos, hogy az ilyen benövéseken nagy feszülés nem lehet s nem is valószínű, hogy ezek vongálás által bajt idézzenek elő. Ezért az ilyen kivételes eseteket operálatlanul is hagynók, ha előre tudhatnók, hogy a sok között melyek az ilyesek.

Megemlítem még, hogy 2 esetben hályogkivonással kombinálva végeztetett a műtét; iridektomia optikai czélból ötször, glaucoma megszüntetésére egyszer volt szükséges.

Az eddig megoperált 76 eset alapján a prognosist illetőleg a következők veendőek figyelembe:

1. Legjobb eredményre van kilátás régi (évek előtt lefolyt) gyulladás vagy sérülés okozta cicatrix adhaerensnél.

2. Újabb eredetű (hónapok előtt lefolyt) gyulladások után képződött irisbenövésnél az eredmények a legkevésbé elégitők.

3. Nem abszolút másodlagos glaucoma visszafejlődik még akkor is, ha a sphincternek csak egyik szára szabadult ki; abszolút glaucoma tensioemelkedésének megszűnése még mindkét szár kiszabadulása után sem várható biztosan.

4. A szemén levő acut vagy chronikus gyulladás nem befolyásolja az eredményt, ha a heg régi eredetű.

A mi a szemészeket hasonló műtétekre serkentette, azon gondolat volt, hogy a szemet fenyegető másodlagos bajok elhárításában indicatio causalisnak feleljenek meg, mert az eddigi souverain eljárás, az iridektomia úgyszólván csak kerülő úton létesít a szemnek egy tűrhető állapotot, érintetlenül hagyván a következőkben bajok forrását, a benőtt irist. A benőtt iris kiszabadítására törő műtétek célja idealis: megszüntetni az okot, a mely romlást hozhat vagy már hozott is a szemre, létrehozni olyan viszonyokat, a melyek *kizárják* a secundaer bántalmak keletkezését. Az iridektomia ugyancsak a következőkben bajok ellen küzd s az esetek nagy számában sikert is ér el, de néha nagy áldozat árán. Ép irisrészt kell kimetszeni; az így keletkezett coloboma sokszor káprázást okoz, mert a helyi viszonyok nem mindig engedik meg a rést olyan helyen készíteni, a hol az a szemhéjaktól fedve marad. Tehát a látás többnyire szenved. És hol van még a biztosíték, hogy a másodlagos baj mégis ki nem tör? Meg van ugyan a valószínűség arra, hogy glaucoma secundarium nem keletkezik, de vajjon nyújt-e az iridektomia csak némi biztosítékot is egy iridochorioiditis ellen? Ott maradt a benőtt iris, megvan a fertőzés útja. Példa rá a 7. sz. eset: a beteg szemén iridektomiát végeztek; ennek dacára fellépett egy idült iridochorioiditis suppurativa, a mely a sphincterolysis után jelentékenyen javult. Hogy az iridektomia a glaucoma secundarium ellen nem mindig véd meg, bizonyítja a fentebb említett 4 év előtt közölt eset.

Mindez a teljes sikerű sphincterolysisekre vonatkozik. A sphincterolysis, hacsak az egyik szárat szabadítja ki a hegből, máris jelentékenyen csökkenti a vongálást; úgyszólván iridektomia értékével bir, annak hátránya nélkül, mert a látást meg nem rontja. Ha optikai szempontok kívánják, mellette iridektomiát is lehet végezni vagy ugyanazon seben át vagy később más helyen.

A benőtt iris kiszabadítására eddig kiesztelt műtétek általános elterjedettségre nem jutottak részint a kivitel nehézségei miatt, részint azért, mert csak kevés, különösen alkalmas esetekben voltak használhatók. A sphincterolysis anteriorinak kivitele — bár ügyességet igényel — egyszerű; egyetlen eszközzel hajtatik végre s a szemre csekély traumát képez. Használhatósága nagy: hiszen csak igen nagy területű (a fél corneát elfoglaló) vagy az egész pupillát elzáró cicatrix adhaerensek vannak a műtétből kizárva.

A fenti adatokból kitűnik, hogy eredményei kitűnők s a hozzá fűzött várakozásokat nem egy pontban felül is mulják.



Folyó szám, név és kor	Előzmény	Diagnosis	Látás	A sphincterolysis ideje és oldala	Lefolyás	Megjegyzés	Távozáskor
1. Nyitrai Borbála 10 éves	4 év előtt kiütéses bajban és szemgyulladásban szenvedett	Cicatrix adhaerens, cataracta capsularis centralis o. d.	J. = Kézmozgást lát. B. = $\frac{5}{5}$ .	1892. jan. 5. jobb.	Másnap a sphincter szabad, a pupilla tág.	A hegen tinctio végeztetett.	Tág. kerek, jól reagáló pupilla, szabad sphincter. Látás = J. = 1 m.-ről olv. ujjakat. B. = $\frac{5}{5}$ .
2. Gergely János 22 éves	15 év előtt himlője volt	Cicatrix adhaerens o. d.	J. = 1 m.-ről olv. ujjakat B. = $\frac{5}{5}$ .	1892. jan. 16. jobb.	—	—	Jól reagáló pupilla; mindkét szár szabad.
3. Boronkai Károly 23 éves	25 nap előtt forró gőz érte jobb szemét	Cicatrix adhaerens o. d.	J. = $\frac{5}{10}$ ? Hm = 0.5 v. = $\frac{5}{10}$ ? B. = $\frac{5}{5}$ ? Hm. = 0.5 v. = $\frac{5}{5}$ ?	1892. febr. 20. jobb.	Estére csarnok van.	—	Sphincter szabad, de egy vékony szál még odahúzódik. Látás ugyanaz.
4. Kiss Anna 26 éves	1 év óta mindkét szemén gyulladás van	Trachoma o. utr. Cicatrix adhaerens o. d.	—	1892. márcz. 22. és ápr. 2. jobb.	Másnap csarnok van, a sphincter alsó szára szabad.	—	A sphincter alsó szára szabad. Látás: J. = $\frac{5}{30}$ .
5. Püspöki Albert 28 éves	3 hét előtt vasdarabbal sérült bal szemén	Vulnus perforans corneae, prolapsus iridis o. s.	—	1892. márcz. 19. bal.	Másnap csarnok van.	Előzőleg ablatio prolapsus iridis történt.	A sphincter szabad, a látás ugyanaz.
6. Simony Johanna 17 éves	Néhány hó előtt gyulladás volt szemén	Cicatrix adhaerens o. d.	J. = $\frac{5}{70}$	1892. márcz. 22. és ápr. 2. jobb.	Másnap csarnok van, a külső szár szabad. A 2. műtét után egyik szár sem szabad, 2 nappal utóbb prolapsus iridis, mely levágatott.	—	A szemén kis izgalom. A metszés simán hegedt. Szárak nem szabadok. Látás: J. = kézmozgás.
7. Baumgartner J. 40 éves	20 év előtt szemgyulladás volt	Cicatrix adhaerens, coloboma artefactum, iridocyclitis chronica o. s.	—	1892. ápr. 4. bal.	Másnap csarnok van, alsó külső szár szabad.	A heg megpörkölése thermocauterrel	A szemén kis izgalom. A sphincter szárai szabadok. Látás = 1 m.-ről ujjolvasás.
8. Holló Margit 15 éves	2 év előtt jobb szemén gyulladás volt	Cicatrix adhaerens o. d.	J. = $\frac{4}{70}$ Hm. = 2.75 v. = $\frac{5}{70}$ B. = $\frac{5}{50}$ Hm. = 1.0 v. = $\frac{5}{50}$ .	1892. ápr. 5. jobb.	Másnap csarnok van, szárok szabadok.	Előzőleg (márcz. 29.) felül iridektomia végeztetett.	Szárak szabadok. Látás: J. = $\frac{3}{70}$ . B. = $\frac{5}{50}$ .
9. Kende Antal 28 éves	20 év előtt vörhenyben szenvedett, mely után szemén folt maradt. Azóta 2 ízben volt szemgyulladás	Cicatrix adhaerens, iritis suppurativa o. s.	—	1892. ápr. 23. bal.	Másnap csarnok van, alsó szár szabad.	Előzőleg atropin kezelés.	Alsó szár szabad, a felsőnek széli része húzódik. Látás = 1 m.-ről ujjolvasás.
10. Juhász Berta 20 éves	16 év előtt késsel sérült jobb szeme. 2 év óta látása romlik	Cicatrix adhaerens, cataracta traumatica o. d.	J. = Kézmozgást lát. B. = $\frac{5}{7}$ .	1892. ápr. 23. jobb.	Este sekély csarnok van, szárok szabadok.	Egyidejűleg iridektomia és extractio történt.	Szabadszárú coloboma az irisben. A heghez egy finom szál húzódik. A pupilla területén duzzadó lencse-maradék. Látás: J. = 4 m.-ről ujjolvasás. B. = $\frac{5}{7}$ .
11. Ötvös Imre 22 éves	Balszeme 10 év előtt sérült. Utána megoperálták. 2 nap óta szeme vörös	Cicatrix adhaerens, coloboma artefactum, iridocyclitis o. s.	—	1892. máj. 17. bal.	Este sekély csarnok van. Szárok szabadok.	—	Mérsékelt izgalom, a szárok szabadok. Látás: kézmozgás.
12. Tirmeg Juli 23 éves	Gyermekkorában mindkét szemén gyulladása volt	Cicatrix adhaerens, o. u. Synechiae post. o. d.	J. = $\frac{5}{50}$ Hm. = 2.0 v. = $\frac{5}{30}$ . B. = $\frac{5}{15}$ . Hm. = 2.0 v. = $\frac{5}{10}$ ?	1892. máj. 10. jobb.	Másnap csarnok nincs, harmadnapra helyreállott.	Bal szemén iridektomia.	Csarnok sekély, szárok szabadok.
13. Inczédi Mari 15 éves	13 év előtt gyulladás volt bal szemén, mely egy év előtt ismétlődött	Cicatrix adhaerens, o. d. Staphyloma partiale o. s.	J. = 1 m. olv. ujj. M. = 3.5 v. = $\frac{5}{30}$ . B. = Szem előtt olv. ujj.	1892. jun. 14. jobb.	—	Bal szemén iridektomia, később a táguló hegnek megpörkölése.	A felső szár szabad, az alsó húzódik. Látás: J. = $\frac{5}{50}$ M. = 4.0 v. = $\frac{5}{20}$ . B. = 2 m.-ről ujjolvasás.
14. Sztanó Ferencz 25 éves	18 év előtt bal szeme tüvegcséréppel sérült. Egy idő óta szeme könnyezik, fáj.	Cicatrix adhaerens o. s.	J. = $\frac{5}{5}$ . B. = $\frac{5}{50}$ Hm. = 2.0 v. = $\frac{5}{50}$ .	1892. jun. 18. bal.	Estére csarnok van, alsó szár szabad; 3 nap múlva a felső is kiszabadult.	—	Szárak szabadok. Látás: $\frac{5}{15}$ -re javult.



Folyó szám, név és kor	Előzmény	Diagnosis	Látás	A sphincterolysis ideje és oldala	Lefolyás	Megjegyzés	Távozáskor
15. Romada Zsuzsi 38 éves	Születése után mindkét szemén gyuladás volt	Nystagmus rotat. o. u. Cicatrix adhaerens o. d. Leukoma adhaerens o. s.	J. = $\frac{5}{70}$ Hm. = 0.25 v. = $\frac{5}{50}$ B. kézmozgás.	1892. jul. 19. jobb.	—	—	Száraz szabadok. Látás ugyanaz.
16. Szoják Rezső 30 éves	14 év előtt mindkét szemén gyuladás volt; 2 hó előtt bal szemén 8 hó előtt ismétlődött	Maculae corn. o. s. Cicatrix adhaer. Cataracta caps. centr. anter o. d.	J. = $\frac{5}{20}$ B. = $\frac{5}{30}$	1892. szept. 7. és szept. 13. jobb.	Mindkét műtét utáni napon csarnok van. Egy szál még húzódik.	A 2-ik műtét után 7 nappal sphincterotomia.	Száraz szabadok. Látás ugyanaz.
17. Dohnánszky Györgyné 35 éves	1 év előtt jobb szemén blennorrhoea volt; 2 hó előtt bal szemén gyuladás lépett fel	Loukoma fere totale o. d. Cicatrix adhaerens o. s.	—	1892. szept. 27. bal.	Másnap a szem fájdalmas. 4-ednapra chemosis, a csarnokban geny.	Iridektomia a jobb szemén.	Ciliaris injectio. A csarnokban sok sárga bolyhos izadmány. Látás: J = $\frac{1}{2}$ m. ujjolv. B. Fényérzés nincs.
18. Czimer Ida 31 éves	28 év előtt bal szemén gyuladás volt	Cicatrix adhaerens o. s.	J. = $\frac{5}{7}$ B. = 1 m.-ről ujjolvasás.	1892. szept. 27. és okt. 4. bal.	Első műtét után az egyik, a második után mindkét szár szabad volt, de a később leválasztott ismét visszatapadt.	—	A belső szár szabad, a külső húzódik.
19. Bádor Antal 43 éves	23 év előtt bal szemén gyuladás volt	Synechia anterior. Glaucoma secund. o. s.	J. = $\frac{5}{7}$ B. = Fényérzés nincs.	1892. szept. 29. bal.	Este csarnok van, száraz szabadok. Negyednapra fájdalmak, tensioemelkedés, a mely pilocarpinra megszűnt.	—	Száraz szabadok, tensio normalis, látás ugyanaz.
20. Konta Julia 20 éves	5 hó előtt blennorrhoea és pro'apsus iridis volt bal szemén	Blennorrhoea chron. Cicatrix adhaerens o. s.	—	1893. jan. 14. bal.	Másnap csarnok van, száraz szabadok.	Előzőleg iridektomia később a hegtetőválása ugyanazon szemén.	Száraz szabadok.
21. Bujna Emília 20 éves	Bal szemén 4 év óta gyakran ismétlődő gyuladás	Cicatrix adhaerens o. s. Maculae corneae d.	J. = $\frac{4}{70}$ Hm. = 2.0 v. = $\frac{5}{70}$ B. = $\frac{1}{70}$	1893. jan. 7. bal.	Másnap sekély csarnok van. A belső szár szabad.	—	A belső szár szabad, a külső húzódik. Látás $\frac{5}{50}$ -re javult.
22. Bodor Erzsébet 17 éves	1 1/2 év előtt ótváros szemgyuladása volt	Nystagmus osc. rotat. o. u. Maculae corn. d. Cicatrix adhaerens o. s.	J. = $\frac{5}{24}$ B. = vm.-ről ujjolvasás.	1893. jan. 21. bal.	Másnap mély csarnok, szabad szárazok.	A heg megfestése.	Mindkét szár szabad, látás ugyanaz.
23. Muszka János 43 éves	1 hó előtt ökor döfte meg bal szemét	Prolapsus iridis traumatic. et iridodialysis o. s.	J. = $\frac{6}{6}$ B. = 1 m.-ről ujjolvasás.	1893. jan. 31. bal.	Másnap csarnok van, a külső szár még húzódik.	Egy héttel előbb ablatio prolapsus.	A belső szár szabad, a külsőtől egy szál húzódik.
24. Huszár Klára 14 éves	Születése után jobb szemén gyuladás volt	Cicatrix adhaerens cataracta caps. ant. o. d.	J. = 1 m.-ről ujjolvasás B. = $\frac{5}{10}$	1893. febr. 24. jobb.	Másnap sekély csarnok, harmadnap mély; szárazk húzódnak.	—	Mindkét szár szabad, látás ugyanaz.
25. Tenka Mihály 24 éves	Mindkét szemén gyermekkor óta kiújuló gyuladás	Cicatrix adhaerens, o. s. Maculae corneae o. d.	J. = $\frac{5}{30}$ B. = $\frac{5}{30}$	1893. márcz. 21. bal.	Csarnok csak ötödnappra állt helyre. A szem izgatott. 10-ednapra az izgalom szűnik. Száraz szabadok.	—	Száraz szabadok. Látás: J. = $\frac{5}{30}$ . B. = $\frac{5}{60}$ .
26. Németh György 37 éves	—	Cicatrix adhaerens, coloboma artefact., Glaucoma secund. o. d. Anophthalmus lat. s.	J. = 1 1/2 m.-ről ujjolvasás	1893. márcz. 25. jobb.	Másnap csarnok van, alsó szár szabad.	—	Alsó szár szabad, felső húzódik. Látás ugyanaz.
27. Polgár Mariska 7 éves	Bal szeme 1 1/2 év előtt sérült	Cicatrix adhaerens, cataracta traumatic. o. s.	J. = $\frac{5}{6}$ B. = Kézmozgást lát.	1893. apr. 18. bal.	Másnap csarnok van, száraz szabadok.	Egyidejűleg extractio cataractae.	A sphincter szárai szabadok, az iris a sebhez húzódik. Látás: B. + 11.0 D. V = 1/2 m.-ről ujjolvasás.
28. Skribanek Hermina 12 éves	2 hó előtt keratitis phlyctenosa	Cicatrix adhaerens o. d.	—	1893. apr. 29. jobb.	Belső szár szabad.	10 nap múlva iridektomia.	A belső sphincter-szár szabad, a külső húzódik. Látás: J. = $\frac{5}{30}$ . B. = $\frac{5}{5}$ .
29. özv. Karácsondy Józsefné 26 éves	5 év óta mindkét szemén ismétlődő gyuladás	Cicatrix adhaerens o. d. Glaucoma secund. o. u.	J. = Fényérzés nincs. B. = 1 1/2 m.-ről olv. ujj.	1893. szept. 30. jobb.	Másnap csarnok van. 4 nap múlva rohamokban fellépő fájdalmak.	Bal szemén iridektomia. A jobb szemén 6 nap múlva szintén iris kimetzés, mire a fájdalmak megszűntek.	Száraz szabadok. Látás: J. = Fényérzés nincs. B. = 3 1/2 m.-ről ujjolvasás.



Folyó szám, név és kor	Előzmény	Diagnosis	Látás	A sphincterolysis ideje és oldala	Lefolyás	Megjegyzés	Távozáskor
30. Benedik Mária 11 éves	1/2 év előtt bal szemén blenorrhoea volt	Cicatrix adhaerens, Maculae corn. o. s.	J. = 5/5? B. = 5/10	1893. okt. 24. és nov. 4. bal.	Másnap mély csarnok, belső szár húzódik s a 2-ik műtetre sem vált le.	—	A belső szár széli része húzódik, pupilla tág. Látás: J. = 5/5? B. = 5/20?
31. Halász Lipót 57 éves	7 év előtt jobb szemén iridektomiát végeztek. Két évvel később bal szemén glaucoma miatt iridektomiát, majd punctiót	Leukoma adhaer. Coloboma artefact. Glaucoma secund. o. d. Glaucoma absolut., Coloboma artefact. o. s.	J. = + 9.0 D.-val 5/30 B. = Fényérzés / nincs.	1893. decz. 30. jobb.	Másnap a csarnok mély.	—	A sphineter egy része szabad. Látás ugyanaz.
32. Cserne Anna	4 hó előtt üvegcsérréppel sérült jobb szeme	Cicatrix adhaerens o. d.	J. = 5/50. Szűk lyukon = 5/15? B. = 5/80. Szűk lyukon = 5/10?	1894. márcz. 10. jobb.	Másnap a csarnok mély.	—	A pupilla tág, sphineter szabad, az iris egy szállal húzódik. Látás ugyanaz.
33. Grasgrün Gizella 9 éves	3 hó előtt jobb szemét megüjtötték. (A szemén akkor prolapsus iridis volt)	Cicatrix adhaerens o. d.	J. = 5/80. B. = 5/5	1894. jun. 5. jobb.	Másnap csarnok nincs, az alsó szár szabad.	—	Az alsó szár kevéssé, a felső jobban húzódik. Látás: J. = 5/15? B. = 5/5.
34. Kecsmár Antalné 36 éves	3 év előtt mindkét szemén 2 hónapig tartó gyulladás volt, mely jobb szemén 4 héttel előtt ismétlődött	Cicatrix adhaerens o. s. Cicatrix adhaer. ectatica o. d.	J. = Kézmozgás. B. = 5/18.	1894. okt. 27. bal.	Másnap sekély csarnok.	Egyidejűleg a jobb szemén iridektomia.	A külső szár szabad. Látás: J. = 1/2 m.-ről ujjolvasás. B. = 5/18.
35. Kovács Amália 22 éves	Bal szemén 4 év előtt, a jobbon 2 hó előtt volt gyulladás	Cicatrix adhaerens o. u.	J. = 5/15. B. = szem előtt olvas ujjakat	1895. jan. 15. jobb.	Másnap mély csarnok, a szárazak húzódnak. 10 nap múlva fájdalmak, melyek másnapra megszűntek.	Egyidejűleg a jobb szemén iridektomia.	A szárazak húzódnak. Látás: J. = 5/15? B. = 2 m.-ről ujjolvasás.
36. Kis György 19 éves	1 év előtt mindkét szemén gyulladás volt	Cicatrix adhaerens ectatica o. d. Cicatrix adhaer. o. s.	—	1895. febr. 2. bal.	A szem halvány, a szárazak szabadok.	A jobb szemén iridektomia és a tágult hegnek punctiója.	A külső szár szabad, a belső húzódik. Látás: J. = 5/15? B. = 5/7.
37. Tóth Julcsa 29 éves	7 év előtt bal szemén gyulladás volt	Cicatrix adhaerens o. s.	J. = 5/15? B. = 5/30.	1895. máj. 4. bal.	A csarnok mély, szárazak szabadok.	—	Szárazak szabadok. Látás: J. = 5/15? B. = 5/50.
38. Löwy Margit 15 éves	7 év előtt bal szemén gyulladás volt	Cicatrix adhaerens o. s.	J. = 5/5. B. = 5/30	1895. jul. 13. bal.	Másnap mély csarnok, szabad szárazak, jól reagáló pupilla.	Tíz nap múlva a hegen tinctio végeztetett.	Szárazak szabadok, látás ugyanaz.
39. Lovich Mari 18 éves	Gyermekkora óta ismétlődő gyulladás mindkét szemén	Keratitis phlyctenosa o. u. Cicatrix adhaerens o. s.	—	1895. okt. 15. bal.	Csarnok másnap van, szárazak szabadok.	Műtét közben az előesett irist ki kellett vágni.	Szárazak szabadok.
40. Varju Julia 13 éves	5 éves korában himlőt állott ki	Cicatrix adhaerens o. u. Glaucoma secund. o. s.	J. = 5/5. B. = Fényérzés nincs.	1895. szept. 28. jobb.	Másnap sekély csarnok, szabad szárazak.	Bal szemén iridektomia.	Szárazak szabadok. Látás: J. = 5/10. B. = fényérzés nincs.
41. Kopping Márton 29 éves	Bal szemén 13 év előtt 4 hónapig tartó gyulladás volt.	Cicatrix adhaerens o. s.	J. = 5/6. B. = 1 m.-ről ujjolvasás.	1895. okt. 2. bal.	Másnap csarnok van, alsó szár szabad.	—	Csarnok egyenetlenül mély, pupilla megnyúlt, alsó szár szabad. Látás: J. = 5/6. B. = 1 1/2 m.-ről ujjolvasás.
42. Schwarz Ádám 60 éves	Jobb szemét 1 1/2 év előtt operálták; később gyulladás lépett fel rajta	Aphakia, iridencleisis, glaucoma secund. o. d. Cataracta nondum matura o. s.	J. = Tárgylátás nincs, fényérzés jó, projectio kívül jó. B. = 1 m.-ről ujjolvasás.	1895. okt. 2. jobb.	Másnap kis izgalom.	A bal szemén hályog-extractio.	A belső szár szabad. Látás: J. = kézmozgást lát. B. = + 11.0 D.-val 5/30.
43. Knapp Johanna 69 éves	8 év előtt mindkét szemén hályog-extractio, 3 év előtt discissio a secundariákon	Coloboma artefact. Aphakia, cataracta secund. o. u. Iridencleisis o. d., Ablatio retinae o. s.	J. = + 11.0 D.-val 5/70. B. = Fényérzés nincs.	1895. okt. 5. jobb.	Másnap csarnok van, szárazak szabadok.	—	A szárazak szabadok. Látás ugyanaz.
44. Gódor Márton 16 éves	6 nap előtt buzakalász vágódott bal szemébe	Ulcus perforans corneae, prolapsus iridis o. s.	—	1895. okt. 26. bal.	Másnap csarnok nincs, harmadnapra sekély. A sebben iris.	Tizenhét nap előtt a fekélyen kibukott iris lemetzése.	Íris a sebhez húzódik. Látás: J. = 5/7. B. = 5/30.
45. Walláschek Iona 28 éves	1 éves korában gyulladás mindkét szemén. 4 év óta látása romlik	Cicatrix adhaerens, Glaucoma secund., cataracta capsul. o. s. Chorioiditis disseminata o. u.	—	1895. okt. 26. bal.	Másnap mély csarnok, szabad szárazak. Harmadnapra sebrepedés; negyednap a seb ismét zárt.	—	Íris szárazak szabadok.



Folyó szám, név és kor	Előzmény	Diagnosis	Látás	A sphincterolysis ideje és oldala	Lefolyás	Megjegyzés	Távozáskor
46. Jankovics József 56 éves	1 év előtt obtusolobularis hályogkihajtás	Cataracta fere matura o. d. Aphakia, synechia anterior o. s.	J. = kézmozgás. B. = + 12.0 D. val = 5/15?	1895. okt. 29. bal.	Másnap mély csarnok van, a belső szár szabad.	A jobb szemén Graefe szerinti hályog kivonás.	A belső szárszabad. Látás: J. = + 12.0 D. val = 5/30. B. = + 12.0 D. val 5/15.
47. Özv. Lichtmann Arminné 28 éves	12 év előtt bal szeme üvegesréppelsérült. Azóta koronkéntis-méltlódó fájdalmak	Cicatrix adhaerens, Glaucoma secund. o. d. Myopia o. u.	J. = M. = 5.0 v. = 5/15. B. = M. = 5.0 v. = 5/10?	1895. decz. 17. jobb.	Harmadnapra sebrepedés; negyednap a seb ismét zárt.	—	A belső szárszabad, a külső húzódik. Látás ugyanaz.

## KÖNYVISMERTETÉS.

1. Le dr. Landolt et le dr. Gyax. Précis de Therapeutique ophthalmologique. (Paris. Masson. 1895. VIII. és 176. l.)
2. Dr. Ohlemann. Augenärztliche Therapie für Aerzte und Studierende. (Wiesbaden, Bergmann. 1896. IX. és 166. l.)

A szemészeti művekben ugyancsak gazdag termésű külföldi könyvpiacon két legújabb productumát szándékozom röviden bemutatni olvasó közönségünknek. Rövidek, az orvosi művek közt szinte szokatlanul kis terjedelműek, a fent nevezett könyvek is, de a gyakorló orvosra nézve azért igen nagy fontosságúak, mert hiszen a szembetegségek gyógyítására akarják tanítani és a mindennapi élet szükségleteit lennének hivatva fődözni.

### I.

Landolt könyve takaros formájú, 16-rét kötetke. A parányi könyv nem lép nagy igényekkel elének. Nem dolgozik nagy tudományos apparatussal, csak „megbízható társa, hű és gyors szolgálója akar lenni a gyakorló orvosnak, a tanulóknak pedig előkészítője a rigorosumokra“.

A művecske tárgyalási módja, csakugyan, minden inkább mint tudományos. Betűrendben sorra veszi egymásután a betegségeket és gyógyszereiket. Az astigmatismus fejezete után békeséges szomszédságban következik az atropin. A betegségeknek elmondja, hogy milyen szereket használjunk, ezeknél megtanít rá, hogy milyen alakban rendeljük őket.

Az előadás módja tömör, szükséztávú. A könyvecske 333 fejezetének mindegyike egy-egy távirat benyomását teszi ránk. Nem állhatom meg, hogy izelítől ide ne igtassam a 7. fejezetet:

„Amblyopia et amaurosis cerebialis.“

Az általános betegség gyógyítása. (Uraemia, typhoid láz, scarlatina, epilepsia, vérvesztés, nagy fájdalmak, hysteria.)

Ismeretlen ok esetében: teljes nyugalom, sötétség, strychnin befeeskenések. (?) Suggestio. Szemzuhany.“

Ennyiből áll az egész paragrahus. Rövid, de velős. Talán lehetne még hozzátennünk valamit, de sokkal többet nem mondhatnánk a tárgyról.

Szép dolog ez a rövidség. Nemcsak az unalmas szószaporitástól kimél meg bennünket, hanem egyszersmind olyan parancsoló forma hatást is gyakorol reánk, mely a babonát is cselekvésre készíti. De — habár legtöbb esetben megelégedhetünk is a kapott tanácsokkal — mégis kétlem, hogy a tanuló minden fejezetet megértsen és hasznára tudjon fordítani.

A mi a fénytörési zavarokat és az üvegrendelést illeti, pl. ezek tárgyalásának én még sehol sem olvastam rövidségben párját, de nem is hiszem, hogy a gyakorlatlan kezdő eligazodjék rajta, vagy ha megértette is a tárgyat a kapott utasításokkal együtt, (pl. a hypermetropiának minden esetében) beérje.

Ennek az erőszakos rövidségnek kell betudnunk azt is, hogy a könyv nem tanít meg bennünket a gyógyításhoz szükséges kórfogásokra; nem mondja el, miképp eseteljünk, hogy masszáljunk stb.

A mi már most a gyógyításnak velünk megismertetett módjait illeti, ezekből látjuk, hogy szerzőnk erős itéletű practikus, kinék megállapodott elvei vannak, melyek eltérnek talán a mieinktől, de a melyek önálló gondolkodásra és élénk megfigyelésre

vallanak. Általában jó, czélszerű tanácsokat ad. Fő erénye, hogy mindentütt szem előtt tartja a „non nocere“ elvét. Többször is figyelmeztet, hogy „jodnál, bromnál kerül a calomelt“ stb. Nagyon gondos a prophylaxist illetőleg. El nem mulasztja egyik acut ragályos betegségnél sem ránk szólani, hogy „védelmezd a másik szemet“. Kitünő tanácsokat ad a zsugorodott szem folytonos figyelemmel tartására és a második szem őrzésére, ha az első már retinaleválás miatt megromlott. Sőt még azt sem mulasztja el lelkünkre kötni, hogy spontán szembeli vérzéseknél, figyelemzessük a beteg környezetét, az eshetőleges agyszélhűdésre.

Óvatosságában talán kissé túl is megy a határon. Így pl. az asepsis és antisepsis tárgyalásánál, mely különben teljes elismerésünkre méltó, annyira megy, hogy a beteg szempilláit és szemöldjét is leborotvátná velünk. Magyar szempontból érdekes, hogy ugyancsak a műtétel előkészületei közt — igen helyesen — főlemlíti az „Eau de Janos“ használatát is. Szinte hallani véljük a francia számban „Ó dö Zsanósz“-szá francziára formálódott nevet és örömmel ismerjük fel benne — még e nagyon elváltozott alakjában is — világhírűvé vált „Hunyady János“ keserűvizünket.

A gyógyszerek száma, bár könyvünkben az előszó szerint „csak a legfontosabbak találtak helyet“, töménytelen. Hogy többet ne említsek, a szemhéj eczemája ellen 20 orvosságot, a blepharitis ellen nem kevesebb, mint 15-féle kenőcsöt találunk felsorolva. E gazdagságot örömmel fogadhatja talán a gyakorlott szemész, a ki tetszése szerint válogathat belőlük, ha kedvező szerrei cserbe hagyták; de másként van a tanuló, a ki a sok közül nem tudván melyiket választani, találgatni kénytelen és talán a legkevésbé hasznosat markolja ki a kínálkozók tömegéből. Ilyen esetben a szerző feladata volna, hogy egy-két kipróbált szerre rámutasson s a többieket csak függelékül adja.

Ha a gyógyító eljárások között valami jellemzetest, a mienktől eltérőt keresünk, szemünk okvetlenül a piócán és a jeges borogatáson akad meg. Landolt — bár nem tartozik szorosán a francia iskolához — a vérbocsátás tekintetében egészen a francia hagyományokhoz csatlakozik. Vért ereszt pl. a chorioiditis disseminata, retinitisek, blennorrhoea neonatorum, herpes zoster blepharospasmus, ablatio retinae és sok más betegség esetében, nagyon sokszor olyankor is, mikor a mi iskolánk felfogása szerint céltalan, vagy éppen káros a vért vesztegetni. A „seiguare“ jelszót gunyoló valami új Molière, meg most sem volna egészen anachronismus a francziák között.

Nem kevésbé szereti a jeges vizet. Nemcsak blennorrhoeáknál, de még hurtnál is. Ilyen rövid ismertetés keretében sem állhatom meg, hogy iskolánk sok esztendő óta tapasztalataira támaszkodva, könyvünk modorában fel ne kiáltssak, hogy: „mértéketlenül bánj a jéggel, gyuladásoknál jobb egészen számúznod, csak sérüléseknél használd!“

Ha már benn vagyunk a kifogásokban, mondjunk el még némelyeket, mikben nem érthetünk egyet:

Chronikus szemhurutoknál az izgatókat számúzi. Mi úgy tudjuk, hogy az izgatás éppen ilyenkor van helyén és a heves rohamok azok, melyek kiméletes bánásmódot követelnek.

Conjunct. crouposánál nem helyeselhetjük, hogy súlyos esetekben a hárttyákat leszedi és helyüket lapis-oldattal esetéli. Miként egyeztethető ezzel össze a tilalom, mely alá diphtheritisnél veti ugyanezen eljárást? A két eset kezelését illetőleg analog.



Esetelés előtt mindkettőnél be kell várni a hárták önkéntes leválását.

Conjunct. diphtheriticánál a serumot még nem találjuk fel- említve. E helyett terpentinnel és eucalyptus tincturával permeteztet az ágy környékén és erős sublimat-oldattal dörzsölteti be a hártákat. Az fölösleges, ez káros lehet.

Chorioiditis disseminatánál sem igen értjük, mi a meleg borogatások, pupillatágítók és ismételt paracentesisek célja.

Makaes blepharitiséknél, ha minden eszközből kifogytunk is, nagyon radicalisnak tartanám a pillatelep ajánlott lementsését (!)

Találunk még a könyvben több olyan pontot is, melyek tapasztalatainkkal és gyógyítási elveinkkel ellenkeznek. De elég volt mutatóban.

Hanem viszont találunk igen sok figyelemre méltót és olyat is, miből tanulhatunk.

Szemézi fegyvertárunkat jelentékenyen gazdagíthatják pl. a blennorrhoeánál említett nálunk még nem igen használatos szerek. Sok felől dicsérik pl. a kalium hypermang. irrigatókat (1:2000); megkísérélhető naponta kétszer a kifordított szemhéjak lemosása is naphol-oldattal (1:2500), a 0.2% formaldehyd-oldatról meg éppen csodákat beszélnek.

Nézetem szerint megszívlelendő ajánlat az is, hogy makaes blepharitis ulcerosánál glicerín-sublimattal (1:30) masszáljunk, a beteg kezébe pedig adjunk ugyane szerből 1%-os készítményt.

De mindezeknél fontosabb az a sokszor ismétlődő tanács, hogy szemgyulladásoknál legyünk figyelemmel az orr betegségeire is és ne mulasszuk el azok gyógyítását. E tekintetben nálunk — azt hiszem — igen sokan vétkeznek. Fordítsunk több figyelmet a szemmel szomszédos üregekre.

Műtételi eljárásunkat is javíthatjuk — azt hiszem — némely irányban, ha Landolt tanácsán járunk. Könyve nem bocsátkozik ugyan az egyes műtételi módok leírásába, de becses útbaigazításokat ad az indicatiókat és választandó eljárásokat illetőleg.

Nagyon helyesnek tartom (s a magam szerény munkakörében gyakorlom is) azon utasítását, hogy a jégárpát mindig a conjunctiva felől metszük be, nyomjuk és kanalazzuk ki. Nagyon kevés azon esetek száma, melyekben a kötőhártya felől nehezen férhetünk a chalazionba. Ha pedig hozzáfértünk, az itt ajánlott módszer előnyei nagyon is szembeszökők: Kevesebb fájdalom (mert területünkhöz a cocaincseppek eljuthatnak, míg ha a bőr alá fecskendezünk cocaint, ez nagy mértékben akadékoskodó vizenyőt támaszt); a műtétel rövidebb tartama; varratok fölöslegessége; és végre a bizonyosság, hogy a legrosszabb esetben sem képződnek torzító forradások, mi a bőr felől végzett műtéteknél nagy ritkán mégis megeshetik.

Igen jó tanács (makaes blennorrh. sacci esetén) a könyvtömlő cürettezése is.

Nagyon megszívlelésre méltó a megokolás, melylyel nagyfokú insufficiencia internorum esetében a külső egyenes átmetszése helyett, egyik vagy mindkét belső egyenes előre varrását ajánlja:

„A külső egyenes kimetszése csak akkor van megengedve, ha az abductio igen erős. Ezzel a szem mindig többet veszít mozgási köréből az átmetszett izom irányában, mint a mennyit az ellenkező irányban nyer. Az előre varrás oldalán pedig a nyereség jóval nagyobb, a nélkül, hogy a másik oldalon valamit vesztenénk.“

Elég világos és elfogadható okoskodás!

Strabismus convergensnél is az előre varrás híve és csak a hatás fokozására fogadja el a belső egyenes tenotomiáját. Ez — abban az esetben is — kicsiny legyen s ne terjedjen ki a Tenon tokra.

Arany tanács! Sok szemész megbánta már, hogy a tulságos nagy ínmetszéstől nem tartózkodott.

Érdekes, hogy a le- és fölfelé hajló kancsalságnál is operál, mi nálunk — tudtommal — szintén nem, vagy ritkán történik. Módszere itt is első sorban az antagonista előre varrásában áll.

Mindent összefoglalva a Landolt és Gyax könyvéből (hogy már a társszerzőt is említsem) kezdőnek tanulnia bajos dolog s nem is ezélszerű. Mint említém, kézfogásokra nem tanít, ezenkívül nem magyaráz, nem mondja meg mit, miért tegyünk, csak rendel-

kezik. Így gondolkodó orvost nevelni nem lehet. De kész orvosnak, különösen gyakorlott szemésznek igen jó emlékeztetője, sőt néhány új dologban elfogadható tanítója is lehet. És így bátran beválhat szerzőknek azon reménye, hogy a kis könyv „a tagtársaknak, ha nem is könyvtárában, de legalább zsebében helyet nyerend“.

## II.

Ohlemann szemgyógyászata jóval terjedelmesebb. Csaknem ugyanannyi nagy nyolczadrét lapra, természetesen sokkal több fér, mint a kis francia könyvbe.

Az anyag tárgyalási módjából mindjárt felismerjük a német író. Sokkal alaposabban fog a dologhoz, módszere is tudományosabb mint a másiké. A könyvnek csaknem egyharmadát foglalja el az általános rész, melyben a szembajoknál használt eljárásokat és orvosszereket ismerteti és azok hatását magyarázza. Külön csoportot képeznek a mechanikus, egy másikat a hőhatások, azután egy fejezet a vegyileg ható szerekkel, másik a villamos-sággal, az ötödik végre az általános gyógymóddal foglalkozik.

Mondjuk ki mindjárt, hogy ez a könyvnek értékesebb része, mert bár — elég fölöslegesen — a szemészetben használt szereknek — úgyszólván — egész gyógyszeratanát adja (még arra is ráér, hogy a paraffin és vaselin előállítását s az atropin készítését megismertesse); de a fölösleges részek mellett megtaláljuk a lényegest is és az alkalmazott eljárások hatásának elég tiszta képét kapjuk.

A második rész azután sorba veszi az egyes betegségeket s igyekszik azok orvoslására megtanítani. De minden betegségnek előbb rövid jellemzését adja, a mi néha igen jól sikerül a szerzőnek. A mit pl. a kötőhártya hyperaemiája és hurutja közti választó vonalról mond: „Subjectiv érzések: nyomás, égetés, szúrás stb., különösen esteli világításnál, az első tünetek. Ha nincs váladék, tiszta hyperaemiával van dolgunk, ha nyálkás váladék csatlakozik hozzá, akkor a folyamat huruttá fokozódott.“

Ez rövid és határozott jellemzés. De nem mindenütt ilyen szerencsés az író a betegség tüneteinek leírásában, vagy lényegének felfogásában. Pl. a retinitis pigmentosáról azt írja, hogy a benne szenvedők centralis látása nem csökkent. Sokan hálát adnának a sorsnak, ha így volna! A papillitisről pedig, mit egy jelentésűnek vesz a neuritis optica intraocularissal és neuroretinitissal, azt állítja, hogy miután csak agybántalmakat követ, inkább csak diagnostikus értéke van. Nem is gyógyítja. Mi igen.

Leggyengébb oldala a könyvnek éppen a minek legerősebbnek kellene lennie, a miért tulajdonképen íródott: az egyes betegségek terapiája. Nagyon sok szépet összeír szerzőnk, csak hogy ez a sok szép mind a másé, csupa citatum. A könyv legjellemezőbb vonása az, hogy írójában hiányzik az önállóság. A 158 lapon keresztül alig halljuk egy párszor magát a szerzőt megnyilatkozni. Hanem e helyett megtaláljuk a világ majd minden tollforgató szemészének terapeutikus ajánlatait.

Ez magában még nem volna baj. Ki követelne minden írótól külön terapiát? Idézetekkel is kitünően lehet tanítani, ha éles szemü kritika válogatja össze és rendezi őket. De itt egyik szemész gyógyszerai a másik mellett, minden kritika nélkül. Sokszor éppen ellenmondó zürzavarban. A conjunctivitis phlyctenosa címénél pl. a következő tanácsokat találjuk egymásra halmozva: Sötét szoba (fénykerülésnél), hideg borogatás (ha hurut complicálja), ólomvíz, chlorvíz, lapis esetelés, s a bórsav borogatás schol. Isten irtalmazz az ily módon gyógyított szegény szemnek! Az ilyen chaos azonban kikerülhetetlen, ha a szerzőket válogatás nélkül egymásra halmozzuk. De az ilyenből azután a kezdő nem is tanul vagy rosszat tanul.

Ellenmondást többet is találunk: A jéggel takarékosan bánik és elhagyatja, ha a cornea részt kezd venni a gyuladásban. (Félek, hogy már későn!) Másutt a blennorrhoeás szemet még fekély esetén is tovább jegezteti. (Szinte jól esik Burchardt eljárásáról is olvasnunk könyvében, ki még a blennorrhoeánál is teljesen elveti a jeget.) S a ki egy helyt elég takarékos volt a jéggel, más helyt a conjunctivitis, sőt keratitis phlyctenosa is hideggel borogattatja (!)

Éppen így kiméli a vért magát csak a blennorrhoeánál, de ajánlja a retinitis pigmentosánál, retinitiseknél, üvegest homályoknál stb.



Kereshetnénk még kifogásolni valót eleget. Talán megkérdehetnők, hogy atropinmérgezésnél mért fél olyan nagyon a pilocarpintól (2 centigrammig mer emelkedni, míg Landolt — talán egy kis túlzással — a 60 cm.-ot mondja határnak); tehetnénk talán kifogást az ellen is, hogy a csipős szerek esteli használatát előítéletnek mondja: de ez apró és más nagyobb kifogásokat mellőzve keressünk inkább eltanulni valót könyvünkben; mert a sok felhasznált forrás kétségtelenül sok jót is rejt magában. Ezek nagy része természetesen mindnyájunk előtt ismeretes, mégis akadunk egy pár — nálunk kevésbé használt — eljárásra.

Igen jó s követendő ajánlat pl. mindjárt, hogy cornea-fekélyeknél cseppentsünk fluorescint vagy aesorcint a szembe. Amaz zöldre, ez pirosra festi mindazt, a mi kóros, egészen az épnek határáig. Igen nagy hasznát vehetjük e színezésnek, különösen ha villamos égetővel vagy éles kanállal akarjuk megtámadni s egészen az ép szövetig elroncsolni a káros részeket.

Jól tesszük, ha figyelmünkre méltatjuk a könyv egy másik állítását, hogy t. i. a nyálkás váladék is ragályos. Idevágó tapasztalata talán minden szemésznek van. Helyén levő tehát ily esetekben is a gondos prophylaxis.

Az ily gyógyszerek közül itt is szembetünik a formaldehyd, mely — állítólag — 4 nap alatt erős blennorrhoeás genyedést is képes megszüntetni, enucleatio után alkalmazva pedig éppen minden váladékképződésnek útját állja.

Egyik autor szerint a formol is hatalmas orvosság volna. 1%-os oldata megakasztotta a hályogműtét után mutatkozó végzetes „sebváladékot.“ Ha van is e dicséretben túlzás, nem fog ártani, ha e szerekkel kísérleteket teszünk.

Azt sem fölösleges felemlíteni, hogy szerzőnk narcosishoz az aethert ajánlja és dicséri. Ha az elég gyakori chloroform-halálra gondolunk, hajlandók vagyunk tanácsát követni, ha annyira nem megyünk is, hogy — mint ő — blepharospasmusnál is narcotizáljunk, hogy a cornea jobban megnézhető s gyógyítható legyen.

Érdekes dolog a saját szempontunkból még az is, hogy a trachomaellenes eljárásokat országok szerint végig tárgyalva, hazánkból Klein ezredorvos chrómjegezeit és Ottava spatuláját említi fel. Hazánk fiai közül csak még Goldzieher talál a könyvben helyet natrium sozodol. kenőcsével.

Felemlítésre méltónak találok az iridectomia és punctiók ajánlatát is, sokáig izgatott állapotban levő keratitis parenchymatosánál.

Mindnyájunkat érdekelhet a sublimat kötőhártya alá fecskendezéséről szóló hosszabb fejezet is, melyben igen sok szerző tapasztalatait állítja egymás mellé. Az a benyomásunk támad belőlük, hogy a nagy reményekkel fogadott s többfelől elég nagy zajjal magasztalt új eljárással nem sokat gazdagodott szemézi gyógyszer-tárunk. Ismét egy korán elmúlt, sokat ígérő csemete, egy új eltemetett remény!

Ha végre még felemlítem, hogy a fénytörés rendelleneségeinek orvoslását a könyvben hiába keressük, eljutottam a conclusióhoz, mely szerint az elől említett tudományos módszer még nem elég arra, hogy jó könyvet írjunk. Ehhez — különösen ha therapiáról van szó — hosszas gyakorlat által megedzett erős ítélet is szükséges. Igaz, hogy a mi ferde vagy helytelen a könyvben található, az nem Ohlemann büne. Az ő hibája csak az, hogy nagyon sokat összehalmozott s a nagy anyagot elfelejtette kellőképp megrostálni.

Igy a mint van, a könyv címéből okvetlenül törlendőnek tartom, hogy „für Studirende“. Mi többiek pedig — minden kifogásunk mellett is — nagy köszönettel tartozunk a szerzőnek, hogy egy rakásra hordta azt a tekintélyes anyagot, melyért köteteket kellene fölhányunk, hogy külön-külön felkeressük.

Budapest, 1896. április 11.

Juhász Lajos.

## IRODALMI SZEMLE.

A Röntgen-sugarak mint Van Duyse kísérletei mutatják, a szemészeten is értékesíthetők a szem mellső részébe bejutott idegen testek felkeresésénél. V. D. kísérleteit házi nyulakon végezte. A szem mellső részébe egy kis seben át ólomsörétet

vagy más fémdarabkát csúsztatott be, azután a szemet kissé protrudálva alája helyezte a fényérzékeny lemezt, míg az X-sugarak felülről estek a szemre; 10—15 perc múlva megjelent a lemezen az idegen test árnyképe. Emberi szemnél a photographikus lemezt a belső szemzúgnál kellene elhelyezni s a sugarakat a halánték felől bocsátani a szemre. A lefényképezhető rész nagysága természetesen a szemzúgok mélységétől és a szemteke kidülledésétől fog függni. V. D. szerint meg lehetne kísérteni a szemteket az által protrudálni, hogy 0.6%-os konyhasó oldatot fecskendezünk a Tenon-tokba; ily módon a szemnek nagyobb segmentuma esnék a sugarak útjába s szerintem ezen eljárás veszélyes nem járhat. Egyszerűbb az eljárás *Salvioni cryptoscopjával*. Ezen készülék egy 8 cm. hosszú karton-cső, a melynek egyik végét egy calciumsulfattal praeparált gelatinlemez zárja el, másik végén egy üveglencse van. A csőnek lemezes végét a vizsgált tárgyra illesztjük, míg a Röntgen sugarak a tárgyra a tulsó oldalról jutnak; a csőnek lencsével ellátott végén benézve az erősen phosphoreskáló gelatinlemezen meglátjuk a tárgynak, illetve a benne lévő és az X-sugarakat át nem bocsátó részek árnyképét. V. D. szerint ezen készüléknek a szemészeten jövője lesz. (Archives d'Ophthalmologie 1896. 2.) *Scholtz Kornél dr.*

A szemtekének és orbitának kisebb fajta ólomsöréttel történt sérüléseinek követendő eljárásokat tárgyalja Yvert. Ily sérüléseknél 3 dologra kell figyelemmel lennie az orvosnak: a helybeli lobos tünetekre, a látás állapotára és az ép szem esetleg mutatkozó sympathikus jelenségekre. Y. a következő eshetőségeket állítja fel: Ha a sörét valószínűleg behatolt a szembe, de ott meg nem látható és ha a látás részben megtartott, várakozó állápontra helyezkedjünk; jeges borogatások, atropin czélszerűek. Ha a sörét a szemben szemtükörrel meglátható, akár van lobos tünet, akár nincs, meg kell kísérteni annak eltávolítását tekintet nélkül arra, hogy a látás türethető-e vagy teljesen elveszett. Ha a sörétet a szemben meglátni nem lehet, de ha a nagyfokú gyuladással tünetek valószínűvé teszik annak bentlétét és ha a látás is erősen megromlott, kísérletet kell tenni az eltávolításra még akkor is, ha sikerre nem nagy a kilátás. Ha sympathikus gyuladás tünetei mutatkoznak az ép szemben, azonnali enucleatio indítható; ez esetben az idegen test után való kutatás veszedelmes dolog. Ha az enucleatio után kitűnik, hogy a sörét a szemteken áthatott s az orbitában fészkelve lobot idéz elő, a sebészet szabályai szerint távolítsuk el; ha pedig sympathikus gyuladás jelentkezik az ép szemben, az exenteratiohoz kell folyamodni.

A szemtekében levő sörét eltávolítására Y. sclerotomiát végez, még pedig, ha a sörét helye szemtükörrel meghatározható, a megfelelő helyen egy meridionalis irányú sebet ejt a sclerán s azon át a Terson-féle kanalas csipővel benyulva kiemeli a sörétet. Ha a közegek zavarossága miatt a szembe belátni nem lehet, a bemetszést a szem alsó részén ejti a sugártest szomszédságában, arra a valószínűségre támaszkodva, hogy a súlyos ólomidarab a szemteke legmélyebben fekvő részébe sülyedt. (Recueil d'Ophthalm. 1896. 2. sz.)

A könycsatornának az orrcsontok exostosisai folytán keletkezett szűkületeit *Galezowski* forcírozott sondázással gyógyítja. G. többször észlelte ezen bajt scrophulotikus és syphilitikus egyénekben, a kik régebben hosszú ideig tartó mirigy- és csontbántalmakban szenvedtek s a kiknél állapotuk javultával könycsorgás jelentkezett. A könycsatorna nyákhártyája teljesen ép volt, de a megvastagodott csont a csatornát még a legvékonyabb sondák számára is átjárhatlanná tette. G. ilyen esetekben igen vastag, konikus végű kutatókat vezetett be a szűkületig és ismételt lassú, de erélyes nyomással visszafejlesztette a túltengéseket. 5 esete közül 3-ban teljes gyógyulást, 2-ben jelentékeny javulást ért el. *Vignes* inkább vékony kutatókkal kíséri meg a tágítást; ha ez sikerre nem vezetne, ajánlja a könycsatornának kívülről való megnyitását trepánnal s az exostosis-nak sebészi úton való eltávolítását. (Párisi szemészeti egyesület 1896. február 4-diki ülés.)

A könycsorgás (epiphora) igen gyakori oka *Woodward* szerint a megnagyobbodott caruncula, a mely az alsó könnyűcsövecskére nyomást gyakorolva gátolja a könnyek szabad lefolyását; eltávolítva az alsó könnyűcsövecske hátsó részét a carun-



culával együtt, sikerült a könyecsorgást megszüntetnie. *Sulzer* nem tartja valószínűnek, hogy az ellentálló falú könyesövecsét a *caruncula* képes lenne összenyomni, legfeljebb némely dacryocystitis után, ha a duzzanat nagyobb fokú. Szerinte a könyesorgás oka ilyenkor az, hogy a *caruncula* megnagyobbodása folytán a könyepontok a szemtekétől eltávolodnak s nem merülnek a könytócsába, éppen úgy mint az *facialis* hűdésnél szokott történni, a mikor a szemhéjak nem simulnak rá a szemtekére. S. elegendőnek tartja a *carunculát* gyengén cauterizálni. (*Annales d'Oculistique* 1896. 2. sz.)

**Új eszközök.** *Terson* a *blepharostatnak* egy módosítását ajánlja. A csipő olyan alakú mint a *Desmarres-féle*, azzal a különbséggel, hogy a szorító gyűrűnek a nyéllel szemben fekvő része hiányzik. Ezen átalakításnak az a czélja, hogy a felső szemhéjnak a szemöldök felé eső részén szabad teret engedjen a műtőnek, a mire pl. a *Joesehe-Arlt-* vagy a *Panas-féle entropium* műténél nagy szükség van. A vér elzárása e mellett tökéletes, mert a csipő a szemzúgok felől jövő edényeket teljesen leszorítja.

A másik eszköz ugyancsak *Terson* találmánya s arra szolgál, hogy enucleationál a szemtekét a látóideg átvágása előtt kihúzzuk s egyúttal a sclerát is megvédjük az esetleges bemetszéstől. Az eszköz egy görbült nyelű horgas végű kanál, a melynek csúcsán félkör alakú kivágás van a látóideg számára. *T.* szerint ennek alkalmazása különösen akkor ajánlatos, ha a látóideget valamely okból pl. álképlet miatt a rendesnél hátrább akarjuk lemetszeni. (*Annales d'Oculistique* 1896. 2. sz.)

**Chininmérgezés és váltóláz okozta amaurosisról** ír *Demi-cheri*. Nyilvánvaló, hogy a kettő közötti differentialis diagnózis fontos a gyakorló orvosra nézve: az egyiknél a chinin adagolását restringálni kell, a másiknak ellenszere a chinin; a kettőnek összetévesztésére pedig gyakori az alkalom. *Poncet* vizsgálatai kimutatták, hogy a váltóláz mellett fellépő látás zavarok lehetnek mulók vagy állandók, kísérhetik a lázrohamokat, vagy helyettesíthetik azokat. Azonban minden esetben találunk a szemben bonczani elváltozásokat, neuritis optica, chorioretinitis vagy retinalis vérzések alakjában. Ezzel szemben a chininmérgezés okozta vakságnál a retina teljesen ép, a papilla élénk fehér színű, az erek (úgy az arteriák, mint a vénák) néha a felismerhetetlenségig szűkültek; itt tehát az egyetlen elváltozás az edények göresös szűkülete. A chinin adagjai, a melyek következtében amaurosis lépett fel, egy nap alatt bevett 5 gr. és 3 nap alatt bevett 78 gr. között változtak. A bajnak oka tehát a retina vérszegénységében rejlik s ezért prognosisa többé-kevésbé kedvező: könnyebb esetekben a gyógyulás tökéletes lehet, súlyosabbakban a látótér szűk marad, de valami látás még oly esetekben is visszatér, a melyeknél fényérzés sem volt; teljes megvakulásról nincs említés. Gyógykezelésül mozgás, hidegvíz kúra ajánlatosak, azonkívül periorbitalis strychnin befecskendések és amyl-nitrit belégzések használhatók. (*Annales d'Oculistique* 1896. 1. sz.)

**Di Cerillo** az *Amblyopia toxica* egy eddigéig ismeretlen alakját közli, a mely stramonium levelekből készült szivarkák szivásából származott. Az illető beteg 4 évig használta ezen szert asthmaticus rohamai ellen. Az amblyopia, a mely neuritis retrobulbaris tünetei mellett lépett fel s a melynek magyarázatára semmi más támpont nem volt, a stramonium elhagyása után azonnal javult s 2 hó alatt a rendes látóélesség visszatért. (*Revue d'Ophth.* 1895. 7. sz.)

**Vérhányás után fellépő vakságnak** az irodalomban közölt 60 esetét tárgyalja *Pergens*, ki maga is kettőt észlelt. A baj úgylátszik azonos az egyéb vérvesztések okozta amblyopiákkal s általában igen kedvezőtlen kimenetelű. 96 szem közül 45 teljesen megvakult s csak 8 gyógyult meg. A vakság a vérhányás után közvetlenül kezdetét veheti, de felléphet még 3 hét múlva is s többnyire mindkét szemben. A szemfenék atrophia nervi optici képét mutatja szűkülte erekkel; egyes esetekben talán papillitis előzte meg az atrophiat. (*Annales d'Ocul.* 1896. 1. sz.)

**A myopiának centralis hályogok és leukomákkal való összefüggéséről** ír *Roure*. A kezdődő öregkori hályogok mellett fellépő myopiát régen ismerik s a lencse fénytörőképességének emelkedéséből magyarázzák. E magyarázat azonban nem érinti azon tényt, hogy állandó központi fekvésű homályoknál, legyenek azok a corneán vagy a lencsében, a szemek egy jó része myopiás.

*R.* szerint ily szemek pupillája többnyire tág, különösen cataracta zonularisnál. Rendes tágságú pupillánál a szembe jutó és ott megtört sugarak longitudinalis aberratioja nem jön számba, mert csak a középső sugarak jutnak be és töretnek meg. Tág pupillánál a középső sugarak a retinán egyesülnek (E szemnél), a peripherikus sugarak még a retina előtt térnek össze. Ha már most valamely központi homály a középső sugarakat felfogja, úgy hogy a szembe csak a pupilla széli részein jutnak be a fénysugarak, ezek a retina előtt egyesülvén, ugyanazon a viszony áll be, mint a myopiás szemeknél, t. i., a szemek concav üvegre lesz szüksége, hogy lehetőleg éles képet nyerjen. A myopia tehát csak látszólagos. *R.* feltevését számításokkal, észleletekkel s egy kísérletével igazolja: egy hypermetrop (1'0 D.) szem corneájának közepére a szemrés széttárása mellett vaselin darabkát helyezett. A látás leszállott a rendesnek  $\frac{1}{5}$ -ére s egy 3'0 D.-ás concav üveggel ismét felemelkedett a rendesnek  $\frac{3}{5}$ -ére. (*Annales d'Oculistique* 1895. II. 6. sz.)

*Scholtz Kornél* dr.

**A sympathikus szemgyulladásról** értekezik dr. *Bach Lajos*. Állatokon végzett kísérleteinél az üvegtestbe s magába a látóidegbe oltott staphylococcusok és pneumococcusok tiszta és gyengített kulturáival, valamint a tuberculosis bacillussal sem sikerült soha a másik szemben közlődő gyuladást előidéznie. Viszont a már kitört vagy csak fenyegető sympathikus gyulladás miatt enucleált szemek és látóidegcsontok bacteriologikus vizsgálata is negatív eredményre vezetett.

Ez tehát nem felel meg a *Deutschmann-féle* elméletnek, mely szerint a látóideg és hüvelyei mentén terjedne át egyik szemről a másikra a gyuladást megindító ok (bacterium); de egyenesen ellentmond e nézetnek az a körülmény, hogy a nervus optikus resectioja után is fejlődhetik sympathikus gyulladás. Az ophthalmia migratoria védői ezzel szemben ugyan állítják, hogy a resectált látóideg csonkjai kötőszövet útján oly módon egyesülnek, hogy a suprachorioidealis és subduralis ír között a közlekedés ismét helyreáll, mit azonban szerző kísérletei alkalmával beigazoltak nem talált.

Hogy miért nem fejlődik rendszerint panophthalmitisnél, hol pedig a fertőző csírok tovavándorlására legbővebb az alkalom, sympathikus gyulladás, azt *Deutschmann* úgy magyarázza, hogy egyrészt a tömeges genyedés okozta feszülés a nyirok áramlását akadályozza, másrészt pedig a rostonya csapadékok mechanice állják útját a microorganismusoknak a látóidegbe való bejutásban: de hiszen a szemteke burkainak perforatioja, mely után leginkább keletkezik panophthalmitis, leszállítja a feszülést s az is tudvalevő, miszerint fibrinhártyákban microorganismusok feltalálhatók, jelétül annak, hogy ezek akadályul nem szolgálnak a bacterium terjedésében.

Az alvasztó hatás, melyet a legtöbb microorganismus távolhatásában a nyirokra kifejt s ily módon annak áramlását megakasztja, szintén nem a bacterium vándorlásának előmozdítására szolgál; de tegyük fel, hogy a fertőzés vivője már a chiasmáig jutott el, úgy miként értelmezzük azt, hogy az infectio iránt oly érzékeny lágy agyburok gyuladással nem felel! Talán kizárólag a szemre ható bacterium fajt tételezzünk fel, melyet a jelenleg ismert festési és tenyésztési módjainkkal eddig kimutatni nem sikerült? S ha a sympathikus gyulladás csak évek múlva jelentkezik az első szem megbetegedése után, mely azóta békében volt, miért fejti ki hatását a bacterium csak ennyi idő múlva?

Nagyban kérdésessé teszi e neuritis migrans létezését az a tény is, melyet *Deutschmann* maga említ, hogy t. i. a bacteriologic positív vizsgálati eredményt adott esetek jelentékeny részében az állat általános infectióban pusztult el; míg más oldalról több esetet észleltek, melyben a halálos sepsis daczára sem lehetett a másik szem látóidegében vagy hüvelyében pathogen csírát találni.

Szerző tehát nem tagadja el azon felvételt, mely szerint a sympathikus gyuladást a látóideg hüvelyé mentén egyik szemből a másikba haladó microorganismusok indítják meg.

Kísérletek útján tapasztalta, hogy a cornea vagy az iris fájdalmat okozó izgatása után a másik szem is izgalom lépett fel; a görcsű a csarnokvízben jelenlevő, valamint a corpus ciliare s a retina edényeiből kilépett fibrin mutatott; e jelenséget egy kezdődő gyulladás tünetének tartja. Az izgatás történhetik bacte-



riumokkal, chemiai vagy egyéb ingerekkel, a sympathizáló szem izgalma arányban lesz az alkalmazott inger erősségével és tartamával. A gyulladás kifejlődésére nézve az egyéni ellenállási képesség is számít tesz, valamint befolyással vannak a sympathizáló szem esetleg már jelenlevő szöveti eltérései, nevezetesen az edényfalak állapota minden, a mi ez utóbbira befolyással lehet (fertőző betegségek).

Felfogása tehát az, hogy a sympathikus gyulladás neurotikus alapon fejlődik. Az egyik szem izgalmi állapotát a másikkal a ciliaris idegek közlik és pedig directe a circulus arter. Willisii edényágai útján, indirecte a nyultagy irradiatiója által. (Arch. für Ophthalm. XLII. B.)

Leitner Vilmos dr.

**Kísérleti kutatások a kötőhártya alá fecskendezett konyhasó-oldatnak felszívó hatásáról az elülső csarnok és üvegtestből:** Mellinger m. tanártól.

Kísérleti tárgyul tengeri nyulakat használt, melyeknek elülső csarnokába és üvegtestébe kellő asepsis mellett tusche-oldatot, defibrinált vért vagy zinóbert fecskendezett be Pravaz-fecskendővel vagy pedig, hogy a befecskendezett anyag egyenlő mennyiségű legyen, Beck-féle mikrosyring-gel.

Első sorban kereste, hogy a szemtekei kötőhártya alá fecskendezett konyhasó oldat miként befolyásolja az elülső csarnokba fecskendezett tusche felszívódását? Ha egy tengeri nyul mindkét szemének elülső csarnokába egyenlő mennyiségű tusche-oldatot fecskendezett be, akkor, a csekély izgalomtól eltekintve, feltűnő elváltozást a szemeken nem látott és a tusche-oldat is az első napokban változatlan maradt. De ha a jobb szem bulbaris kötőhártyája alá 0.75, 2, 4 vagy 10%-os konyhasó oldatból  $\frac{1}{2}$  Pravaz-fecskendővel befecskendez, akkor már 6 injectio után e szemnek csarnokából a tusche jelentékenyen felszívódott és csak annak alján volt kis maradvány; míg a bal szem majdnem változatlan volt és csak 3—4 hét alatt érte el a felszívódás ama fokát, melyet a jobb szem 5 nap alatt.

Annak a bizonyítására, hogy az üvegtestben levő idegen anyagok miként viselkednek a konyhasós befecskendezésekre, úgy járt el, hogy tengerinyulak szemének üvegtestébe egyenlő mennyiségű (6 csepp) tusche-t fecskendezett be, a szemtekei kötőhártya alá pedig fenti töménységű konyhasó-oldatból 1 Pravaz-fecskendővel. És azt tapasztalta, hogy azon a szemén, melybe 21-szer befecskendezett, ott az üvegtestben a szüresatorna után visszamaradó sávon kívül egyéb homályt vagy tusche-t nem látott, a másik ellenben tusche-sal volt tele. 7 hónapi észlelés után is előbbi szemét épnek találta, utóbbi pedig zsugorodott és hályog fejlődött rajta.

Előbbi esetben 8-szor, utóbbiban 6-szor mindig hasonló eredménnyel végezte kísérleteit és tapasztalta, hogy minél töményebb (4 vagy 10%) konyhasó-oldatot használt, annál gyorsabb volt a felszívódás. Heges kötőhártya elváltozást még 45 befecskendezés után sem látott. Ezek után a felszívódásról értekeznek még és végül a következőkben összefoglalva adja kísérleteinek eredményét:

1. Az elülső csarnokba fecskendezett tusche-oldatok a kötőhártya alá fecskendezett konyhasó-oldatra 3—5-ször olyan gyorsan szívódnak fel, mint mikor magukra hagyatnak.

2. Az üvegtestbe fecskendezett tusche-oldatok a kötőhártya alá fecskendezett konyhasó-oldatra gyorsabban szívódnak fel, mintha magukra hagyatnak. De 3—4-szer annyi befecskendezés kell ugyanazon eredmény elérésére, mint az elülső csarnokban.

3. Az elülső csarnokban 2%-os konyhasó-oldat is elégséges gyorsabb felszívódás elérésére, míg az üvegtestben, hogy látható hatást érzünk el, legalább is 4%-os oldatot kell használni. (Archiv für Augenheilk. XXXII. 2. Heft.)

Schwarz Ernő dr.

Dr. Zirm E. (Wien. klin. Wochenschr. 1895. 44. N.) a *hypopyon keratitis* kezelésére a conjunctiváknak 1—2%-os lapis oldattal való ecsetelését ajánlja, hogy a septikus folyamat a corneán ne terjedjen, valamint a microorganismusok szaporodása a kötőhártyaszákban meggátoltassék. E mellett atropint is használ. Czermak (Wien. klin. Wochenschr. 1895. 46. N.) megjegyzi, hogy hasonló czélból Grut H. már 1883-ban hozta javaslatba az argent. nitricumot, csak hogy ő magát a corneális fekélyt ecsetelte. Különben a conjunctivák ecsetelésénél sem kerülhető el, hogy az oldat a szaruhártyával érintkezésbe ne jusson, más-

részt azt hiszi, hogy az esetek egy részében Z. is nélkülözhetetlennek fogja találni a sebészi kezelést. (Centralbl. f. Augenhk. 1896. III.)

Leitner Vilmos dr.

### Károly Tivadar dr. bajor kir. herczeg ő fensége.

A budapesti tudomány-egyetem orvosi kara az egyetem május 13-diki ünnepén *Károly Tivadar dr.* bajor kir. herczeg ő fenségét, Erzsébet királyné ő Felsége édes testvérét, a szemorvoslás tudományának buzgó és hivatott művelőjét, a szegény világtalanok hatalmas pártfogóját, a kiváló szemoperateur: díszdoctorrá avatta.

Az orvosi kar ezen határozata minden magyar ember, a tudomány minden művelője s minden orvos szívében igaz örömet kelt. Felséges királynénk, a legelső magyar asszony iránt érzett végtelen tiszteletünk, rajongó szeretetünk és mély hálánk, az egész Wittelsbach fejedelmi házat rokonszenvenessé teszi nekünk.

Azon exact tudományos működés folytán, melyet Károly Tivadar herczeg évek óta kifejt, már rég óta kiérdemelte a tudós nevét.

Mint orvos pedig Münchenben, Tegernseeben és Meranban fáradhatatlan buzgalommal, odaadó szeretettel és igazi művészettel operálja és kezeli a hozzá sereglő szembetegeket.

Mint szemorvos mintaképül szolgálhat mindannyiunknak.

A tudományt mint önzelt művelő, áldásos működésénél nagy körre terjeszti ki, betegeit családja tagjainak tekinti.

Nem műkedvelő ő, hanem igazi *művész*, nem tudakos, hanem *tudós*, nem alamizsna-osztó, hanem igazi *jót tevő!*

Mint magyarok, mint a tudomány szerény munkásai, mint orvosok egyaránt tiszteletünk, rokonszenvünk és szeretetünk egész melegével köszöntjük a fenséges kollegát.

\*\*\*

Károly Tivadar bajor herczeg született Possenhofenben 1839. augusztus 9 dikén. 1872-ben a müncheni egyetem 400-ik évfordulóján doctorrá promoveálták. 1873-ben az orvosi gyakorlatra jogosító államvizsgálatot kitüntetéssel letette. Első felesége Zsófia szász herczegnő volt, már 1876-ban meghalt. Második felesége (1884. óta) Mária Jozéfa braganzai herczegnő, ki a szemoperálások alkalmával a legnagyobb lelkiismeretességgel és ügyességgel segítkezik.

#### Nevezetesebb irodalmi dolgozatai:

Untersuchungen über die Anhäufungen weisser Blutkörper in der Hirnrinde. Virchow's Archiv LXIX. — Ueber den Einfluss der Temperatur der umgebenden Luft auf die Kohlensäure-Ausscheidung und die Sauerstoff-Aufnahme bei einer Katze. Zeitschrift für Biologie. XIV. — Beiträge zur Anatomie und Pathologie des Glaskörpers. Archiv für Ophthalmologie. XXV. — Zur Kenntniss der im Auge des Menschen vorkommenden Bacillen. — Ueber einige Befunde bei Myopie. — Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie des Auges bei Nierenleiden. Wiesbaden, Bergmann 1876. — Humanitarius működéséről jó képet nyertünk: Dr. Heinrich Zenker, Tausend Staaroperationen. Bericht aus der augenärztlichen Praxis Sr. königl. Hoheit des Herrn Herzogs Dr. Karl in Bayern. Wiesbaden, Bergmann 1895 ezimű munkából.

### VEGYESEK.

**Dr. Löcherer Tamás** 30 oldalas füzetben számol be a Rimaszombaton vezetése alatt álló gömörmezei kórház 1895-dik évi működéséről. A betegek összes száma 1175 volt, a járó betegeké 986. A *szemészeti* esetek száma 101. A nagyobb operálások összes száma 119, ezek között 29 szemoperálás. A szürke hályogot Schulek tanár methodusa szerint operálja. Vesztesége nem volt. Löcherer Tamás mint Schulek Vilmos tanár tanítványa az egyetemi szemklinikán volt gyakornok. Működésén s az erről készített gondos kimutatásán jól látszik a klinikai képzés.

**Inouye, a japán szemészek legkiválóbbja**, ki éveken át Európában tanult 48 éves korában lóról való leesés következtében meghalt.

**Új könyvek:**

Dr. Karl Baas. Das Gesichtsfeld. Stuttgart, Ferdinand Enke. 1896. Heim. Die Blennorrhoea neonatorum und deren Verhütung in der Schweiz. Bern. 1896.

Vignes. Technique de l'exploration oculaire. Maloine Paris. 1896. Magnus. Die antiken Büsten des Homer. Breslau. Kern's Verlag. 1896.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Purjesz Zsigmond tanár belgyógyászati klinikájáról Kolozsvártt.

Adatok a quartana parasita fajlagosságának kérdéséhez.<sup>1</sup>

Irták: Jancsó Miklós dr. és Rosenberger Mór dr. tanársegédek.

Maig is vita tárgyát képezi azon körülmény, hogy a mal. parasita egyes fajai és a lázmenet typusa közt van-e szorosabb összefüggés, mint azt Golgi s utána számos más bűvár állítja.

Azoknak, kik a szoros összefüggést a parasiták egyes fajai és a hőmenet között kétségbe vonják, egyik és pedig legnyomósabb érve az, hogy ugyanazon fajú parasita igen különböző hőmenet mellett található a betegek vérében.

Eme kivételes esetek magyarázatát Golgi abban látja, hogy egy beteg vérében több generációjára lehet jelen ugyanazon, vagy különböző fajú m. parasitáknak, s az egymástól függetlenül fejlődő és oszló generációk igen különböző és a parasita fajnak meg nem felelő hőmenetet hozhatnak létre.

Ez a magyarázat sokak előtt igen szövevényessé tette a dolgot s vagy egészen kétségbe vonják, hogy a m. parasita egyes fajai és a hőmenet között szorosabb összefüggés volna, vagy a szervezet oly gyakran emlegetett ellenállási képességében, a parasitáknak gyorsabb vagy lassabb fejlődésében vélik, hogy rejlik az ok.

Érdemesnek tartjuk a közlésre e 7 malariás esetünket, a melyek mindegyikénél az egymástól igen eltérő hőmenet mellett quartana parasiták voltak találhatóak a betegek vérében és a mely esetek igen szépen mutatják, hogy csakugyan

ugyanazon fajú pl. jelen esetben a quartana parasita több és számra különböző erősségű generációban mily különböző hőmenetet hozhat létre. Másfelől ez esetek Golgi elméletét igen feltűnően látszanak bizonyítani, mert míg egyrészt feltűntetik a szoros összefüggést a vérben élő parasita generációk életfolyamatai és a hőmenet között, másrészt az egyes kóreseteket egymásután állítva mintegy elénk tárul, hogy miként fejlődik egy quartana parasita generációból, egyben tipikus febr. intermitt. quartana hőmenettel, két s végre három generatio, egyben febr. intermitt. quartan. duplex, végre triplex hőmenettel.

Mielőtt az egyes eseteket leírnók, megjegyezzük, hogy mindezen esetekben kizárólag oly m. parasiták voltak a betegek vérében, melyek mindazon sajátságokat mutatták, a melyeket Golgi a quartana parasitára nézve typicusoknak mond; és másfelől azt, hogy a parasiták számára vonatkozó kitételek mindig 1 fedlemeznyi vérré vonatkoznak.

Eseteink a következők:

I. Puskás Sándor

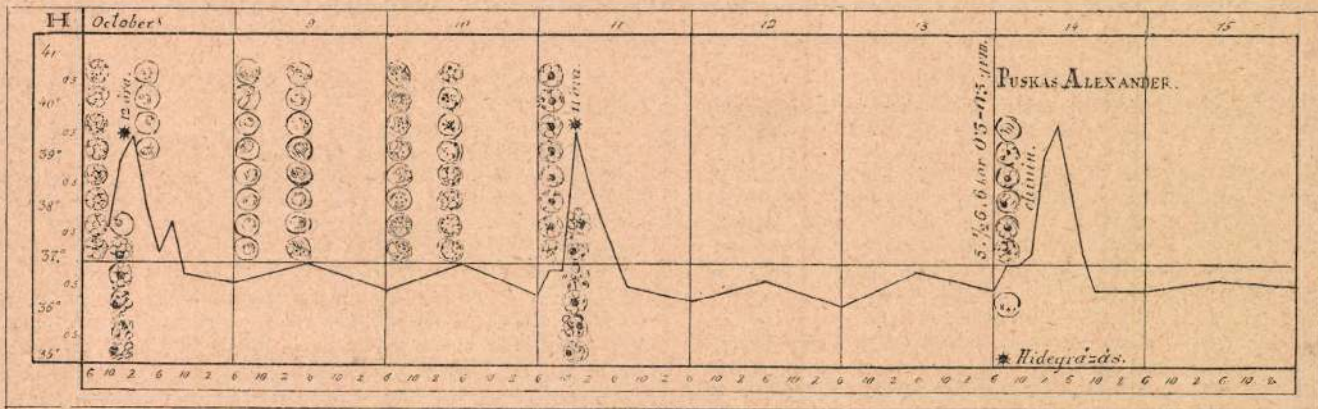
24 éves napszámos. Megelőző két év nyarán 3—3 hétig tartó negyednapos hideglelésben szenvedett. Jelenleg mintegy két hete minden negyedik napon délben kirázza a hideg, majd forrósága lesz s izzad. A közben eső napokon jól van.

Bőrszíne szennyes, halvány. Lépe 4 ujra tapintható a bordaív alatt, mellfelé a bimbóvonalig nyúlik.

Két rohamát észleltük. Első alkalommal, október 8-dikán a hideg 12 órakor rázta ki, hőmérséke 39.5° C-ra szökött fel, egy óráig tartó hidegrázás után forrósága lett, majd izzadott; délután négy óra felé azonban már jobban érezte magát, s hőmérséke esti 10 órakor már 37.0° C. alá szállott.

Második alkalommal október 11-dikén a roham anteponált s már 11 órakor jelentkezett, midőn hője 39.6° C-ra emelkedett, d. u. 8 órára pedig már 37.0° alá szállott.

Rohamközti napokon a 2 órás hőmérések hőemelkedést nem mutattak.



Vérvizsgálatok.

Október 8. Roham napján.

D. e. 9 órakor hőmérsék 37.0° C. A vérben általában kevés quartana parasita van.

A parasiták egészen kitöltik a véresejteket, pigmentjük közepén küllös csomót képez s a parasita áttünő állományát 6—10 részre osztja fel. E részekben mag és magocska már kivehető.

A hidegrázás 12 órakor kezdődik. D. u. 1/2 órakor fázási szak

végén hőmérsék 39.5° C. Délelőttinél kevesebb számban vannak a vérben széthulló parasiták. Nehány egészen fiatal, pigment nélküli, épen megtelepült parasita látszik véresejteken tapadva. Oldalvilágításnál látszik, hogy még a véresejteken fennülnek.

D. u. 5 órakor izzadási szak legvégén hőmérsék 37.8° C. Előbbinél nagyobb számú, alig mozgó, megtelepült parasita, pigmentjük nincs. Oszló parasitákat nem találtunk.

Október 9. Roham utáni első napon.

D. e. 9 órakor. A véresejteken 1/5-üket elfoglaló, gümbölyű parasiták, apró pigmentet tartalmaznak, nucleolusok már csak halványan festődnek.

<sup>1</sup> Előadatott az Erd. Múzeum-Egylet Orvos-Természettudományi szakosztályának 1896. márczius hó 6-dikán tartott ülésén.



D. u. 5 órákor. A véresejték  $\frac{1}{4}$ -ét elfoglaló parasiták láthatók, sulyomalakúak, pigmentjük már több van, magocskájuk alig festődik.

Október 10. Roham utáni második napon.

D. e. 9 órákor. A véresejték  $\frac{3}{4}$ -ét kitöltik a parasiták, csipkés szélük van, magjuk még látható, durva.

D. u.  $\frac{1}{26}$  órákor. A parasiták majd egészen kitöltik a véresejtéket, pigmentjük már kezd sorokba rendeződni, mag eltűnt, a plasma nem festődik egyenletesen.

Október 11. Roham napján.

D. e. 10 órákor hőmérsék még  $36^{\circ}9'$  C. A véresejtéket egészen kitöltő oszló parasiták vannak a vérben. Pigmentjük már egy csomóban középre van gyűltve s a szabadon maradt korongot sugaras kiállók osztják 6–10 részre, mindenik ily részletben mag látszik. Széthullott alakok még nincsenek.

A hidegrázás anteponált s 11 órákor jött.

D. e. 11 órákor — hidegrázás kezdetén — hőmérsék  $39^{\circ}6'$  C. A parasiták sporulatiója már be van fejeződve, sok már széthull.

Következő két napon hőemelkedése nem volt. Vervizsgálatokat e 2 napon nem végeztünk.

Október 14-ikén, következő roham napján reggel 5,  $\frac{1}{26}$ , 6 órákor összesen 2 gm. chinint kapott a beteg porban. Délután 2 óra felé mégis borzongása jelentkezett s hőmérséke  $39^{\circ}4'$  C-ra emelkedett fel.

D. u.  $\frac{1}{23}$  órákor — borzongás elején — hőmérsék  $39^{\circ}2'$  C.

Szép széthulló parasiták vannak a vérben, alakjuk és festődésük normalisnak látszik, nucleolusuk mély kékre festődik. Számuk nem kevesebb, mint mult rohamok alkalmával.

D. u. 5 órákor — beteg forróságról panaszkodik — hőmérsék  $39^{\circ}4'$  C. Még található egy pár széthullóban levő sporuláló alak, festődésük normalis. Egy-két véresejten épen megtelepült parasita látszik pigment nélkül, nucleolusuk csak igen halványan festődik, nucleolusok szemcsések.

Október 15-dikén. Chinin utáni első nap hőmérsék normalis.

A vérben m. parasiták nincsenek.

Október 17-dikén. Következő roham napján roham nem jelentkezett. Vérben m. parasiták nincsenek.

Október 20-dikén beteg gyógyultán távozott. Lépe keveset kisebbedett.

A vervizsgálatok tehát egyetlen quartana generatio jelenlétét és fejlődését tüntették fel. Minden vervizsgálatnál ugyanolyan, vagy a legközvetlenebbül egymásután következő

fejlődési phasisban quartana parasitákat találtunk, egymástól távolabb eső fejlődési fokon állókat egyszer sem.

Hat órával a roham előtt adott 2 gm. chininre a sporulatio megtörtént, de a sporák nem települhettek meg, vagy megtelepüléstük után azonnal tönkre mentek (a festődésük után itélve). A roham postponált 3 órát, de majdnem előbbi intenzitással jelentkezett.

## II. Gruber Izrael.

Következő észleletünk egy Gruber Izrael nevű 19 éves napszámosra vonatkozik, a ki azon panaszszal jött klinikánkra november 9-dikén, hogy mintegy 3 hét óta negyednap-harmadnaponként a hideg borzongatja, majd forrósága van s ily alkalmakkor szédül, erős fejfájása van. Kifejezett hidegrázása azonban — állítólag — egy alkalomkor sem volt. Beteg halvány, szennyes árnyalattal. Lépe 2 haránt ujra az iv alatt tapintható. Léptompulat f. h. 7-dik b. f. sz., mellső a mellső hónaljvonalat eléri.

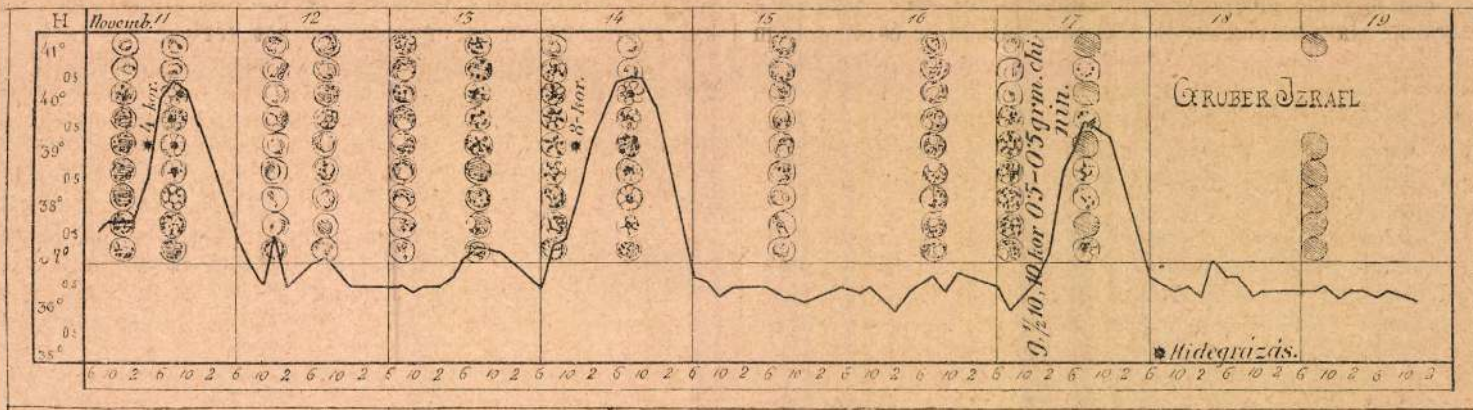
A 2 óránként eszközölt hőmérések febr. intermittens quartanát mutattak. Szemben előbbi esetünkkel azonban e negyednapos hőemelkedések — azon 2 roham alkalmával, melyet november 11-dikén és 14-dikén észleltünk — igen hosszú időre nyulának.

Első ízben ugyanis a hőmérsék már november 10-dikén a délutáni órákban kezd lassankint emelkedni, de rohamosabban csak 11-dikén d. u. 2 órától kezdve, a midőn  $37^{\circ}8'$  C.-ról esti 6 órára  $40^{\circ}10'$  C.-ra szökik fel. És miután esti 8 órákor legmagasabb pontját  $40^{\circ}50'$  C. elérte, kezd lefelé esni, de ismét oly lassan, hogy csak 12-dikén délutánra száll  $37^{\circ}0'$  C. alá.

A következő roham alkalmával ép így már azelőtti napon, tehát november 13-dikén az esti órákban kezd a hőmérsék lassan emelkedni s miután lassú emelkedéssel november 14-dikén déli 12 órára  $38^{\circ}4'$  C.-ra emelkedett, innen rohamosabban d. u. 6 órára  $40^{\circ}50'$  C.-ra szökik fel, a honnan megint igen lassan esik le, úgy hogy éjjeli 12 órákor még mindig  $40^{\circ}0'$  C. Így hát a két roham közötti teljes apyrexia alig 24 órát tesz ki.

Első alkalommal, november 11-dikén már reggel nem érezte jól magát: szédülésről, fejfájásról panaszkodik. D. u. 4 óra tájban kifejezett hidegrázása jelentkezett, majd forrósága volt, végre esti 10 óra tájban kezdett izzadni.

Szintúgy november 14-dikén is már reggel fejfájásról és szédülésről panaszkodott, kifejezett hidegrázása azonban nem volt, csak forrósága volt az esti órákban, majd megizzadt.



### Vervizsgálatok.

A vérben quartana parasiták voltak találhatóak és pedig nagyobb számban, mint előző esetünkben. Az egyes vizsgálatok eredményei a következők:

Roham napján november 11-dikén. D. e. 11 órákor hőmérsék  $37^{\circ}8'$  C. Nagyszámú parasita van a vérben, melyek az oszlás legelső kezdetén levő, szélregyült csipkés pigmentű alakoktól kezdve egész a közepén kiállós csomóvá összegyült alakig minden átmenetet mutatnak. Oslót nem találtunk, de épen így megtelepült sporát, mely még pigmentet nem tartalmazott s amoeboid mozgásban volt.

November 11. D. u. 8 órákor hőmérsék  $40^{\circ}50'$  C.

A parasiták egy jó része még csak közepén kiállós csomóba gyült pigmentet mutató csillagvirág alak, sőt még olyanok is vannak, a melyeken az oszlás még csak épen kezdetén van. De legnagyobb része szép széthulló sporuláló alak, sőt már néhány megtelepült sporát is találtunk.

Találtunk továbbá pár egészen fiatal, apró pigmentes, már halványan festődő nucleolusú egy napos parasitát.

Leukocytosis van a vérben.

November 12. Roham után első napon d. e. 11 órákor hőmérsék  $37^{\circ}20'$  C.

Még egy oszlásra készülő, csipkés szélű parasitát láttunk.

A legnagyobb rész épen csak megtelepült spóra, jól festődő nucleolussal vagy igen kevés pigmentet tartalmazó  $\frac{1}{4}$ -nyi, kevésbé jól festődő nucleolusú — 1 napos — alak.

Sőt egy pár már felét kitölti a véresejtnek, nagyobb s több pigmentet tartalmaz.

D. u. 4 órákor hőmérsék  $36^{\circ}8'$  C.

Legtöbb a kevés, apró pigmentet tartalmazó  $\frac{1}{4}$ -nyi egy napos parasita.

Néhány már felét kitölti a véresejtnek, több s durvább pigmenttel. Sporuláló alakot nem találtunk.

November 13. Roham utáni második napon d. e. 9 órákor hőmérsék  $36^{\circ}50'$  C. A véresejt  $\frac{1}{3}$ -át elfoglaló apróbb pigmentes alaktól egész a véresejtet egészen kitöltő, már magot sem mutató, de még szórt pigmentű parasitáig minden képviselve van.

D. u. 9 órákor hőmérsék  $37^{\circ}30'$  C.

Vannak a véresejtet  $\frac{2}{3}$ -ra kitöltő, nagy magú szórt pigmentű parasiták és ennél nagyobbak, egész véresejtnyiek; sok van, a melynek már a magja is eltűnt s pigmentje kiállós sorokban rendeződni kezd.

November 14. Roham napján. D. e. 8 órákor hőmérsék  $37^{\circ}40'$  C.

Sok parasita még magot mutat, de egészen nagy véresejtnyi magot már nem mutat, soros pigmentű oszlás legelején levő alak. E mellett néhány kiállós pigmentű rosettát is láttunk, az egyes segmentumokban már magot tartalmaztak. Sőt találtunk egy szépen sporuláló parasitát is.

Továbbá egy 1 napos  $\frac{1}{5}$ -nyi, apró pigmentű fiatal alakot is láttunk.

D. u. 6 órákor hőmérsék  $40^{\circ}60'$  C.

Néhány oszlás legelején levő gyűlt pigmentű alak mellett igen szép, nagyszámú széthulló parasitát találtunk.

Néhány véresejten már megtelepült spóra van, erősen festődő nucleolussal, sőt egy  $\frac{1}{4}$ -nyi pigmentes egy napos alak is.

November 15-dikén. Roham utáni első napon. D. u. 9 órákor hőmérsék  $36^{\circ}30'$  C.



Egészen fiatal,  $\frac{1}{5}$ -nyi, apró pigmentű parasita alaktól kezdve egész a véresejt  $\frac{5}{6}$ -át kitöltő, de még magot s szórt pigmentet mutató — 2 napos — alakig minden átmenet képviselve van.

Legtöbb az egy naposnál kissé fejlettebb.

November 16-dikán. Roham utáni második nap. D. u. 6 órákor hőmérsék 36<sup>70</sup> C.

A véresejt felényi részét elfoglaló alaktól egész az oszlás kezdetén álló, már magot sem mutató, soros pigmentű alakig minden átmenetben található a parasiták.

Legtöbb az egészen kinőtt, de még magot s szórt pigmentet tartalmazó.

November 17-dikén. Roham napján. Dél előtt 9,  $\frac{1}{2}$ 10 órákor a beteg 0.5—0.5 gm. chinint kapott porban.

Hidegrázása nem volt ugyan, de hőmérséke déli 12 órától, a midőn 36<sup>60</sup> C. volt, emelkedni kezdett s esti 8 órákor 39<sup>70</sup> C.-ra ment fel és még éjjel 12 órákor is 39<sup>40</sup> volt, november 18-dikán reggel azonban már 37<sup>00</sup> alatt.

E közben beteg szédülésről panaszkodott, délután forrósága volt.

D. e. 9 órákor hőmérsék 36<sup>30</sup>. Épen az első chinin-adag előtt.

Néhány parasita még magot tartalmaz s szórt pigmentet.

A legtöbb a sporulációban többé-kevésbé előhaladva: középre gyűlő pigmentű alakok, küllős pigmentűek és olyanok, hol a sporulatio befejeztetett.

Néhány megtelepült spóra és egy, melynek már némi plasmája s apró pigmentje is van.

D. u. 8 órákor hőmérsék 39<sup>70</sup> C.

Kevés számú sporuláló alak, széthullóban. Pár küllős pigmenttel oszlásban van.

Alig egy-két megtelepült spóra, alig festődő nucleolussal, szemcsés plasmával; egy egynapos parasita, szélén rögös pigment csoportokkal, halványan festődik, szerkezete nincs, chinin alakok.

November 19. Roham utáni második napon. D. e. 9 órákor hőmérsék 36<sup>50</sup> C.

A vérvizsgálatnál m. parasitákat nem találtunk.

November 20-dikán d. e. 8 órákor hőmérsék 36<sup>40</sup> C.

Vérben m. parasitákat nem találtunk.

Rohama többet nem volt. Miután a negatív vérvétel dacára is, hogy az esetleges recidívát kikeülnék, 23-dikán 1.5 gm. chinint kapott porban, november 24-dikén gyógyultan távozott.

Ezen esetünkben a vérvizsgálatok egy számos tagú és igen hosszú echnyuló quartana generatio fejlődés-menetét tüntetik fel, megfelelően az igen hosszúra echnyuló rohamoknak.

Míg ugyanis megelőző esetünkben pl. október 8-dikán a hidegrázás alatt csupán oszló alakokat találtunk és a roham végén d. u. 5 órákor már többé oszló alakok nem voltak találhatóak, addig itt, pl. a november 14-diki roham alkalmával már megelőző este vannak a vérben széthulló sporuláló parasiták és még a 14-dikén esti 6 órákor végzett vérvizsgálatoknál is találtunk olyan alakokat, melyek még csak a legelején voltak az oszlásnak.

Szintén így van a november 11-diki roham alkalmával is, mert bár azelőtti napon vérvizsgálatot nem végezhetünk, de kellett, hogy oszló alakok legyenek a vérben, mert 11-dikén d. e. 11 órákor már fiatal megtelepült parasitát találtunk, az utolsó sporuláló alakok pedig a következő napon: november 12-dikén délben is voltak még találhatóak.

A mint tehát a rohamok sokkal hosszabbra nyultak ez esetben, mint a megelőzőben, úgy a parasita generatio is sokkal szétterültebb, mint amannál, mert ugyan a generatio zömét alkotó csoport sporulatioja kétségkívül a hidegrázás roham kezdetével esett össze s a roham lezajlásával be is fejeződött, de a generatióból kevés, mint azt vizsgálataink mutatták, ezt megelőzőleg, vagy ennek lezajlása után jutott sporulatioira, úgy hogy kész sporuláló alakok voltak már a rohamokat megelőző napok estéjén is s az azt követő napok délelőttjén is találhatóak, de mindig csekély számban és ez időkben csekély hőemelkedés már, vagy még volt jelen.

Hogy mégis csupán egy generatióval állottunk szemben, azt onnan tudjuk, hogy a mint a hőmérsék emelkedni kezdett, találtuk a sporuláló alakokat s azt a folytatódó vizsgálatoknál folyton találtuk mindaddig, míg a teljes apyrexia bekövetkezett. Tehát több generatio felvételére csak úgy volnánk jogosítva, ha azokról felteszszük, hogy sporulatiojuk közvetlenül egymást érte, egymásba olvadt.

A borzongással kezdődő hirtelenebb hőemelkedésnek megfelelő idő előtt 7 órával adott 1 gm. chinin után hidegrázása nem volt ugyan, de hőemelkedése csaknem ugyanolyan intenzitásban és extenzitásban jelentkezett, mint előbbi alkalomkor.

A chinin hatása a parasitákra abban nyilvánult, hogy bár a parasiták sporulatioja feltartóztatlanul megtörtént és pedig látszólag normalison, az ifjú nemzedék megtelepülni nem volt képes, vagy — a festődési viszonyokból ítélve — a megtelepülés után azonnal tönkrement.

Azon kevés parasita, mely már a chinin adagolása előtt a megelőző este talált sok sporuláló alakból származott, s már kevés pigmentet tartalmazó, körülbelül 12—24 órás alakoknak felelt meg, már a következő napon nem volt a vérben található, sem a roham utáni 2-dik napon. Úgy látszik tehát, hogy ezek is tönkrementek.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes egyetemi ny. r. tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodáról.

Az oxygen belégzések hatása cyanosisnál.

Kovács József dr., kórodai gyakornoktól.

(Vége.)

Kis figyelemre méltatva ezen adatokat, azt találjuk, hogy ezek tulajdonképp azonosak azokkal a vizsgálati eredményekkel, melyeket Hamburger, Limbeck és én nyertünk in vitro végzett vérvizsgálatainknál. A vizsgálati eredményekben csupán fokozati különbséget látok annak a körülménynek megfelelőleg, hogy mennyivel könnyebben vétethetik fel in vitro az oxygen a vérrel közvetlenül, sokaig érintkezve, mint a tüdő-alveolusok capillarisaiban keringő vérrel. Az eddig felsoroltakból 2 következtetés vonható; 1-ször, hogy ennél a betegnél talált vérelváltozás tényleg az oxygen hiány következménye volt és 2-ször, a minek különösen nagy fontosságot tulajdonítok, hogy általa az oxygen partiarnomásának növelése mellett jelentékenyen több oxygen vétetett fel.

A nagyobb oxygen felvétel könnyen magyarázható. A partiarnomás differentia jóval nagyobb, a diffusio tehát sokkal gyorsabban és könnyebben mehet végbe.

Bár nem nagy súlyt helyezek bizonyító erejére, de meg kell emlékezni arról a subjectiv s részben objectiv elváltozásról, melyet az oxygen belégzések a betegnél előidéztek. Belégzés után a beteg mindenkor jobban érezte magát, a fejfájás, szédülés elmúlt, bágyadságát hasonlóképp kellemes jó érzet s frissesség váltotta fel; a cyanosis annyira csökkent, hogy a laikusoknak is feltűnt. Hogy pedig a hatás suggestiv részét kizárjam, a beteggel tudtán kívül ugyanannyi szoba-levegőt lélegeztettem be, de bizony sem ezen említett subjectiv, sem pedig az objective is észlelt változások nem következtek be.

Egy bizonyos oxygentöbblet felvételéről ily módon bizonyosságot szerezvén, nézzük, hogy ezen O-többlet felhasználatik-e a szervezet élenyülési folyamatában és ha igen, milyen módon. Egy szervezetben fennálló élenyülési folyamat 3 fontos tényezőtől függ: mennyire épek az élenyülést közvetítő szövetelemek; mennyire áll rendelkezésére ezen szövet-elemeknek oxydatióra alkalmas anyag és végül mennyire áll ezen szövet-elemek rendelkezésére a feltétlenül szükséges oxygen. Normalis viszonyok között ezen tényezők mindegyike bizonyos felesleggel szerepel a szervezetben és a végeredmény sokféle külső körülményektől függ. Esetemben ezek a külső körülmények meglehetősen állandók voltak, miután tekintettel voltam arra, hogy a beteg a vizsgálati idő alatt ugyanazon viszonyok közt legyen. Minthogy továbbá az élenyülési folyamatnál szereplő 2 első tényező hasonlóképpen nem változott az oxygen belégzések alatt, jogosult lehet az a felvételünk, hogy az oxygen belégzések alatt fellépő változások az oxygen nagyobb felvételének, illetőleg az ezzel karöltve járó élenkebb élenyülési folyamatnak következménye.

Most pedig lássuk az oxygen belégzések által a vérben és vizeletben előidézett változásokat és mérlegeljük azok viszonyát egymáshoz és az előidézett élenkebb élenyülési folyamat hoz. Mint az a táblázatban fel van tüntetve, az oxygen belégzések másodnaponként történtek, hogy így az általuk előidézett



zett változásokat annál könnyebben felismerhessük és összehasonlíthassuk.

Mindegyik beléggzéssel kapcsolatban tekintettel voltam arra, hogy mennyire módosítja a vörös vérszámát  $\text{mm}^3$ -ként és vajjon változik-e a vizelet (a nálunk Korányi Sándor által meghonosított fogyasztási módszerrel vizsgálva ezt).

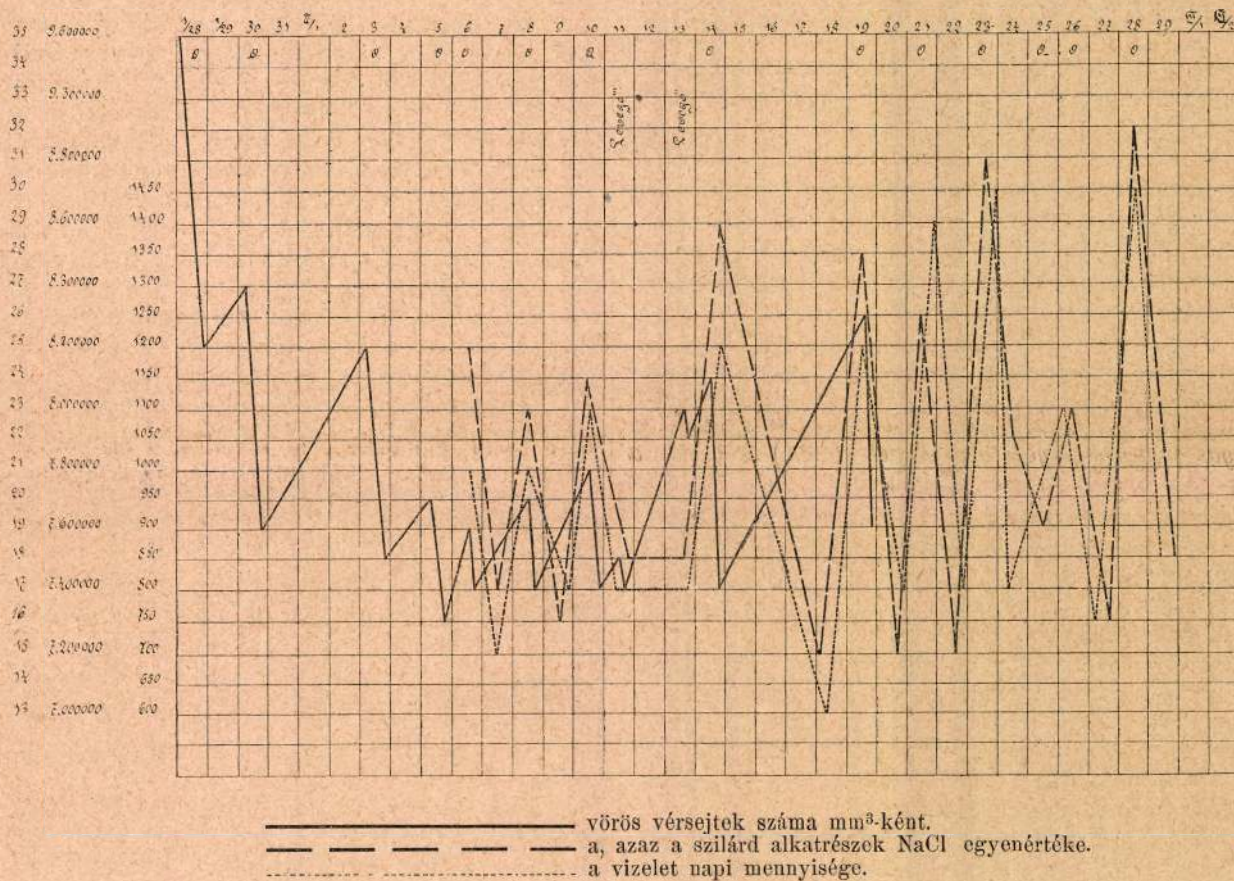
A táblázatból kitűnik, hogy minden beléggzés után csökken a vörös vérszám, a beléggzések megszakítása után a vérszám ismét szaporodik, de nem éri el az eredeti értéket. A végeredmény az, hogy 10–12 beléggzés után a vérszám 2 milliónál többet csökkent eredeti értékéhez képest.

A vizelet vizsgálatából az tűnt ki, hogy első sorban a vizelet mennyisége szaporodik fel, eredeti értékének felével, a mennyiben az 800 kem.-nyi mennyiségről 1200 kem.-re szállt fel; de kitűnik a táblázatból az is, hogy a kiürült molekulák száma átlag még felénél is, hogy a nagyobb értékkel emelkedett átlag 18 gm.-ról 28 gm.-ra.

Vegyük most ezen változásokat külön-külön szemügyre és keressük azok okát. Ha a vérszám számolás egy egyénnél

elég rövid időközök alatt a számítási hibák határain kívül eső különböző értéket mutat, annak csak 2 oka lehet; vagy a vérszám egy része tönkre ment, vagy pedig megváltozott a vérszám viszonya a plasmához. Az első lehetőséget kizárhatjuk, mert nem tehető fel, hogy  $\frac{3}{4}$  óra alatt a vérszám egy oly jelentékeny száma tönkrement volna, annál kevésbé, miután a beléggzések után a vizelet Cl-tartalma sem mutat következetes szaporodást, a mit pedig Terray<sup>0</sup> vizsgálatai alapján, melyek szerint vörös vérszám tönkremenésénél több Cl ürül ki, joggal megvárhatnánk. A vérszám csökkenés magyarázatának második módja, hogy a vérszám viszonya a plasmához változott meg; itt megint 2 lehetőség van: vagy a vérszám őrtere változott meg primaer módon vagy pedig az edények legalább primaer megváltozása nélkül a vér tömege változik meg.

Stein, Monti<sup>10</sup> s mások lázas betegeknél bebizonyították különböző antipyreticumokkal, hogy lázas betegek vérszámjainak száma jelentékeny ingadozásokat mutat, megfelelőleg annak, a mint azok a vasomotorikus rendszerre hatnak. Tauszknak amylnitrittel végzett vizsgálatai ugyancsak azt mutatják, hogy



az edények őrtere megváltozásával együtt jár a vérszám számának az ingadozása. Ennél a betegnél 5 csepp amylnitrit beléggzése után én is azt találtam, hogy a vérszám 7.800.000-ról lement 7.400.000-re. A mint ismeretes, az oxygen a vasomotorikus idegrendszerre hatva, a vérszám tágulását okozza; de akár tágítja a vérszámot, akár nem, mindkét esetben az osmosis nyomás bebizonyított megváltozása csak azt eredményezheti, hogy a vér tömegében megszorodik. Fentebb ugyanis azt láttuk, hogy az oxygen beléggzések folytán a vér osmosis nyomása elég jelentékenyen alászáll. A vér ezen csökkent osmosis nyomásának feltétlenül azt kell eredményeznie, hogy a vér tömegében a hozzááramló folyadékkal megszorodik. A vértömeg megszorodásból 2 dolog következik: 1. A vértömeg szaporodván, a vérszám relatív száma köbmilliméterenként ezzel arányban csökkenni fog; 2. a vér felszorodván, a vesékben át több folyadék fog kiürülni, azaz a vizelet felszorodik. Más szóval egy diuresis van dolgunk, mely nagyrészt az oxygennek a vörös sejtekre gyakorolt hatása által idéztetik elő. Nagyrészt, mondom, mert nem hagyhatom természetesen figyelmen kívül azt a

körülményt sem, hogy a diuresis előidézésében a szívnek is közre kell hatni, miután az oxygen dúsabb vér a szívre magára is stimulálólag hat. De hogy nem szív által előidézett diuresissel van dolgunk, az a későbbiekben következik.

A mint a táblázaton látható, „a” értéke a beléggzés mentes napokon 14 és 19 közt ingadozik; a beléggzési napokon 23 és 31 között. Korányi Sándor szerint ezt rövidebben úgy fejezhetem ki, hogy a beléggzésmentes napokon molecularis oliguria áll fenn, mely a beléggzési napokon eltűnik. Mit jelent ez? Molecularis oliguria Korányi Sándor vizsgálatai szerint előfordul részben a szív, részben a vese működés elégtelensége folytán, hol bizonyos számú molekulák visszatartatik a vérben és emeli annak osmotikus nyomását. Saját vizsgálataim szerint azonban molecularis oliguria előfordul chlorosisnál is. Hogy a chlorotikáknál előforduló molecularis oliguria más eredetű, mint a szív és vese bajoknál előforduló, annak meg van kézzel fogható bizonyítéka a vérben; a chlorosisnál a vér osmosis nyomása kisebb nemesak mint a szív és vesebajoknál, hanem mint rendesen lenni szokott.



Tekintve, hogy ezen betegnél a pangás oly csekély fokú, hogy ebből a molecularis oliguriát megmagyarázni nem lehet, tekintve továbbá, hogy ezen molecularis oliguria nagyobb oxygen mennyiségnek a vérbe és így a szövetekhez való jutása által megszűnik és végül tekintetbe véve vizsgálataimban észlelt azon tapasztalati tény, hogy chlorosissal is megszűnik a molecularis oliguria, mihelyt a vérnek az oxygent megkötő része megszaporodik, azt kell mondanunk, hogy hiányos oxydatio egymaga is előidézhethet molecularis oliguriát és hogy ilyen esetekben a molecularis oliguria megszűnése élenkebb élelytélési folyamatra vall a szövetekben.

És most eljutottunk egy második tényezőjéhez az oxygen belégzések diuretikus hatásának. Korányi Sándor még csak nem rég fejtegette kimerítően egyik biológiai értekezleten az intracellularis anyagcsere befolyását a szövet közti nedvkerin- gésre és akkor arra a nagy fontosságú következtetésre jutott, hogy az intracellularis anyagcsere élelytélése nemcsak a nyirk- áramlást gyorsítja, hanem az arteriák és vénák közti vér- nyomáskülönbséget is fokozván, a vér áramlási sebességét gyorsítja és így a vizelet kiválasztást szintén emeli.

Hogy különben ezen diuresis az oxygennek a vérre és szövetekre gyakorolt saját hatásának következménye és nem a szív működése, az a következőkből is kitűnik. Korányi Sándor vizsgálataiból tudjuk, hogy ha egy szívbetegnél direct a szív actio által diuresis lép fel, úgy azon vizelet osmosis nyomása alá száll, másrészt az osmosis nyomásnak NaCl-jével való viszonya úgy változik meg, hogy az ezelőtt nagy érték  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ , sőt  $\frac{1}{4}$  részére száll le. Ezen betegnél végzett vizsgálataimból az tűnik ki, hogy a belégzéseket követő napon a vér fagyponstlyedése daczára a felszaporodott vizeletnek átlag  $0 \cdot 10^{\circ}$ -kal nagyobb a belégzési napokéhoz képest; a  $\frac{A}{NaCl} \%$  pedig épséggel semmiféle typut nem mutat, azaz értéke hol nagyobb, hol kisebb. *Minthogy tehát a 9.600.000 vörös vérsajt köbmilliméterenként, továbbá jelentékeny pangási tünetek hiányában az abnormis magas fagyponstlyedése a vérnek ( $0 \cdot 69^{\circ}$ ) és végül a vérplasmának rendkívüli alacsony konyhasó-tartalma ( $0 \cdot 46\%$ ) mind együtt véve a vérnek oxygen hiányát kétségtelenné tették és oxygen belégzések után a vérben olyan változások álltak elő, hogy a vér fagyponstlyedése egyszeri belégzés után  $0 \cdot 66^{\circ}$ -ra, ismételt belégzések után pedig  $0 \cdot 62^{\circ}$ -ra szállt le, ellenben a vérplasma NaCl-tartalma egyszeri belégzés után  $0 \cdot 46^{\circ}$ -ról  $0 \cdot 49\%$ -ra, ismételt belégzések után pedig  $0 \cdot 52\%$ -ra emelkedett, tehát olyan változások, melyek csak azáltal jöhettek létre, hogy a vér oxygen tartalma jelentékenyen megszaporodott; és minthogy ezeken felül a vizeletben is olyan változások állottak elő, hogy a vizelet a belégzések után felével megszaporodott (1800—1200-ra) a vizeletben kiürült szilárd molekulák felénél is többlet nőtt, vagyis 18 gm.-ról 29 gm.-ra, eredményeimet a következőkben foglalhatom össze:*

1. Cyanosisnál eszközölt oxygenbelégzések tényleg azt eredményezik, hogy a vér által több oxygen vétetik fel, mely felvétele mértékének arányában úgy hat a vörös vértelcserekre, mint in vitro az oxygen átáramoltatás az O szegény véren.

2. Ezen oxygen többlet felvétele egymaga is diuresist idéz elő egy CO<sub>2</sub>-vel többé-kevésbé telített szervezetnek vörös vérsajtjeire való hatása által.

3. Ezen oxygentöbblet a szövetelemek által egy élenkebb élelytélési folyamat megindítására használtatik fel, a mi megint physikai alapon a szív igénybe vétele nélkül hozzá fog járulni a diuresis előidézéséhez.

4. Bert és Hadra értelmében én is azt találtam, hogy az élenkebb élelytélési folyamatnak megfelelőleg a vizeletben több húgyalkatrész ürül ki.

5. Ezek következtében az oxygen belégzéseket szív- bajoknál mindentől, hol nagyobb dyspnoë van, ajánlanám, mint olyan therapeutikus beavatkozást, mely a szívet jelentékenyen elősegíti és kiméli munkájában, mint diureticumot és végül mint az organismus leszállított anyagcserejét ismét egyensúlyba hozó tényezőt.

Közlemény Kézmárszky Tivadar egy. ny. r. tanár I. szülő és nőbeteg klinikájából.

### A carcinoma uteri gyógyításáról.

Közli Bückler József dr., I. tanársegéd.

(Folytatás.)

#### II.

Nem áltatom magam azzal, hogy az aetiologia tisztázása nagy gyakorlati jelentőséggel bírna. Tudom, hogy még az esetben is, ha kétségen kívül álló bizonyossággal tudunk reá mutatni ama momentumokra, melyek a carcinoma kifejlődését elősegítik, ezzel a carcinomában szenvedők száma nem indulna fogyásnak. Hisz előttünk a puerperalis infectio példája; a késő bánat volt és marad az emberi természet alapvonása.

Előrelátható, hogy még hosszú időn át sokkal fontosabb gyakorlati kérdés lesz az, hogy mi történjék a kifejlődött carcinoma uterival?

Ma, a midőn az uterus exstirpációk 15 éves irodalmát lapozhatjuk, s az operált esetek ezreiből vonhatjuk le következtetéseinket, fel vagyunk jogosítva annak kimondására, hogy az uterus-carcinoma operatív úton gyógyítható, de csakis a betegség kezdeti stadiumában.

Ezért a gyakorlatra nézve legfontosabb kérdés az, hogy milyenként a carcinoma uteri első symptomái?

Sok esetben már az anamnesis is becses útbaigazítást ad. Igaz ugyan, hogy az esetek többségében a catarrhus endometrii panaszait halljuk, de sokszor tarkítják ezeket olyan adatok, melyek gyanunkat felkeltik.

Első a gyanus tünetek között a nagy hajlandóság vérzésekre. Fiatalabb korban ezen panasz úgy merül fel, hogy minden coitus, vagy testi megerőltetés után vérzenek, idősebbeknél, hogy a menstruációnak 1—2 éven át való kimaradása után újból jelentkezett a periodus, s ha pontosan részleteztetjük a vérzéseket, kiderül, hogy azok typus nélkül szükölködnek, s hogy a vérzés nem a menstruatio savós-véres folyására emlékezteti őket, mert gyakran vér alvadékokkal kevert.

Igen gyakran a maró folyás vezeti orvoshoz a beteget. T. i. a carcinoma okozta folyás bő savós, mely kívülről jövő infectio s a tumor szétesése következtében könnyen evessé válik, izgalmi állapotba hozza a vulva és vagina nyálkahártyáját, sőt nem ritkán erythemát okoz a czombok belső felszínén is.

Nagyon jellemzők a fájdalmak is és pedig első sorban a corpus carcinomára, de elég gyakran találjuk már a betegség kezdeti stadiumaiban is a cervix megbetegedéseinél. Oka minden valószínűség szerint az, hogy a daganat nyomja az idegeket, esetleg ronesolja az idegvégeket, kivételes esetekben pedig a carcinoma uteri polypus alakjában növe daganatainál határozottan szülőfájások jellegével birhatnak. Legkésőbbben jelentkeznek a fájdalmak a portio karfiol-daganatainál, a hol gyakran láthatjuk, hogy a daganat tojásnyi vagy ökölnyi nagyságot ér el, s fájdalmat még nem okoz.

Újabban, a mióta a gonorrhoea symptomáit jobban ismerjük, s így az anamnesis felvételénél nagyobb súlyt fektetünk a húgyhólyag állapotára, feltűnő jelenségnek találom, hogy mily gyakran panaszokodnak a carcinomás betegek és pedig a betegségnek már igen korai stadiumaiban is hólyag-zavarokról, a melyek legtöbbször gyakori vizelési ingerben állanak.

A külső vizsgálatnál sokszor feltűnő a beteg senyves külseje. Nem ritkán maga panaszkodik, hogy nagyon lefogyott. E rossz külsővel nem állanak arányban a jelentéktelen panaszok.

Troisier (L'adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal. Bull. et Mem. de la Soc. méd. des Hôpit. 13. janv. 1888.) figyelmeztetett arra, hogy abdominalis carcinomák eseteiben a baloldali clavícula feletti mirigyek meg-



betegednek. Mi nagyon sok, előrehaladt carcinomában szenvedő nőnél is kerestük e tünetet, de sohasem találtuk.

A carcinoma uteri *diagnosisára* ez időszert egyedüli támpontunk magának a *méhnek megvizsgálása*.

Legkönnyebb felismerni a *portio karfiolszerű* daganatát, mely a hüvely lumene felé nő, s oly jellegzetes, hogy mással nehezen téveszthető össze; rendkívül hajlamos a vérzésekre, igen mállékony szövetből áll, egyes részletei az ujj nyomása alatt leválnak.

Sokkal nehezebb a helyzetünk a portio carcinoma másik alakjával szemben, melyet legszívesebben a *méhszáj carcinomája* névvel jelölnek. Fejlődése kezdetén erosióval igen jól összetéveszthető; egyenlő hajlandóságot mutat a cervix és a hüvely felé való terjedésre, s idővel a portiót egy, a méhszáj helyén támadt kraterre alakítja át.

Jellemző tüneteit C. H. Stratz (Zur Diagnose des beginnenden Carcinoms an der Portio, Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1886. 90. l.) így írja le:

1. a beteg rész igen élesen határolt;
2. a beteg rész kiemelkedik az egészséges rész niveauja fölé;
3. carcinomának mindig halványsárga a színezete, holott az erosió élénkebb vörös;
4. a rosszindulatú szövetekben mindig találunk apró szemcsés, fehéres-sárgásba játszó fénylő kiemelkedéseket, legalább egyes helyeken.

E tünetekhez hozzá tehetjük még, hogy a carcinomás szövet keményebb, a portio duzzadtabb, gombaalakú s rendkívül könnyen vérző. A vérzésre való nagy hajlandóság a tiükörvizsgálatnál is szembeötlő: minden törlés után vérzés támad és pedig nem apró cseppek, hanem szívárgás alakjában, úgy hogy sokszor a vizsgálatot is meghiúsítja.

Mindeme tünetek azonban nagy szakjártasságot, finoman észlelő szemet igényelnek, s így a gyakorlatnak nem megfelelők. Ép ezért igen csodálatosnak tartom, hogy egy igen könnyen megfigyelhető tünetet a tankönyvek általában negligálnak, csak Fritsch tankönyvében találtam kellő méltányolást. E tünet: hogy a carcinoma szövege kemény ugyan, de porhanyó, legjobban a taplóhoz hasonlítható. E körülmény a gyakorlatban azt okozza, hogy a portióba akasztott kampó vagy golyófogó minduntalan kiszakad, holott a metritis chronica hypertrophias kemény portiót a golyófogó biztosan fogja, legfeljebb egy Naboth-féle tömlőt megrepeszt.

Legszembeszökőbb e jelenség a curette alkalmazásánál. A fél éles curettet, még nagy erővel is bajos a méh szövetébe benyomni, holott a portio carcinománál már a kezdeti stadiumban is oly porhanyó a szövet, hogy a curette már csekély nyomás alatt beléje süpped, s tetszés szerinti darabot téphetünk ki.

Nekem a curette-kísérlet útján eddig két esetben sikerült a carcinoma erős gyanuját kizárni, s a következmények fel fogásomat mindkét esetben igazolták.

Szerény véleményem szerint ezen tünet fontosságát nagyon emeli az, hogy semmiféle szakjártasságot nem igényel, s a gyakorló orvos is könnyen alkalmazhatja.

Igen értékes e symptoma az ú. n. cervicalis carcinomáknál, melyek a portio ép nyálkahártyája alatt növekednek s a fekélyesedés előtt collum-myomával könnyen összezavarhatók. Myomába a golyófogó vagy kampó nem könnyen akasztható be, a daganatról lecsúszik az eszköz foga és felette az ép, mozgatható nyálkahártyát redőbe fogja; holott carcinoma esetében a tumorba mélyen beszalad az eszköz s rést hasít a falán.

Kétséges esetekben mindig megtehetjük azt, hogy kivágunk egy éket a gyanus részletből és mikroszkopice megvizsgálattjuk. Sokszor már a makroszkopikus kép is eléggé jellemző. A szövettani vizsgálatot azonban nagy specialis jártassággal bíró szakembernek kell végeznie, különben könnyen tévedhetünk.

Mint a differentialis diagnosis egy igen értékes jelét említik Schröder nyomán a tankönyvek, hogy a hol Naboth-

féle tömlőt találunk, az nem carcinoma. A mi tapasztalatunk ennek ellene mond, mert totalis exstirpatio útján nyert méheinken több esetben láttunk a portióban retentionalis kis cystákat a carcinoma szövege mellett, a mi ugyancsak a méhrák lobos eredete mellett szól.

A *canalis cervicalis* carcinomáját nem nehéz felismerni, mert rendszeren szétesés útján a külső méhszáj az ujjat át-bocsátja, s a canalis cervicalis helyén egy szennyes-véres folyadékkal telt egyenetlen falú üreget találunk. Nehezebb a felismerés zárt méhszáj esetében. Ekkor vagy tágitás után kitapintjuk, vagy curettel hozunk ki részleteket mikroszkopikus vizsgálatra.

Ugyanígy járunk el *corpus carcinomá*-nál is.

### III.

A méhrák idejekorán való felismerése rendkívüli gyakorlati fontossággal bír; mert ekkor még — a mint ezt értekezésem ezen befejező részében bebizonyítani szerencsés leszek — a betegeknek 30—40%-át operatív úton megszabadíthatjuk bajától.

Az operatióknak, mely egy különben halálra vezető betegségnél ily fényes eredményeket ér el, létjogosultságát kétségbevonni lehetetlenség, s minden orvosnak erkölcsi kötelessége tőle telhető módon oda hatni, hogy idejekorán felismerve a bajt, a gyógyítás ezen egyedüli módja igénybe vétessék.

Winter már 1893-ban abban a szerencsés helyzetben volt, hogy a berlini klinikára került carcinomás betegek 43,3%-ot operabilisnek mondhatta. (Ueber die Recidive des Uteruskrebses. Z. f. G. XXVII. k. 102. l.)

A Halle-i klinikán 1887—1894-ig 452 carcinomás beteg fordult meg és ezek közül 40% alkalmas volt radicalis műtetre. (R. Kaltenbach' s Ergebnisse der vag. Totalexst. von A. Buecheler Z. f. G. XXX. 2. H.)

Ezen viszonyokkal szemben a mieink még nagyon nyomorúságosak. 1882—1895. október 31-dikéig 705 carcinoma uteriban szenvedő nő között csak 10%-ban, vagyis 70 esetben végezhetők a méh eltávolítását. Sőt ezen 70 eset között is voltak olyanok, kiknél jobb meggyőződésünk ellenére, a beteg iránt érzett szánalom által vezetettve, kísérletképen végeztük a beavatkozást.

Az utóbbi években viszonyaink némi javulást mutattak. Ugyanis:

1885-ben 26 eset közül operabilis volt	5 = 19,23%
1886-ban 36 " " " " "	1 = 2,80%
1887-ben 49 " " " " "	— = —
1888-ban 49 " " " " "	5 = 10,20%
1889-ben 67 " " " " "	5 = 7,46%
1890-ben 48 " " " " "	2 = 4,17%
1891-ben 49 " " " " "	6 = 12,25%
1892-ben 58 " " " " "	6 = 10,17%
1893-ban 72 " " " " "	7 = 9,72%
1894-ben 84 " " " " "	13 = 15,47%
1895-ben 91 " " " " "	20 = 21,98%

Látható ebből, hogy eleinte rendkívül ingadozó volt az operálható esetek viszonya. 1885-ben 19%, 1886. 2,8%, 1887-ben 0. Ennek magyarázatát könnyen megadhatjuk. 1885-ben még egyrészt a bimanualis fogások is tökéletlenebbek voltak, másrészt az operatióban többet bíztunk s így két betegnél carcinomás parametrium daczára végeztük a műtétet s így a műtét eredménye rosszabb volt, mint a palliatív eljárásokkal. Ez reactiót eredményezett: egy két éven át igen megválogattuk az operálandó eseteket; de az utolsó esztendőben az indicatiók szigorú betartása mellett is állandó javulást észlelünk: a *folyó évben már 22% volt a carcinoma incipiensben szenvedők aránya*. Az operáltak közül 45 évesnél fiatalabb 55, idősebb 15 volt. A legfiatalabb egy 21 éves OP., a legidősebb egy 58 éves II P. volt.

A 70 eset közül vaginalis exstirpatiót végeztünk 69-nél, 1-nél pedig abdominalisat.

A 69 vaginalis exstirpatio után 8 halálesetünk volt = 11,6%. A halálokok: 5 esetben *septikus infectio*;<sup>1</sup> 2 eset-

<sup>1</sup> 32/1885, 62/1886, 48/1892, 23/1894, 79/1895.



ben 7, illetőleg 8 napi teljesen láztalan lefolyás után 1, illetőleg  $1\frac{1}{2}$  nap alatt ileus tünetei között lethalisan végződő *volvulus*<sup>1</sup> és egy esetben egy rendkívül elgyengült 54 éves nőnél (103/1895.) a 7. napon minden hőemelkedés nélkül marasmus tünetei közt következett be a halál. A boncolás sem talált egyebet. Az 5 septikus elhalálozás közül az első 6 műtetre 2 esik; 1888-tól 63 esetre csak 3 = 4.76%. Műteteink eredményei tehát lényeges javulást mutatnak, a mi könnyen magyarázható is: javult a technika, 1892-től minden műtétet szorosán az asepsis szabályai szerint végeztünk.

Összes halálozásunk körülbelül megegyez az irodalom átlagos mortalitásával.

Gyógyulással végződött eseteinkben 25-nél lázas volt a reconvalescentia, 36-nál teljesen láztalan. A lázak azonban csak 3 esetben lépték túl a 39<sup>o</sup>-ot.

3 esetben exsudatum fejlődött, melyek elég gyorsan fel szívódtak.

8 esetben fistula vesico-vaginalis támadt a műtét következtében. Ezek közül 2 spontan elzáródott, egy utóbb operatív záratott el 5 változatlanul maradt, de sok kellemetlenség nélkül. Egy esetben a Douglas megnyitásokor a végbél is megsértetett, de azonnal a műtét után egyesítettük a nyílást; az egyesülés azonban nem tökéletes, mert fistula recto-vaginalis támadt, de e mellett a székletét rendes.

A mi az operációk quoad valetudinem való eredményeit illeti, mivel még a 3. évben is észleltünk recidivát, a tartós gyógyulást a 3 évnél idősebb esetek között, vagyis az 1885—1892. operáltak közt keressük. Számuk: 30; a műtét következtében meghalt 3, s negyedévvel a műtét után pneumoniában halt el: 1. Tehát 26 maradt életben; ezek közül ma is él és egészséges: 7 = 26.92%; de ha tekintetbe vesszük, hogy a quoad operationem gyógyult 26 közül 5-nek további sorsát kideríteni nem tudtuk, úgy a 7 teljesen gyógyult 21 esetre vonatkozik, s ekkor a gyógyulás aránya: 33.33% és pedig egyet tíz év előtt, egyet hét év előtt, kettőt hat év, egyet öt év és hármát négy év előtt operáltunk.

A mi a recidivát illeti, 1885—1894-ig életben maradt betegek száma: 44; 10-nek ismeretlen a sorsa; a többi 34 közül 22-nél recidivát konstatáltunk és pedig féleven belül 11 esetben, 8-nál a második 6 hónap alatt, 2-nél a 2. és 1-nél a 3. évben. A féleven belül támadt recidivák mindegyike ú. n. atypikus műtét volt, a parametriumokban már gyanus infiltrációt találtunk.

(Folytatása következik.)

## Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

### Casuistikus adat az otogen koponyafülbéli szövődményekhez.<sup>2</sup>

Lichtenberg Kornél dr., egyetemi m.-tanártól.

Ámbár a fülből eredő intracranialis complicatiók ismerete nevezetesen német és angol szerzők közleményei által a tökély meglehetősen fokát érte el, mégis a rendkívüli zavaros viszonyok folytán nagyon sok kívánni valót hagy még hátra ezen bántalmak tünettana. Ezen szempontból tekintve a dolgot, kívánatos, hogy minden klinikai tapasztalat és minél több kórboncztani lelet legyen közölve, hogy így ez által minden vonatkozás, mely a kérdéses bántalomnál előfordul, ismeretessé legyen. Ezen fel fogásból kiindulva, jelen esetnek közlése is igazolva van, mely már azért is érdekes és tanulságos, mert bebizonyítja, mily ingadozó és megbízhatatlanok a tünetek és hogy helybeli okok által létrejött jelenetváltozások mily téves és veszélyes következtetéseket képesek teremteni, melyek még a gyakorlott szemet is megcsalhatják.

Az eset története röviden következő. A 15 éves fiú 1895. december 8-dikán panaszkodott először erős baloldali fül-fájdalmáról,

<sup>1</sup> 110/1894, 59/1895.

<sup>2</sup> Előadás tartott a budapesti poliklinika bemutató estélyén 1896. márczius 5-dikén.

melyek éjjel-nappal tartottak. A fület pároltatta, kapott cseppeket is, de a fájdalmak nem szüntek; hallása a beteg oldalon nagyon rossz volt. December 17-dikén tehát kilencz nappal a bántalom kezdete után a fül folyoni kezdett és a fájdalmak megszűntek. Kapott azután egy port, melyet a fülbe fújtak; ezt az eljárást az intelligens beteg azzal a megjegyzéssel közölte, hogy ez neki ártott, mert a por a geny nyel göbökét képezett és a geny folyást akadályozta és ebben igaza is volt. December 26-dikán a fül mögött piros daganat mutatkozott, mely nagyon fáj, spontan és nyomásra, azonkívül a beteg oldali fej állandóan kezdett fájni, erős lüktetéssel; nyomás a tragusra nagy szédülést idézett elő. December utolsó napjaiban a fület bór-oldattal fecskendezték. Ez mind Eperjesen történt. Láz a beteg állítása szerint január 3-ig nem volt; de azért mindig soványabb lett és feltűnően rosszul nézett ki. Január 3-dikán láttam először, akkor már rázóhidege volt, mely egész nap másnap reggelig tartott. Temperatura 38.9. Érverés 140, következő tárgyilagossá lelettel. A bal fül küllhalláratja vörös, szűkült hátsó felső falának leereszkedése által, benne és a mélységben sok sűrű geny; kifeeskendezés után élénk lüktető mozgás a dobhártya hátsó felső negyedének kis perforációjában; a dobhártya erősen injiciált, felső polusában a Shrapnell-hártyánál kidomborodó; catheterizálásnál a levegő széles áramban és könnyen fűtül keresztül a lyukon, de nagyon *kis szőreszőrejjel*; ez ellentmondás a talált genynek mennyiségével és biztos jel, hogy a váladék nagyobb része nem a dobürből ered, ha oda bele is ömlik. A csescesonton nagy nyomási érzékenység, kevéssé piros, jelentéktelenül infiltrált, de mégis felfujt. Hallás 3—4 cm. Weber balra, Rinné negatív. A vizsgálat úgyszólván tipikus képét adta a csescesont empyemának, egy valódi iskola eset, melynél kifejezetten meg voltak találhatók mindazon karakterisztikus tünetek, melyeket ma patogomikusoknak tartanak. Tekintettel a rázóhidegre, a kórképre, a nagyfokú fejfájásra és a beteg elesettségére, én, habár még nagyon sürgősnek nem tartottam az operációt, mégis másnap szerettem volna végezni a trepanációt, mert ez a betegség ravasz és alattomos, és míg, a geny ki nincs bocsátva a sziklaesontból, gyakran a már nem reperálható események szomorúan és váratlanul lepnek meg bennünket, és így másnapra január 4-dikére lett a műtét megállapítva. Másnap azonban, közvetlen az operatio előtt egy másik szakkartárs is megnézte a beteget, a ki a műtét ellen volt; mert feltette, hogy a tünetek csak a dobür felső részének genyretentioja által jöttek létre. Igazolásra fel kell említenem, hogy a megelőző napon általam talált manifest tünetek tárgyilagossan mint subjektív visszafelődtek; a genyező dobürlob ugyan megvolt, de rázóhideg, láz, fejfájás, csescesontérzékenység eltűnt és a beteg egyénileg *igen jól érezte magát*. Azonban ezen látszólagos, de evidens javulás dacára én fenntartottam a diagnosist és az operációt, a sürgős életveszély szempontjából, ha nem is azonnal, de elkerülhetetlennek tartottam, hozzátéve, hogy a tályog most még a csescesontra van lokalizálva, hogy később veszedelmesebb lesz a betegség és a műtét, mert a bántalom halad egyre és pusztít. Azonban az én indítványom nem lett elfogadva és itt megint ismétlődött azon a sebészeti gyakorlatban számtalanszor előforduló tapasztalat, mely szerint mindig, legalább egyelőre az marad igazságban, ki a szelidebb, kevésbé beható eljárást ajánlja.

Minekutána a másik szakorvosnak, mint említettem, az volt a véleménye, hogy az attikusban genyretentio van, mely állapot a Shrapnell kidomborodásában nyert kifejezést, én, nehogy mulasztást hánnyanak szememre, vagy azt, hogy a geny lefolyás érdekében nem történt meg minden, a dobhártyát hátsó felében egészen felülről lefelé azonnal felhasítottam, catheterrel átfújtam, de geny nélküli vér jött csak ki szőreszőrejjel nélkül. A beteg további megfigyelés végett ápolásomban maradt.

A most következő 14 nap a műtétig, reám nézve nagyon tanulságos volt. Mert alkalom nyílott a folyamatnak minden sikanját, annak ravaszságát és perfidiáját, a naponta délibáb-szerűen váltakozó tüneteket alaposan megismerni. Következtek apyretikus napok, de 100—110 érveréssel, a legtökéletesebb egyéni jólét, csak ritkán megzavarva a beteg oldal éjjeli fejfájdalmait által; azután jelentkező és ismét muló kisebb vagy nagyobb nyomási érzékenység és pir a csescesonton, mint monitorikus jelei a még mindig meglévő latens veszedelemnek. *Egy* azonban állandó volt az örökös ingadozásban, mert a fülnek tárgyilagossá lelete nem változott és egyáltalában nem akart mozdulni vagy javulni.

Megfoghatatlannak látszik az első percze, hogy egy, merev esontfalak közé és között beszorult geny fészkek, mely már hetek előtt tárgyilagossá és egyéni, látható és érezhető jelek által nyilatkozott, egyszerre nyugalmat és békét szinleljen, minek utána már rázóhidegekre is szolgáltatott alkalmat. Nem kell keresnünk ezen pathologikus rejtélynek okát, mert *Schwartz*e azt könnyen, egyszerűen és természetesen megtalálta és abból áll: hogy ha a csescesont sejtjei és az antrum esordultig megtelnek lohtermény-nel, akkor a nagy nyomás következtében az aditus ad antrum, mint egyetlen passage szellentyűszerűen megnyílik és a geny többletét kibocsátván a dobür felső részébe, az a dobhártya-lyukon keresztül a küllhalláratban megjelenik. Túlnyomás és ki-



ürülés gyakran váltakozván egymással adják a javulásnak kegyetlen játékát; és mivel a tulajdonképeni dobúr mint a bántalomnak már túlhaladott székhelye csak alig tartalmaz váladékot, én az ellentmondást a látható sok geny és a hiányzó szöröcsöréj között úgy magyarázom, hogy a kiürt megcsapolásánál azért nem jön szöröcsülés létre, mivel a tulajdonképeni dobúrban, a pinczehelyiségben hiányzanak a feltételek ezen zörök létrejöttére, mert nem geny, hanem csak levegő van benne; egy jelenség, melyet én sok csecscsonttályognál, nevezetesen a ravaszoknál és hamisoknál csatlakoztatlanul körjelzőnek találtam.

Az euoxia azonban nem sokáig tartott; következtek azután pyretikus állapotok 38-8-ig; éjjeli fejfájások; caput obstipum divergáló irányban; gyengén fluctuáló, fájdalmas, diffus vörös retro-auricularis daganat, gyakori szédüléssel.

A hullámzást a csont kortikális áttörésének magyaráztam a tipikus helyen, ez esetben mint jóakaró vészjel, mert végtére 1896. január 18. dikan operálhattam Mütéti lelet: Subperiostealis tályog, azaz helyesebben geny csonthártya és csont között; kis intramuscularis sülyedő tályog a fejbizcentőben (torticollis); sipoly a korticalisban; a sejtek cariosusan megpuhítva mint rothadt fa, (Grunert) mind átívódva vastag tejfölszerű genynyel; nagyon piczi antrum; tegmen antri cariosus, fölötté a dura mater a tegmen hosszában és szélességében látható, egészséges, lüktet, erősen lefelé nyomva a mütéti terrenumba; sulcus sigmoideus cariosus, sinus sigmoideus csontfalának egész hosszában feltárva, rajta egyes piszkos szürkés-sárga foltok és erősen mellfelé tolva 1 1/2 em. távolságig a küllhalljárat hátsó csontos falához; tipikus kötés jodiform porba mártott steril gaze-zel.

Ezen életveszélyes destructio minden kétségen kívül az utolsó 14 nap várakozásának volt műve, melyhez mint kedvező momentum a középső koponyafür és a haránt öböl abnormalis fekvése mint bonczani anomalia lényegesen hozzájárult, mely különben könnyen végzetessé válhatott volna.

Az operatív pyrolytikus befolyása már az első nap estéjén mutatkozott, más tekintetben is barátságos volt a lefolyás, láztalan, háromszor sarjadzott túl az alsó, felső sebzúgban és a hátsó szélen, ezek mind nivellálva lettek elektrocaustice egy beavatkozásra. Dobhártya-perforatio 8 napra behegedt; hallóképesség 4 hétre normalis, a mütéti kanális pedig 6 hét után teljesen becsukódott; collum obstipum Reich Miklós dr. által massage, passiv és activ nyakgymnastikával kezelve, megszünt.

A mütéti lelet szerint tehát a diagnosis következő volt: otogen perisinus és a középső koponyafürnek periduralis tályogja, mely kritikus betegség, szigorúan véve a dolgot, jellemző tünetek által magát nem manifestálta, mely rejtettség különben otitikus complicatióknál gyakran szokott előfordulni.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Poliklinika bemutató estélei.

(IV. estély 1896. április 28-dikán.)

#### Kétoldali veleszületett szemhéj-coloboma operált esete.

Goldzieher Vilmos: Az igen ritka torzképződés leírása az „Orvosi Hetilap“ f. é. 18-dik számában található. A csecsemő a poliklinika helyiségében elhelyezést nyert és ilyképen lehetségessé vált az esetet, mely egy nappal ezelőtt operálva lett, bemutatni. Az operatio pontos leírása külön cikkben történik. Legnagyobb érdeklél bir, hogy a bal szem szaruhártyájából kiinduló és a coloboma széleivel összenőtt tumor *tiszta lipoma* volt, mely a szaruhártya lemezeivel szorosán összefüggött és mélyen az orbitába behatolt.

#### A Glénard-féle betegség.

Hirschler Ágoston: Habár Virchow már régebben (1853.) figyelmet fordított a hasúri szervek helyzetváltozásának gyakoriságára, mely különösen helybeli hashártyaloboktól feltételezett és utána mások (Esquirol, de Haën, Arndt stb.) utaltak a hasúri szervek helyzetváltozásával együtt járó ideges jelenségekre, mégis Glénard francia orvosot illeti az érdem, hogy a figyelmet 1885-ben újból e kérdésre irányította. Glénard szerint az addig dyspepsia nervosa vagy dyspepsia intestinalis nervosa neve alatt leírt kóralakok nagy része a hasúri szerveknek jellegzetes, könnyen kimutatható helyzetváltozásában leli alapját, melyet enteroptose nevével jelölt meg. A kérdés mind kiterjedtebben magára vonta különösen a francia klinikusok figyelmét, míg Ewaldnak 1890-ben tartott e tárgyra vonatkozó előadása a kérdést Németországban is napi rendre hozta. Előadó figyelemmel kísérvén a kérdést, tapasztalatairól számol be. A Glénard által leírt kórképben emésztési zavarok állnak előtérben, melyek részben a gyomor-, részben a bél-emésztés zavaraihoz nyilvánulnak, melyekhez általános ideges tünetmények csatlakoznak. A gyomor részéről fenforgó panaszokat azok szerfelett változó megjelenése jellegzi, majd az étvágy csökkenésében, majd étvágytalansággal változó fokozott étvágyban, az ételek iránt érzett undorban, teltségi érzésben, gyomorégésben, hányóingerben nyilvánulnak; majd székrekedés áll fenn, majd nyálkás tömegek ürül-

nek a bélsárral; a betegek a hasban érzett húzó fájdalmakról panaszkodnak. Mint ideges jelenségek: globus, szívdobogás, fejfájás, bágyadt-ság, álmatlanság s egyéb a hypochondria képéig fokozódó, megjelenésükben változó tünetények állnak fenn.

Az objectiv vizsgálatnál a hasi függőér erős lüktetését találjuk, a gyomorgödörben a pancreas gyakran kitapintható a lesóványodott hasfalakon keresztül; de legszembeötlőbb a hasi szervek lesülyedése: a gyomor egész terjedelmében le van sülyedve, a mit legjobban a gyomor fel-fuvásával ismerhetni fel, a mint azt előadó több betegen be is mutatja; a gyomor kis görbületét a kardnyujtvány és a köldök közötti területen, a nagy görbületet a köldök alatt, néha a symphisisig lesülyedve találjuk. A gyomor mozgató és nedvelváltató működése majd rendes, majd többé-kevésbé kifejezett atonia és subaciditás forog fenn.

A gyomor lesülyedését gyakran kíséri a belek lesülyedése, mely helyzetváltozás leggyakrabban a colon transversumot illeti. A betegség leggyakrabbi kísérő tünete a vesék rendellenes helyzete (vándorló vese), majd az egyik, majd mindkét vese kisebb-nagyobb fokban dislocált. Ritkábban sülyed le a máj, a lép, gyakrabban mutatnak helyzetváltozást a női ivarszervek. A betegség leggyakrabban nőknél fordul elő, aetiologiájában lényeges szerepet játszanak: gyors egymásutánban következő szülések, erős fűzés, súlyos gyermekágyak, hosszasan fennálló emésztési zavarok.

A betegség rendszeren idült lefolyású, a miközben a betegek általános táplálkozása feltűnően szenved.

A bántalom keletkezésében a leglényegesebb momentumot a hasúri szervek helyzetét rögzítő szalagos készüléknek ellazulása képezi.

A bántalom kórjósata, ha a szalagok ellazulása a hasúri szervek legtöbbjére vonatkozik, kedvezőtlen.

Gyógykezelésben: a hasúri szervek rögzítését célzó hasövek, zsongító étrend (Playfair kúra), gymnastika, massálás, a hasizmok faradizálása és a bélműködést szabályozó eljárások ajánlatosak.

#### Rosenheim-féle gyomordouche és Ewald-féle villanyos gyomorsonda.

Hirschler Ágoston: A gyomordouche puha gyomoreső, melynek alsó harmadán számos apró (1—2 milliméternyi), végén pedig egy nagyobb (3—4 mm.) nyílás van. Ha e csövön át tölcserből nagy nyomással (a tölcser magasra emelve) vizet bocsátunk a gyomorba, a víz az apró nyílásokon át permete módjára nagy kiterjedésben belocsolja a gyomor nyálkahártyáját, a nélkül, hogy a víz a gyomor belső falát körülírt helyén érné erős sugárban. A míg a közönséges gyomoreső, melynek 2 nagy ablaka szokott lenni, a gyomor rendellenes tartalmának kiürítésére alkalmas (pl. pylorus szűkületnél), a gyomordouche azokban az esetekben alkalmazható, melyekben a gyomor neuromuscularis rendszerére akarunk zsongítólag hatni, a gyomorfallazat rugalmasságának emelése céljából, vagy oly esetekben, melyekben érzési zavarok (cardialgia) vagy ideges alapon nyugvó fokozott gyomornedvelváltás (hypersecretio) képezik beavatkozásunk tárgyát. A fájdalomcsillapító és zsongító meleg vizes (38—30° C.) douche-on kívül előadó Rosenheim ajánlatára konyhasós (12—15 gm. 1 liter vízre) douchet alkalmazás csökkent sósav elválasztással járó gastritisek eseteiben, argensium nitricum-ot (1:1000) hypersecretio és gastralgia eseteiben. Az említett gyógyszerrel készített douche után a gyomrot 2—3-szor tiszta vízzel újból kiöblítjük.

Az Ewald-féle villanyos gyomorsonda a gyomor intraventricularis villanyozására szolgál. Puha gyomoresőben futnak a vezető sodronyok; a cső elefántcsontból készült ovalis, többször átfűrt gombban végződik, melyben az electrod vége úgy van megerősítve, hogy a gyomor nyálkahártyájával érintkezése ne legyen. Villanyozás előtt a beteg 1—2 pohár vizet megiszik; a csövet bevezetve és a másik electrodot akár a hasra, akár a hátra alkalmazva, az áramot 5—10 percig alkalmazzuk. Motorius zavaroknál (tonia) a faradikus, érzési zavaroknál (cardialgia) a galván áram alkalmazása ajánlott.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

Achille Monti: *Sulle alterazioni del sistema nervoso nell' inanizione.* Napoli, 1895.

Az éhezés okozta kimerülés következtében az idegrendszerben jelentkező kóros elváltozásokra vonatkozó kísérleteit a szerző Golginál, a páviai egyetem kórtani intézetében végezte. Monti előtt e tárggyal behatóbban alig foglalkozott valaki. Coen 1890-ben közölte vizsgálatait, melyek az idegrendszernek az állatok kimerülése következtében keletkezett változásaira vonatkoztak. Coen a kimerült állatok cerebrális idegsejtjeiben atrophia-kat talált. Monti azt vizsgálta, hogy mily módon jö létre ez az atrophia, vannak-e egyéb histopathologikus elváltozások, az idegelemek mely részei szenvednek leginkább s végre, hogy miként magyarázható az, hogy koplalás folytán kimerült állatoknál az idegelemek anatómiai elváltozásainak daczára a működési integritás oly sokáig megvan? A kísérleti állatok házinyulak voltak, lehetőleg egyforma súlyúak (1700—2500 gm.), fajtuk és koruk. A



kopáló nyulak teljes sötétségben, ketreczbe zárva, egyenlő hőmérsék mellett tartattak. A kontrol állatok bőségesen kaptak enni. A legtöbb nyúl a koplalás 12—15. napján hullott el, de voltak olyanok is, a melyek a koplalás 14. napján még jól tudtak futni. Más kísérleti sorozatoknál Monti a kopláló nyulakat az éhezés 8., 10. és 12. napján ölte le. Az elhullott vagy elvéreztetéssel megölt állatokból gyorsan kivette az agyvelőt s metszeteket készített belőle. A szövettani vizsgálatokat leginkább Golgi módszere szerint végezte.

A koplalás 8—10. napján leölt nyúl agyvelejében az idegsejtek protoplasmanyulványai már feltűnő elváltozásokat mutattak. Míg a nem éheztetett, ép nyulak idegsejtjeinek protoplasmanyulványai szabályszerűen elvékonyodva ágazódnak el és osmium bichromicummal kezelve sajátos tüskézetséget mutatnak: addig az éheztetett nyulak idegsejtjeinek protoplasmanyulványai degeneratív elváltozásokat mutatnak. A degeneratio a protoplasmanyulvány legtovábbi ágain kezdődik s lassan terjed tovább a körzettől a központ, a sejttest felé. Az ilyen esetekben a protoplasmanyulványok sajátos tüskézetsége helyett szabálytalan, kerek vagy olajbogyóalakú, orsóalakú csomókat látunk, mint az ébrényi idegszövetben, maguk a nyulványok nem vékonyodnak el szabályosan a periphéria felé, hanem teljes elvékonyodásuk jelentékeny.

Mínél tovább koplalt az állat, annál feltűnőbbek az elváltozások s annál inkább haladt a degeneratív folyamat az idegsejtig. Megjegyzendő azonban, hogy ezen elváltozások az agyvelőnek nem minden részében találhatók fel egyformán: egészen normalis sejtek szomszédságában látni előhaladott degenerációkat. A midőn a kóros elváltozás a sejttestet is elérte — a mit szintén gyakran látott Monti —, a sejt elsorvadása, pusztulása következik be. A nagy loboralakú sejtek, a pes hippocampi major tipikus idegsejtjei, a fascia dentata apró idegsejtjei, a Purkinje-féle sejtek valamennyien szépen mutatják a leírt elváltozásokat (a Purkinje-féle sejtek talán még a legellenállóbbak) s a szerző sikerült rajzokkal illusztrálja munkáját.

Az idegnyulványokon és idegrostokon a szerző elváltozásokat nem talált.

\*\*\*

A középponti idegrendszerben tehát az éhezés okozta kimerülés következtében olyan mélyreható táplálkozási zavarok keletkeznek, melyek az idegsejtek protoplasmás nyulványaiból indulva ki, áttérjednek a sejttestekre, miáltal ezek degenerálódnak és ébrényi jelleget nyernek; ellenben az idegnyulványok és idegrostok sokáig ellentállanak az éhezésnek, valószínűleg az idegsejtek rovására táplálkoznak s csak akkor kezdenek degenerálódni, mikor már az idegsejtek pusztulása tökéletes. A kísérletek azt is bizonyítják továbbá, hogy az idegsejtek protoplasmás nyulványai mélyreható elváltozásokat szenvedhetnek el, a nélkül, hogy azért a középponti idegrendszer nemesebb működései akadályoztatnának, s Monti is Golgi nézetét fogadja el, hogy t. i. az idegsejtek protoplasmanyulványainak főleg tápláló feladatuk van.

Aujcsky dr.

## II. Lapszemle.

### Bőr- és bujakórtan.

Athetosisról syphilisnél értekezik *Strübing* egy eset kapcsán. A 19 éves beteg a mensék fellépte óta hysterikus görcsökben szenvedett. 1893. év végén syphilit acquirált. 1894. márczius havában önkéntelen mozgások léptek fel a bal kézben és lábban, melyek 2—3 hét után elmúltak, májusban azonban a bal karban még nagyobb intenzitással visszatértek annyira, hogy a beteg teljesen munkaképtelenné lett. Ezen önkéntelen mozgások abban állanak, hogy a kéz és ujjak rythmikus körülbélül 50—60-szor egy perczben nappal és éjjel oly mozgásokat végeznek, mintha valamit megfogni akarnának. Syphilitikus tünetek közül fekélyek a lágy szájpádon voltak kimutathatók. Hat heti antisiphilitikus gyógykezelés után úgy a syphilitikus tünetek, valamint a fent leírt athetotikus mozgások teljesen visszafejlődtek. A syphilis másodlagos stadiumában cerebralis megbetegedések a ritkaságok közé tartoznak és ezek között legismertesebb az epilepsia, chorea és az athetosis. Míg azonban az athetosis prognosisa ott, a hol mint complicatio lép fel agy- és gerinczagy bántalmaknál, rossz,

addig a syphilis másodlagos stadiumában előforduló athetosisnak prognosisa kedvező. (Archiv f. Dermat. u. Syphilis. Bd. XXXIII. Heft 3.)

*Aschner Arthur dr.*

**Tabes dorsalis és syphilis** címén értekezik *Glück* (Sarajevo). Mióta *Fournier* azon tant megalapította, hogy a tabes a syphiliből ered és *Erb* ezen tant propagálta, az óta a statistikák száma és ezen tannak hívei csak növekedtek. Daczára annak, hogy *Gowers* 70%-ban, *Erb* 85%-ban, *Fournier* 93%-ban, *Möbius* pedig 100%-ban találta az előrement syphilis megbetegedést, szerző határozottan óvást tesz az ellen, hogy a tabes a syphilis által okozatik. Ezt következő okokkal vélheti támogatni: Eltekintve attól, hogy számos tabes előrement syphilis nélkül is észleltetett, ha a tabes csakugyan a syphilis nyilvánulásainak egyike, akkor a syphilis specificumainak (Hg. és I.) használatára a korán felismert tabes-esetek nagyobb számában a folyamatnak legalább megállapodásra kellene jönnie, a minek ellenkezőjét a számos tapasztalat mutatja. Ha a tabes gyakorisága a syphilis gyakoriságával egyenes viszonyban állana, akkor oly országokban, a hol a syphilis úgyszólván az egész lakosságot megtámadja, a tabesnek is fölöttébb gyakoribbnak kellene lennie. Így tudjuk azonban, hogy a kurgisek között, a hol majdnem minden férfi és nő syphilitikus, alig fordul elő tabes, hasonlóképen áll a dolog a valódi négerknél. Szerző 6 más kartárssal együtt Boszniában és Hercegovinában, a hol a syphilis annyira elterjedt és a hol a syphilisnek legsúlyosabb alakjai napi renden voltak, 15 évi észlelés alatt tabes esetet nem látott. Nem tagadhatja ugyan, hogy Boszniában és Hercegovinában tabes elő nem fordulna, feltűnő mindenesetre az, hogy 6 igen elfoglalt orvos ilyen a syphilis által fertőzött területen tabest nem észlelt. (Wiener medic. Wochenschrift, 1896.)

*Aschner Arthur dr.*

**A syphilis gyógyításáról hydrarg. kal. hyposulfuratummal** ír *Rille*. A hg. kal. hyposulf.-ot 28 betegnél alkalmazta, kiknek kórtörténetét is részletesen leírja és kik közül 14 recens syphiliben, 11 későbbi secundaer syphiliben, 1 bőrgummákban szenvedett; 1 sklerosissal fertőztetésének 5. hetében praeventive kezeltetett. A 28 beteg közül 1 gyógyulatlanul hagyta el a kórházat, 2 esetben dörzsölésekkel toldotta meg a kezelést, 3 recidivákkal jelentkezett későbbben, 16 esetben 0.25 hg. kal. hyposulfuratum 10.0 aqu., 10 esetben 0.5:10.0 és 2 esetben 1.25:10.0 oldatokat alkalmazott. A foltos syphilid visszafejlesztésére középszámban 20 befecskendezés a 0.25:10.0 és 11 befecskendezés a 0.5:10.0 oldatból volt szükséges; 20 befecskendezés a 0.25:10.0 és 14 befecskendezés a 0.5:10.0 oldatból a maculopapulosus kiütések-nél, 25 befecskendezés a 0.25:10.0-ból a pustulosus alakoknál és 18 befecskendezés a 0.25:10.0-ból a különféle secundaer-tünetek visszafejlesztésére. A 0.25 és 0.5:10.0 oldatokból minden nap, a 1.25:10.0 oldatból minden 5. nap feecskendezett be. Az eredmény világosabb feltűntetésére a syphilitikus eruptiók helyileg nem kezeltettek. Biológiai szempontból az állatkísérletek kimutatták, hogy a hg. kal. hyposulfur. mérgezési hatása tetemesen kisebb a cyan-, rhodan- és succinimid higanyénál. A betegek ezen készítményt eléggé jól tűrték és mellékhatásaiban sem volt kellemetlenebb még az 5%-os sublimat-oldatnak megfelelő töménység-nél sem. Csak egy hátránya van és ez az, hogy az oldat már 2—3 nap múlva bomlik, még ha a nap sugarainak behatásától is megóvjuk, minek következtében úgy adagolásra, mint gyógyhatási értékre nézve kárt szenved, könnyen előidézhet továbbá kellemetlen mellékhatásokat, a miért is csak friss oldatoknak alkalmazását ajánlja. (Wiener med. Presse, 1895. Nr. 3—7.)

*Aschner Arthur dr.*

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Neurastheniások emésztési zavarai** ellen *Robin* a következő orvosságot rendeli: Rp. Tinct. rhei, Tinct. valerianae, Tinct. calumbae aa 6.0; Tinct. ipecacuanhae, Tinct. opii aa 2.0. 6 cseppet egy evőkanál vízben néhány perczel minden étkezés előtt. (Practitioner, 1896. április.)

2. **Vasas lemonade** *Goodell* szerint: Rp. Tinct. ferri perchlor. 8.0; Acidi phosphorici diluti 24.0; Spirit. citri 8.0; Syrup. simpl. ad 200.0. Egy kávéskanálnyit minden étkezés után egy pohár vízben bevenni. (Practitioner, 1896. április.)



## TÁR C Z A.

## Újabb külföldi úton tett tapasztalataim.

*Thanhoffer Lajos dr., egyet. ny. r. tanártól.*

A nagyméltóságú vallás- és közoktatási ministerium által tanulmányi útra küldetvén ki a bonczani intézetek berendezése megtekintésére, a kiküldetésnek megfelelően: mult év július 1-sején indultam útra, megtekintvén *Boroszló, Berlin, Hamburg, Kiel, Frankfurt, Würzburg, Heidelberg, Strassburg, Páris, Lausanne, Zürich, Innsbruck* és *Grác* intézeteit. 1876-ban szintén kiküldetésben jártam, de azóta is privat buzgalomból számos más egyetemet látogattam meg; de itt csakis fentebb említett városok intézeteiben tett tapasztalataimról referálok.<sup>1</sup>

1. *Boroszló.* Bonczani intézet. Igazgató-tanár: *Hasse*; prosector: *Born dr.* (a kit most Innsbruckba hívtak meg). Az intézet régi, de újat most építenek. A tanár muzeumát s új intézeti terveit mutatta be. Az új leendő intézet a remek nyerséptményű (Rohbau) klinikák stylje szerint lesz czélszerűen építve. Érdekesek voltak reám nézve a *Hasse* atlasa szerint festett gypstorsók, a melyeken külön-külön színekkel voltak festve a bőrdegek elterülései; más modellen pedig az izmok idegellátásai szintén más és más színekben; továbbá egy *járás-modelle* (Gangmodelle; 600 márka), a mely az ember járását érzékíti; végül a *His*-féle szép agymodellek.

*Born* remek vizsgálati eredményeivel ismertetett meg; így miként kell az embryologiai készítmények *orientálás*át megejteni; továbbá bemutatta működésben szellemes és igen egyszerű *metszetnyújtó* készülékét (Schnittstrecker), hevíthető mikroskopi asztalát, *lemez-modellező* (Plattenmodellir-Methode) eljárását s egy igen fontos módszerét embryók összenövesztésére, a melynél fogva két embriót felez s egybenöveszt, a mi addig sikerül, míg a bél ki nincsen fejlődve. Azóta publicálta is e nevezetes észleletét s értekezését nekem meg is küldte. A gypsmodelleket a fentebb említett festésekhez az intézet állandóan alkalmazott modelleurje készíti.

Ugyancsak megtekinttem *Boroszlóban Heidenhain* physiologiai intézetét is s úgy neki, mint *Born*nak is bemutattam idegtani és izomtani készítményeimet.

2. *Berlin.* Berlinben ismertem már *Waldeyer* bonczani intézetét s ide főleg *Hertwig* új intézete vonzott, mely gyönyörűen berendezett intézet *embryologiára* és *szövettanra*, II-dik bonczani intézet néven. Igen szép a tanterme és tágas nagy a szövetani laboratoriuma is. A muzeum nem teljes, de sok érdekes van benne. Lapos párhuzamos csiszolt felületű üvegedényei (a melyeket azóta már hozattam intézetemnek) nyerték meg tetszésemet borszeszes vagy formolos készítmények számára.

Költőkályhái a szokott thermostátok; a tojásokat fűrészes porba teszi. Forella tenyésztője kettős bádgedény lefolyóval és odafolyóval. A forellapetéket *Hertwig*-ék az elsassi *Hünningen*-ből hozatják; 1000 pete 5—7 márka. Novemberben kell azokat hozatni. Fűrészgépük is van testátmetszetek készítésére, a melyet *Meyer* (Brunnstrasse, Berlin) szállított. A lapos üvegedényeket *Warmbrenn* és *Omlitz* (Berlin) szállítja; de *Klönne* és *Müller* is szállít ilyeneket. Az intézet udvarán bedrótzott aquarium van, olyforma, mint a milyen a budapesti technikai intézetben.

Az intézetnek állandó praeparatora (600 tallér fizetéssel és lakással) van. *Waldeyer* intézete még *Reichert* által épített; mint 1876-ban mondták, elépített; de átalakítva czélszerűen van berendezve s felszerelve. *Waldeyer* mellett több tanár tanít és foglalkozik. Mint muzeumi custos és a szövetani dolgozatok vezetője, nemkülönb az anthropologia tanára a hírneves volt göttingai tanár *Krause* van alkalmazva. Mint rk. tanárok tanítanak továbbá ott *Broesike* és a fiatal *Virchow*, a kőboncznok fia, a ki a művészeti (plastikai) anatómiát tanítja e mellett a képzőművészeti akadémiai hallgatóknak. *Hertwig*-et már említettük, de neki most már külön intézete van.<sup>2</sup> *Waldeyer*-nek említett készítményeimet mutattam be.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 1876-ban utazásomról „Jelentés külföldi utazásom alatt tett tapasztalataimról” című füzetben referáltam.

<sup>2</sup> *Waldeyer*, valamint *Lipsében* His-intézetét már fentebb id. utazási jelentésemben írtam le.

<sup>3</sup> *Krause* látta már azokat Budapesten létekor és felszólított, hogy Archivumában tegyem vizsgálataimat közre.

3. *Hamburg.* Hamburgban a városhoz elektromos vasúton egy órányira fekvő Eppendorfi-kórház és annak anatómiai intézete érdekelt. A kórház 59 pavillonból, egy igazgatósági épületből és egy villaszerű igazgatósági lakásból áll. A fertőző betegségeknek elkülönített kórházak vannak. Van a nagy parkban, a melyben a pavillonok el vannak helyezve, az elkülönített női és férfi klinikumokon, az említett és temetkezési teremmel s kápolnával ellátott bonczani intézeten kívül gőzmosó, gőzdesinficiáló- és gőzfűző külön épülete. A berendezés példányszerű mindenütt. A személyzet kitűnő szakemberekből áll, jó fizetéssel. Az igazgatónak (*Rumpf* tanár) 11,000 márka fizetése és szabad lakása van; a prosectornak (*Fraenkel*) 5000 márka, a sebésznek (*Schede*) 16,000 márka a fizetése.

4. *Kiel.* Kielben a híres *Flemming* piczi, de czélszerűen berendezett intézetét néztem meg s főleg a személyes ismeretség kötése is vonzott oda a nagy tudóshoz, ahhoz, a ki úgy a mitotikus (indirect) sejtoszlást, mint a szövetani technikát illetőleg is maradandó érdemeket szerzett. Készítményeimet neki is bemutattam, míg ő az ott dolgozók készítményeit demonstrálta nekem. Az intézet berendezése egyszerű s itt bővebben nem is ismertetem azt.

5. *Frankfurt.* Frankfurtba a *Senkenburg*-intézetben működő tanárok, *Weigert* és *Edinger* vonzottak, a kiknek készítményeimet mutattam be; ezalatt telefonice odahívták hozzánk *Nissl* elmekórtani kórházi orvost is, a kinek módszerével (*Nissl*-féle methodus), mint ismeretes, vizsgálják most szélteben itt hazánkban is, úgy mint a külföldön, idegbajoknál az idegsejtek elváltozását.<sup>1</sup> Hárman átnézték idegkészítményeimet s úgy ők, mint azok a kik látták azokat, constataták azokat az eredményeket, a miket a m. tud. Akademia kiadványai közt megjelent értekezésemben<sup>2</sup> raktam le.

A *Senkenburg*-intézet egy privat tanulmányi alapítvány, csinos élettani, bonczani, chemiai intézettel, tantermekkel és muzeummal. nemkülönb kitűnő erővel. *Weigert* például első rangú tekintély, a kinek módszerével vizsgáljuk a központi idegrendszer velős idegeit, vagy annak újabb módszerével a *glia állományát*. *Edinger* pedig az agy szerkezetére nézve első rangú capacitás. *Weigert* remek *glia*-készítményeit, *Edinger* pedig az agy szerkezetére vonatkozó összehasonlító vizsgálati eredményeit mutatta be nekem rajzokban. Vizsgálatait csak ezután fogja közölni. *Weigert* egy ügyes módszerrel is megismertetett, a melyet egyik assistense talált fel, hogy t. i. miként kell az immersziós lencsékkel való dolgozások után a cedrus-olajat a fedőüvegről eltávolítani. Erre nem kell más, mint pipettával az olajas helyre egy-két csepp xyolt tenni és a pipettával többször ráfűjni.

6. *Würzburg.* Igazgató-tanár *Kölliker*; rk. tanár *Schultze*, a nagy *Max Schultze* fia. Prosector volt akkor a mostani tübingai prosector és rk. tanár *Lenhossék József* hazánkfia; m.-tanár: az ügyes histolog *Heidenhain*, a híres boroszloi physiolog fia. Ezenkívül az intézeten assistensek, custos, két praeparator és egyéb személyzet van alkalmazásban. Az intézet nagy, czélszerűen berendezett s évi dotatiója 18,000 márka. Két nagy bonczoló terme, tágas tanterme és kisebb tanterme van, s igen tágas mikroszkopozó terme; e mellett összehasonlító anatómiai szép muzeuma csontvázakkal s másik bonczani muzeuma kevés tárgygyal; a souterrainben 11 fagyasztó fülkéje, a melyben a holttestek augusztusig épen eltarthatók.

*Kölliker*nek készítményeimet bemutattam; *Schultze* mikrotomjával metszett gyönyörű agymetszeteit mutatta be nekem, míg *Lenhossék* idegsejt készítményeit, a melyekben épen akkor fedezte a *centrosomát*;<sup>3</sup> nemkülönb bemutatta nekem épen akkor megjelent és a központi idegrendszer szerkezetére vonatkozó munkáját.

7. *Heidelberg.* A heidelbergi intézetet már hat évvel ezelőtt megszemléltem, de most behatóbban tekintetem azt meg. Az

<sup>1</sup> A *Nissl*-féle methodus le van írva ismert szövetani munkámban.

<sup>2</sup> Adatok a központi idegrendszer szerkezetéhez 1887.

<sup>3</sup> Azóta közölte is vizsgálatait.



intézetet a nagy comparativ anatom és zoolog *Gegenbauer* vezeti. Rk. tanár *Maurer*, a ki most épen a börről írt egy nagyobb művet és *Klaatsch*. Az épület átépíttetését most tervezi épen *Gegenbauer*. Az intézetről, bár elég nagy és elég czélszerű, nincsen különösebb megjegyzésünk.

8. *Strassburg*. Már 1876-diki utamban láttam tető alá hozni a strassburgi anatomiai intézetet. Remek az új központi egyetemi épület, de igen kitűnők a messzebb a Spitalthornnál fekvő orvosi intézetek is. A boneztani intézet folyosóval az épület másik részében elhelyezett kórboneztani intézettel van kapcsolatban. Az intézet-igazgató *Schwalbe* dr.; ugyanitt van a tájboneztan tanárul, a mitotikus oszlás tanulmányozásáról, de újabb boneztani vizsgálatairól is igen jól ismert *Pfitzner* tanár is. Ugyancsak ebben az intézetben anthropologiai tanulmányokkal foglalkozik *Mehner* dr., (orosz) I-ső tanársegéd. II-dik assistens *Thilenius*, az a ki a *His*-féle projectió készüléket czélszerűen javította. Az intézet helyiségeiben a dolgozó asztalok többjének táblája felében fával, felében zinkpléhhel van beborítva. *Pfitzner* szép morphologiai vizsgálataihoz egy piezi chemiai fülkébe helyezett apparatusban macerálta a kéz skeletjét és remek készítményeket állított így elő. A macerált csontok kiszáritására ő nem a drága centrifugal készüléket használja, hanem a méz kiválasztására való olcsó bádóg készüléket, a melyet ő „*Honigschleuderer*“-nek nevezett meg előttem, s a mely néhány márkába jó. Ugyanitt láttam először (úgy hallom, hogy Kolozsváron és a vörös-kereszt kórházban is vannak ilyenek) a *Warrington*-féle kis készüléket is alkalmazni, a melylyel momentán lehet forró vizet nyerni. Czélszerűek itt a kézmosdók is. Remek a muzeumok is, különösen az ethnographiai anthropologiai gyűjteménytár. Remek római és *Strassburg* környékbeli prachistorikus koponya van benne; nemkülönben sok az anthropoid- és más majom koponya is; állatkoponya is van elég; az elzászi, a német, lothringiai, osztrák, tyroli koponya is sok; sőt még állítólagos magyar koponyák is díszelnek ott a szekrényekben. Alsó rossz koponyák is vannak. Egyiptomi is sok, dynastiák szerint osztályozva (állítólag biztossággal); és pedig 206 régi egyiptomi koponya van intézeti muzeumukban; újabb egyiptomi és perui koponyák is, sőt mumiák is találhatók.

Megtanított *Pfitzner* arra, hogyan kell a halottat tartó borszeszes tumbákat úgy elkészíteni, hogy azok ki ne lyukadjanak. Csak azt kell elérni, hogy a halott a zinktumba fenekéhez ne érjen; erre pedig elég, ha a fenékre tett és falécekből készült alzatra fektetjük a holttestet, vagy holt testrészeket. Egy új kis eszközt is bemutatta (a melyet *Scibert* optikus *Wetzlarban* készít), a melylyel a szemlélőnek megmutathatjuk, hogy a mikroskopen melyik részét a tárgynak óhajtjuk vele megnézni. Ez egy oly ocular, a melyben egy hegyes végű indexet tolhatunk el a látótérben s beigazíthatjuk azt a vizsgált tárgy nézendő helyére. A csontokat *Pfitzner Walb* késestől, *Heidelbergből* hozatható nickel-sodronyokkal fűzi egybe. A sodronyok vastagsága: 0.3; 0.4; 0.48; 0.55; 0.8 mm. Mustrákkal szívesen el is látott.

*Strassburgban* a celloidinosis corrosiós készítményeket glicerinen teszik el, így nem törnek. Készítményeken az idegeket, a melyek borszeszben tartatnak el úgy, mint mi teszszük, megfestik, de nem gonasch-festékekkel, mint én ajánlottam először, hanem carminnal festett gelatin- vagy celloidin-oldattal mázolják be.

Érdekes egy a pestis idején elhalt zárdafőnök (*Schlechstadt* hercegnő) gypsöntvénye, a melyet a zárda helyén talált mészüreg kiöntvénye után készítettek, s a mely a XI. századból eredt. Az intézet évi dotatiója 8500 márka; de külön felterjesztésre az intézet évente még mindig kap 2—3000 márkát.

*Strassburgban* ottlétemkor csinos kis iparkiallítás volt, a melyen egyik kis pavillonban egy elektromosan fűthető és kormányozható költőkályha vonta magára a figyelmemet, a melyben a csirkék a tojásból egymásután bujkáltak ki. Kapható kisebb-nagyobb alakban: *Otto Schulze*-nél (Elsässische Electricitätswerke); *Regenbogengasse* Nr. 10.

(Folytatása következik.)

<sup>1</sup> *Pfitzner*.

## Piemontból.

Società Piemontese d'Igiene. — Laboratorium a Monte Rosa csúcsán. — Sudan III. — Malaria Olaszországban.

A „*Società Piemontese d'Igiene*“ április hó 25-diki ülésén *Mazza* dr. érdekes bakteriologiai vizsgálatairól számolt be. Ezek szerint *Turin* több kávéháza porában ki lehetett mutatni a *tuberculosis bacillusát*. A vizsgálat alá vett port egy kis papírlapra hagyta a kávéház asztalán ráülepedni. Genyesedést okozó bakteriumok és pneumococcus persze nagy számban voltak valamennyi etablissement porában kimutathatók. Továbbá *Mosso* tnr. ajánlatára a *municipalis iskolák* padjain összeszedett port elemezte bakteriologiai szempontból. Ismét sok pyogen mikroba, pneumococcus és egy esetben *bacillus diphtheriae* mutatkozott a porban jelenvalónak. Az iskolák és kávéházak hatóságilag ellenőrzendő periodikus desinfekcióját hozza ennél fogva javaslatba. A discussio során *Mosso* azt emeli ki, hogy azokban az iskolákban verik fel a gyermekek a tanteremben a legtöbb port, a hol kötelező tornázás nincsen. A gyermek szükségét érezvén időről időre a nagyobb testmozgásnak, a *padokon tornáznak*. (Jól emlékszem még a nagy „török- és magyar“-csatákra, a mit mi annak idején hasonló okból vívtunk meg az óraközi szünetekben, pedig csak esendesebb nagyvárosi gyerekek voltunk! Ref.) Sürgeti a kötelező tornázás bevitelét az összes iskolákba. Egyik tagtárs *Milano* város újabb intézkedését is példának ajánlja. Az összes városi tanító-intézetekben minden gyermeket külön *ivó pohárral* láttak el, hogy a közös bádógmeszely, a szájról szájra fertőzés terjesztője sutba kerüljön. *Foa* tanár ekkor ismételten a csókra, illetve a *szájon csókolásra* utal, mely az említett infectiónak még közönségesebb terjesztője. A szájnyalban tudjuk, mennyi pathogen mikroba tanyáz. Ezek a resistens, eléggé alkaliás vérű, jó táplálkozású gyermekben nem tesznek kárt. De csókoljon meg ez egy kevésbé bakteriumellenes vérű gyermeket, plántálja belé esetleg a kórokozó agenszt, kész a veszedelem. Ha már gyermekek közt fel is merül a csókolózás szüksége, ám csókolják egymást arcon, képen, de a szájon csókolást kötelességszerűleg eltiltandónak tartaná. A jövő ülésre e tárgyakban bővebb vitára készül az egyesület *Bizzozero* tnr. elnöklése mellett. Végül ugyancsak *Mazza* dr. egy új módját ismerteti a *tej szennyanyagai* quantitativ meghatározásának.

F. évi április hó első felében szavazott meg *Turin* városa a maga részéről is 10,000 lirát a *Monte Rosa* tetején építendő *physikai és élettani laboratoriumra*. A vállalkozás lelke, *Angelo Mosso*, a „*R. accademia di Medicina di Torino*“ elnöke, hozott össze már régebben egy szövetkezetet a terv kivitelére. A tőke annyira össze is gyűlt már, hogy a 4600 méteres fehér csúcsot ez idén elkezdik lapítani, egyenesíteni, úgy hogy az épület hordására alkalmas kis fensík támad rajta. És megkezdik az építést is. Az intézet az egyetem physikai intézetéhez fog lényegileg tartozni, de élettani vizsgálatokra is be lesz rendezve. Az állam kötelezte magát, hogy egy assistenst és egy szolgát fizet a monrosai laboratoriumban. Az assistens fizetése 3000 lira lesz, de a működési idő csak a nyárra szorítkozik. A közlekedést egész a csúcsig lehetőleg javítani fogják s a laboratoriumot telefontal kötik össze *Turin* városával. Mindez *Angelo Mosso* érdeme, a ki egy ízben télen is megmászta a *Mont Blanc* rivalisát<sup>1</sup> és két évvel ezelőtt augusztus hónapban valóságos nagy tudományos expedíciót rendezett oda. A vállalatban a genovai *Mosso* tnr., a turininak testvére mint chemikus és kivülre több doktor vett részt. A hadügyministerium oly előzékeny volt a tudományos czélú kirándulás iránt, hogy műszaki katonákat bocsátott *A. Mosso* rendelkezésére. 1500 m., 3000 m. és 4500 méter magasságban ekként valóságos tábort ütöttek, hevenyészett sátrakkal, faházikókkal, hogy a különböző magasságok élettani befolyását tanulmányozzák. Az eszközöket egy sereg (16) láda foglalta magába. A csúcs közelében épült faház, a „*Capanna Margherita*“ számára Olaszország nemes királyasszonya díszül és nemtőlül egy szép modern festményt ajándékozott, *Nicolo Barabino* „*Madonna dell'Olivo*“-ját, mely alá sajátkezű ajánló sorokat írt. A glecserek, hómezők világában, mialatt *Turin* olyan budapesti fajta augusztusi

<sup>1</sup> *A. Mosso*: Una ascensione d'inverno al Monte Rosa, Milano, 1885.



hőségben fürdött, metsző szelekkel, hóviharral stb. küzdöttek a tudomány emberei s mégis mind elragadtatással emlékeznek az expeditio szép napjaira. A természet fensége elmoshatatlanul vésődött valamennyiük lelkébe. A kirándulás tudományos eredményeit *Angelo Mosso* professzor a közel jövőben nagyszabású munka alakjában fogja közzétenni.

*Sudan III.* Nem tudom, használatban van-e már a mi ép- és kórszövet-tani dolgozóinkban a zsírszövet festése *Sudan III*-mal. Egy vöröses-barna, igen könnyű por ez ( $C_{22}H_{10}N_4O$ ), mely kereskedésbeli alkoholban jól oldódik. Oldható továbbá aetherben, chloroformban, xyloban, bergamot-, szegfü-, cézdrus-olajban, terpentiben, de leginkább zsírokban. Vízben oldhatatlan. Ha a telített alkoholos oldatába 5–10 percze bárhogy kezelt zsírszövetet teszünk, a zsírgolyócskák a legszebb *narancssárga* színt veszik fel, míg minden más szövetrészt teljesen színtelen marad. A kép rendkívül szép, a szó szoros értelmében brilláns, mert a zsírgömb a festés után is oly élénk fénytörésű marad, mint a milyen előtte volt. Az eljárást *Daddi dr.*, *Mosso* egyik assistense fedezte fel. *Sudan III*-mal kísérlet céljából állatokat etetett s ezeket leölvén, azt találta, hogy a zsírszövetük makroszkopikus képben is gyönyörű narancssárga. A dolgot közelebbről megvizsgálva, kitűnt, hogy a többi szövetek még mind színtelenek. Így jutott a histológiai alkalmazás gondolatára. És a kísérlet bevált.

A friss mesenterium-darabocskán lévő vékony zsírszövet-részeket legjobban lehet az eljárást hevenyében demonstrálni. Metszetek bármily keményítési móddal készülhetnek, a mely a zsírszövetet magát épen hagyja. Igen jó különösen a Müller-féle folyadék. Kereskedésbeli alkoholban megöblítés után a metszet vagy friss készítmény 5–10 percze a festék-oldatba (telített alkoholos oldat) kerül, azután ismét közönséges alkoholban lemosás és *glycerinbe* zárás következik. Az eljárással a legkisebb zsírrészletecské is élénken szembetűnnek. A bélbolyhokban (megfelelő idővel etetés után leölt állatból) pl. a zsírfelszívódás tüneténye kitűnően tanulmányozható.

Alapfestés haematoxylinnal jól sikerül.

Nem tudom, nálunk mennyire kapható a festőanyag. Olaszországban meglehetősen nehezen lehet hozzáférni. Egyedüli biztos forrása: *Rinaldo Domiani*, Rappresentante della fabbriche chimiche, *Venezia*. Mint hallom, nem drága.

A methodust *Daddi dr.* a R. Accademia di Medicina di Torino 1896. január 17-diki ülésében mutatta be, rövid referatuma az akadémia „Giornale”-jában jelent meg.<sup>1</sup>

Itáliának egy igen foltos nagy térképe függ a már többször emlegetett „R. Accademia di Medicina” könyvtárhelyiségében és több turini egyetemi intézet bibliothékájában is. A római congressuson bizonyára közszemlére volt téve, de azért röviden leírom. Olaszország malaria-halandóságát mutatja a 90-es évek legelsőiben. Címe: „*Mortalità per infezione malarica in ciascun comune del Regno d'Italia nei tre anni 1890–91–92.*” Az állapotok feltüntetése az ezer lakosra eső közepes évi malaria-halálozás számaival, illetve színeivel történt. A skála ez: 1000 lakosra eső mal. halálozás évi átlaga: 0, < 1, 1–2, 2–3, 3–4, 4–5, 5–6, 6–7, 7–8, > 8. A sorozat lelegeje fehér, legvége kék, a közbeeső 5 kisebb fokozat sárga (kül. niansz), a 3 magasabb zöld. Végignéve a mappán, azt látjuk, hogy északi Olaszországban csak egyetlenegy kis kék folt van *Milanótól* nem igen messze, kelet felé. A legnagyobb malaria-halálozás kék területei sűrűbben *Rómától* délre következnek. Nem nagy távolságra *Róma* alatt a tirrhéni parton egy jókora kék folt. A fővárossal egyenlő északi fekvésben az adriai parton több ily szomorú jel. Azután *Foggiától* délnek húzódik, távol a partoktól a tarantói öböl, egy sora a kékekkel jelölt helyeknek. *Siciliában Cataniától* jó messze nyugat felé *Catenanuovo* tájéka mutatott > 8 halandóságot. Ilyen erősen képviselt terület csak egy van még a szigeten és ez *Biscari* a környékével, meglehetősen közel a délnyugati part-szegélyhez. Szegény *Isola di Sardegna*, Szardínia, azonban szánszámomra méltóan pompázik a sötétebb színekben. A déli csücskén, azon vonal alatt, a mely *Gagliarit Iglesias*-szal kötné össze, túlnyomóan kék.

<sup>1</sup> *Lamberto Daddi*: Nuovo metodo per colorire il grasso nei testuti. Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino, 1896. Nr. 2.

*Róma* maga fehéren van hagyva, közvetlen környéke már jócskán sárga (haland. 2–3) és pedig nagy területen, szakadatlan övben az örök város körül. *Nápoly* < 1, ugyanúgy *Pisa*, *Messina*, stb.

A gyógyklímás helyek tájai így viselkednek. *Bordigherában* a halandóság 0, *San Remóban* < 1, *Alossioban* 0, *Nervi*ben 0 (szomszédjában nyugatnak *Genova* és keletnek *S. Ilario*: < 1), *Rapallo*ban < 1 és ugyanily kicsiny a malaria-okozta mortalitás *Speziában*, *Viareggióban*. *Capri* szigete teljesen szabad.

*Siciliában Palermo* szabad, környéke egy kis délnek fekvő sárgább folt (Delmonte tája) kivételével nagy kiterjedésben < 1. *Catania* szomszédja < 1, északnak az *Etna* felé nagy messzeségre ilyen kedvező a helyzet, ellenben délnek és nyugatnak nem igen távol a nagy kikötő várostól 2–3 az évi átlagos malaria-halandóság 1000 lakosra az 1890–91–92. években. *Acireale* < 1-gyel szerepel.

Torino, 1896. április 28-dikán.

*Kuthy dr.*

## Heti szemle.

Budapest, 1896. június 11-dikén.

**Külföldi egyetemek.** Angliában az egész felső oktatás és így az orvosok képzése is messzemenő autonómiát élvez. Az állam a legutóbbi időkhöz majdnem teljesen magára hagyta az egyetemeket s az újabb törvények is tiszteletben tartják az évszázados fennállásuk által hatalmasá vált intézményeket. Az egyetemi élet tulajdonképen *Cambridge* és *Oxfordban* összpontosul. E két főiskola mesés gazdagságú, évi jövedelmük meghaladja a 9 millió forintot s bár az utolsó 20 év óta a tanulók száma megkétszereződött, *Cambridge*ben 3430, *Oxfordban* 3358 tanuló volt a lefolyt tanévben. Ez óriási jövedelmi források tehát csak egy kis élite képzésére szolgálnak. A tanulók legnagyobb része collegekben lakik. *Cambridge*ben a 3430 hallgató közül 1834. Ezek nem kaszárnyaszerű intézetek, hanem oly internatusok, melyekben a tanulók szigorú, de nem szolgai fegyelem mellett valóságos otthon s kényelmet találnak. Persze az ilyen berendezés költséges s fejenként körülbelül 2000 forintba kerül évente. Igen magas, pályázat útján eluyerhető ösztöndíjak lehetővé teszik, hogy szegény, de szorgalmas és tehetséges tanulók is részesülhessenek ez oktatásban és nevelésben. Ilyen módon aristokratikus ugyan az intézmény, de bele nemcsak a pénz s a születés, hanem a szellemi aristocrazia is szabad bemenetet talál.

Az egyetemi élet tulajdonképen a collegekben folyik le. A college előjáróját (master, president, dean, rector) a fellow-k választják, utóbbiak önmagukat egészítik ki s két osztályúak: egyszerű fellow-k, kik 7 éven át teljes ellátást és évi 2500 forintot kapnak s nincs semmi más kötelességük, mint a tudományos buvázkodás (hatalmas mód a succerentia biztosítására!), a másik osztályúak oktatással foglalkoznak (lecturers, tutors, professor) s megbízásukat meghosszabbítható 6–12 évre kapják s életfogytiglan évjáradékot kapnak. Az egyetemi szervezet élén a kancellár áll. Ez tiszteletbeli állás. Ez idő szerint *Salisbury* (elődjei: *Derby*, *Wellington*). A végrehajtó hatalmat az alkancellár gyakorolja. A proctorok a disziplinára ügyelnek fel. A nagy tanácsot: convocatión-t az egyetem összes doctorai alkotják, a kancellárt ők választják és évente egyszer gyűléseznek. A congregatión-t a collegek előjárói s a helyben lakó doctorok képezik, a heti tanácsot az előjárók és 18 választott tag alkotja. Az ügymenet nehézkes. A heti tanács előkészíti a javaslatot, a congregatio elfogadhatja, vagy visszautasíthatja, a convocatión igen vagy nemmel dönthet s a kancellároknak és proctoroknak veto joguk van. Ilyen szervezet mellett az egyetemek nagyon conservatívek maradtak, de az 50-es évek óta jelentékeny változás állott be. A liberalis áramlat, az egyenlőség eszméje behatolt az ódon falak közé is s 1851-ben *John Russel* lord kezdeményezésére bizottságot küldtek ki a szükséges reformok végrehajtására. Egész 1882-ig tartott az átalakulás. Ekkor azonban végkép megnyitották az egyetemek a más felekezetiük számára eddig zárt kapuit. Az egyházi rend kezéből a világiakéba jutott a legtöbb tanszék s a valláskülönbség nem képezett többé akadályt. A nők is csakhamar megjelentek. A fellow-knak megengedték a nősülést, női collegek alakultak s ez által az eldurvult szokások finomultak, az izlés emelkedett.

*Cambridge* és *Oxford* Anglia socialis és intellectualis élite-jének gyűlöhelye. Államférfiak, a hadsereg vezetői, a tudomány és művészet képviselői az *University-Men*-ből kerülnek ki. A testező játékokban, az étkező asztalnál, az egyesületekben s a collegekben tanár és tanítvány folyton együtt vannak s ez érintkezés Anglia elsőrangú tudósaival a fiatalság szellemi képzésében eltörülhetetlen nyomot hagy. *Pitt*, *Macaulay*, *Gladstone* az *Union Club*ban gyakorolták az ékesszólást!

Az orvosok közül azonban ez előtt kevesen részesültek e két főiskola nevelésében. Ennek oka a kórház hiánya volt. De 1893-ban aláírást nyitottak, hogy *Oxfordhoz* méltó kórházat létesítsenek. S valóban egyetlen foglalkozás sem kívánja meg annyira a magas műveltséget, mint az orvosé. Az orvosi rend helyzetének s tekintélyének emelésére az egyedüli biztos módszer, hogy annak minden egyes tagja művelt gentleman legyen!

Az angol orvosképzés részleteiről legközelebb. (Max Leclerc után.)



Mint már említettem, az orvosok képzését Angliában nem tekintik állami feladatnak, hanem éppen úgy, mint az egész közoktatás, társadalmi úton létrejött intézetekben történik. Az államhatalom csak közvetve érvényesíti befolyását s ezt a „General council of medical education and registration of the united Kingdom“ orvosi tanács útján teszi. E tanács tagjai: a korona, az egyetemek, orvosi testületek és a gyakorló orvosok képviselői. Az orvostanhallgatók s gyakorló orvosok nyilvántartásán kívül a vizsgálatokra is felügyel s ez által az orvosképzésre is gyakorol közvetett lefolyást. Az orvosképzésről olykor előterjesztéseket is tesz a parlamentnek s azon nagy tekintéllyel fogva, melylyel e testület rendelkezik, ajánlatai rendszeren irányt adók. Államvizsgálat nincs, hanem nem kevesebb, mint 20 testületnek, részben egyetemnek van meg a joga a gyakorlatra jogosító diploma kiadására. Az egyes vizsgáló testületek által kimért képzettség foka és milyensége rendkívül különböző. Ennek megfelelően a diplomák értéke sem egyenlő. Ismételve felmerült ugyan az eszme, hogy egységes vizsgálati rendszert létesítsenek, de a particularismus győzött. Mégis haladás, hogy Anglia 2 legelőkelőbb testülete: a College of Physicians és a College of Surgeons közös bizottságot küldött ki, mely az összes orvosi tudományokban való képzettséget kíván meg. E mellett a magasabb gradusok is megmaradtak (fellowship of Roy. College of Surgeons, doctor medicinae of univers. London), ezek elnyerésére különösen alapos természettudományi képzettséget kívánnak. A jelölt visszautasítás esetén korlátlan számban ismételteti a vizsgálatot s a közti időről *hiteles és megbízható igazolást* kívánnak, hogy a mulasztottak pótlására igyekezett. A képzés nagy előnyére szolgál, hogy a legtöbb testület megkívánja a kórházi gyakorlatot s e célból a tanulóknak legalább 6-6 hónapot kell a belgyógyászati és sebészeti osztályon tölteniök (clinical clerk, surgical dresser). A poliklinikai oktatásra is nagy súlyt helyeznek s a tanulók az úgynevezett kórházi tanácskozások alkalmából is jelen vannak. Hetenkint ugyanis a kórház főorvosai s vendégei egyes érdekesebb eseteket a hallgatóság előtt megvitatnak.

A régi idők maradványaképp a kórházi gyakorlatot egyes gyakorló orvosok mellett való alkalmazás is pótolhatja. 1888-ban 90%-a a tanulóknak ilyen módon kereste képzettségét.

Angliában nincsenek egyetemi klinikák. Az egész oktatás a kórházakban folyik le, sőt nagyon sok kórház valóságos orvosi fakultást képez. A tandíj rendkívül változó. Londonban az egész tandíj 1500 frt körül jár, ennek fele a klinikai oktatásra esik. A vidéken 1/3-dal olcsóbb. A beteganyag nagysága méltán felkeltheti a continens tanárainak irigységét. Az összes kórházi betegek tanítás céljára szolgálnak s egy-egy kórháznak 300-400 ágy mellett 4000-5000 fekvő és 30,000-40,000 járó betege van! A szülészeti gyakorlatot azonban csak a poliklinikai anyagra szerezhetik meg, mivel a kórházaknak nincs szülészeti osztályuk, a szülőházak pedig nincsenek az orvosi iskolákkal közvetlen kapcsolatban. Hiányos a fertőző betegségekben való képzettség is. A speciális szakok számára azonban a legtöbb kórházban vannak külön osztályok.

A tanulók nagyon kevés szabadságot élveznek. A német tanzsabadság teljesen ismeretlen dolog. A tanuló, ki egy orvosi iskolába beiratkozott, nem választhatja szabadon tanárait s ha csak néhányszor mulaszt, máris megtagadják az igazolást.

A tanárok fix fizetése aránylag csekély, de a lefizetett tandíj jelentékeny részét ők kapják. Sajátságos berendezés, hogy a sebészek 1/3-dal többet kapnak, mint a belgyógyászok. (Güterbock után.) G. E.

### Vegyesek.

**Budapest, 1896. június 12-dikén.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. május 24-dikétől május 30-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 385 gyermek, elhalt 321 személy, a születések tehát 64 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, ronsoló toroklob 5, hökhurut —, kanyaró 2, vörheny 4, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekágiy láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 23, agyvérömleny 5, rángások 13, szervi szívbaj 16, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörguhurut 70, tüdőgümő és sorvadás 59, bélhurut és béllob 23, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 2, Brigh-kór és veselő 8, angolkór 1, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás —, aggkór 9, erőszakos haláleset 20. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2160 beteg, szaporodás 776, csökkenés 793, maradt e hét végén ápolás alatt 2143. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1896. június 3-dikától június 10-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 11 (meghalt 1), himlőben 4 (meghalt 1), álhimlőben 1, bárányhimlőben 7, vörhenyben 35 (meghalt —), kanyaróban 92 (meghalt 3), ronsoló toroklobban és torokgyíkban 17 (meghalt 2), trachomában 16, hökhurutban 17 (meghalt —), orbánczban 16 (meghalt —), gyermekágiy lázban 2 (meghalt 1).

— **Kinevezések:** Dick Albert és Formágyi Győző dr.-okat a belügyminister a lipótmezei országos tébolydához másodorvosokká nevezte ki.

— **A kolozsvári egyetem orvosi karának tisztí kara** az 1896/97-diki tanévre következőleg alakult meg: dekan: Hoor Károly, jegyző: Kenyeres Balázs.

— **Kitüntetések:** a király Mihalkovics Géza dr. budapesti és Brandt József dr. kolozsvári egyetemi tanároknak a III. osztályú vaskoronarendet; Csatóry Lajos dr., a magyar államvasutak főorvosának a minis-teri tanácsosi méltóságot; Farkas László dr. kórházi főorvosnak és

Tatay Adolf dr., az országos közegészségügyi tanács rendkívüli tagjának pedig a királyi tanácsosi címet adományozta.

— **Grósz Gyula dr.** a Bródy Adél-gyermekórház főorvosává választott meg.

— **A pesti izr. hitközség kórházában** az 1895. évben 1518 fekvő beteget ápoltak, még pedig a belgyógyászati osztályon 749-et, a sebészeti 512-t, a szemészeti 257-et. A betegek közül ingyen ellátásban részesült 401. Egy betegre 21-9 ápolási nap esett. A halálozás 8-4% volt. A bejáró betegek száma volt: a belgyógyászati osztályon 5281, a sebészeti 1978, a szemészeti 6090. A rendelő orvosok összesen 1685 betegnek rendeltek és pedig volt: gége-, orr- és torokbeteg 628, fülbeteg 703, nőbeteg 354.

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

### Téli kura

rheuma, köszvény,

ischias stb. ellen.

Szt.-Lukácsfürdő

r.-t. Budapest.

### Kénes iszapfürdő,

douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olcsó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla dr.* Prospektust kiüld az igazgatóság.

## HIRDETÉSEK.

➡ TERMÉSZETES ➡

# BILINI SAVANYUVIZ!

**Legkiválóbb képviselője az alkalikussavanyu-  
vizeknek** (33,6339 szén-sav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenként növeli elismert jó hírnevét s azonkívül a legkitünőbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L.** úr ivócsarnokában a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

## Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési cukorkák) **biztos szer mindennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.**

# EDESKUTY L.

cs. és kir. és szerb kir. udv. szállítónál **BUDAPESTEN.**

Kapható azonkívül minden gyógyszerárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. Pastilles de Bilin a legtöbb gyógyszerárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

**DR. DOLLINGER GYULA**

TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE	BUDAPEST VII., KEREPESI-ÚT 52.
---	-----------------------------------

Biztos sikerére nézve előzetesen kipróbált

## tehénhimlőnyirk (Cowpox)

kapható posta fordultával

**Dr. BÁCSKAY BÉLA**  
tehénhimlőnyirk-termelő intézetében  
**ARADON.**

100 adag (bőven 2 grm. két phiolában)	6 frtért
100 adag (8-10 phiolába töltve)	7 frtért
Egy 15 adagos phiola	1 frt 50 krért
Egy 3 adagos phiola	50 krért

✂ **Öltő orvosoknak és községeknek kívánatra hitel november 1-éig.** ✂



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

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

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

## SZLIÁCS.

Szénsavban dús páratlan vasas hévíz  
(Zólyom mellett)

vasuti-, posta- és távirda-állomás.  
**Fürdő- és ivókúra.**

Gyógyjavulatok: **Vérszegénység** és ennek következményei, **női bajok, dysmenorrhoea, amenorrhoea, fluor albus, sterilitas stb., neurasthenia, hysteria, dyspepsia nervosa, tabes dorsalis, húgy- és ivarszervi gyöngeségek stb.** ellen.

*Lakásmegrendeléseket elfogad és prospektusokat szívesen küld a*

**Fürdőigazgatóság.**

## Csorba-fürdő.

Klimatikus gyógyhely, Liptómege.

1357 méternyire a Magas-Tátrában.

A „Tátra gyöngye“ hazánk 1000 éves fennállását maradandó emlékekkel ünnepli: fogaskerekű vasútja június hóban nyílik meg!

Csorba-fürdő a lélegző-, emésztő- és kiválasztó szervek bántalmainál; vérkeringési zavarok, mindennemű idegbántalmaknál; szervi vagy öröklött betegségek gyógyításánál fölülmulhatatlan.

Megnyitás május 15. A fődényben (július, augusztus) pensio naponta 3.50 frt — 5.50 ftig. Az árak az elő- és utódényben 30%-kal olcsóbbak.

Állandó fürdőorvos, házi-gyógyszertár, posta- és távirdahivatal. Meleg kád-, fenyő-, zuhany- és hideg fürdők. Pompás sétautak a fenyvesekben. Touristikai központ vezető állomás.

Részletes felvilágosítással és értesítővel szolgálnak

**Klimo Testvérek**

Csorba-fürdő.

fürdő-bérlők és a

**fürdőigazgatóság.**

## Szt.-Margitszigeti gyógyfürdőhely.

BUDAPEST.

A Szt.-Margitszigeti 43.7° C. hévíz kitűnő eredménnyel használtatott a következő kóralakok ellen: **köszvény, csúz, zsábák, idiült kütegek, máj-, gyomor-, bélbántalmak, hólyaghurut, női bántalmak, garat-, gege-, tüdőhurut és idegbántalmak. Massage és villamos fürdő.** Tiszta, pormentes levegő és 300 vendégszoba, társalgási terem, posta, telefon, távirda, gyógyszertár és elismert jó konyha. Rendelő fürdőorvos **Dr. Bauer Antal**, főhercegi udvari orvos. — Naponta **katona- és czigányzene.** — Hajóközlekedés félóránként.

Fürdőidény tartama: május 1-től szeptember 30-ig.

A szobaáraknál szeptember hóban 30% engedmény.

➡ *Árszabály kívánatra bérmentve megküldetik.* ➡

A Szt.-Margitszigeti gyógyfürdő-felügyelőség Budapesten.

Van szerencsém t. kartársaimnak b. tudomására hozni, hogy fürdőorvosi gyakorlatomat

**SZLIÁCSON**

május hó végével megkezdtem.

**Dr. Stern Ignác,**  
gyakorló orvos.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

**ORVOSI LABORATORIUM**

Budapesten, V. ker., Váci-körút 60. sz.

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

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

**Dr. DREISZKER JÓZSEF**

**VÍZ-GYÓGYINTÉZETE**

Kőszegen (Vas m.)

vasúttal ¼ óra Szombathelytől.

Egész éven át nyitva. ★ Mérsékelt ár.

**Dr. BATIZFALVY S.** egyet. m. tanár  
**Sanatoriuma és vízgyógyintézete.**

Budapesten, a Városligeti Fásor és Aréna-út sarkán.

Az intézet egész éven át nyitva van. — Intézeti kezelő orvos: **Dr. Trajtlér István.** — Felvétetnek **bennlakó és bejáró** betegek. — Prospektus kívánatra ingyen és bérmentve

**Dr. GLÜCK IGNÁCZ** kir. tszéki orvos

**VÍZGYÓGYINTÉZETE és SANATORIUMA,**

Budapest, városligeti fásor 11

mely a kor kívánalmainak megfelelőleg az idén meg lett nagyobbítva, a t. cz. közönség figyelmébe ajánlatik. Felvétetnek **bennlakók és bejárók.** — Árak mérsékelték. — Telefon. — Kívánatra prospectus küldetik.

Klimatikus gyógyhely.

Vízgyógyintézet. Ós fenyvesek.

572 méter magasságban.

Olcsó ellátás.

**THURZÓFÜRED.**

Vasuti állomása:

**GÖLNICZBÁNYA**

(Szepesmegye)

Állandó fürdőorvos:

**Dr. FANZLER LAJOS.**

## JELZÁLOG-KÖLCSÖNÖK

bel- és külföldi tőkével **birtokokra, házakra, gyárakra, iparvállalatokra stb.** a leggyorsabban eszközöltetnek **30—50 évi törlesztésre, 4¼—5¼%-kal tőke és kamat visszafizetéssel. KÖLCSÖNÖK** az ingatlan háromnegyedrészt becsértékéig. Nagyobb vállalatoknak **részvénytársaságokká** való átalakítása és finanszírozása. **MAGÁN PÉNZEK** II—IV. helyig 7% mellett a legrövidebb idő alatt lebonyolítatnak.

Megkeresések:

**SCHWARTZ GYULA**

„Magyar Jelzalog Forgalmi Intézete“

BUDAPEST, VIII. ker., Kerepesi-út 65. szám.



# 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.

### A serumtherapia kritikájához.

Purjesz Zsigmond tanártól.

Nem hiszszük, hogy lett volna orvosi irodalmunknak oly időszaka, melyben statisztikai adatokból kiinduló tanulmányok oly számmal közöltettek volna, mint mostanában. Pedig aligha igaza nincs annak a francia irónak, ki azt mondotta, hogy a hasonló tanulmányok száma azonnal megapadna, ha azok, kiknek azok szánva vannak, a számadatokat és az azokból vont következtetéseket nagyobb figyelemre méltatnák, semmint ezt teszik most.

Az orvosok nagy száma általában tartózkodik az ilyen columnákba foglalt számok behatóbb tanulmányozásától és kevés kivétellel két csoportba oszthatók, mely két csoport csak annyiban hasonlít egymáshoz, hogy mindkettő könnyen átsiklik a columnákon, de míg az egyik rész mindent elhisz, a mit ily számok végeredményként feltüntetnek, addig a másik rész mit sem hisz el abból. Az egyik eljárás ép oly helytelen mint a másik, mivel a statisztikai adatoknak, ha azok kellően vannak beszerezve és mérlegelve, igen sokat köszönhet tudományunk. Leghamarabb érünk természetesen ezélt oly adatokkal, melyek egyszerűbb viszonyokra vonatkoznak; minél complicáltabb viszonyokkal foglalkozik a statisztika, annál óvatosabbnak kell lennünk a számok felhasználásával. Így pl. sokkal könnyebb helyes mortalitási statisztikát szerkeszteni, mint a morbiditásra vonatkozó adatokat felhasználni; legbonyolódottabbak a gyógyulási viszonyok körül számba jöhető számok és e miatt legnagyobb körültekintésre a gyógyulási viszonyokra vonatkozó statisztikai következtetéseknél van szükségünk, ha nem akarunk látszólag helyes, de behatóbb megvizsgálásnál helytelennek mutakozó következtetéseket levonni.

Ilyen tetszetős, de tényleg helytelen eredményhez jut *Kossel* dr.-nak a serumtherapiára vonatkozó tanulmánya, melyet nem rég közölt: „*Zur Statistik der Serumtherapie gegen Diphtherie*“<sup>1</sup> cím alatt.

*Gottstein* egy erre vonatkozó ellenvetésének megczafolására egyrészt, másrészt meg annak bizonyítására, hogy a serumtherapia behozatala óta, dacára a bejelentett diphtheria esetek szaporodásának, nemcsak a százalékos, hanem az absolut halálozás is csökkent, *Kossel* néhány táblázatot közöl. Ezek közül az elsőben ki van mutatva az, hogy a berlini Charité-ba 1887 óta évenként hány diphtheria eset lett felvéve, s azok közül hány volt halálos.

I. táblázat. Diphtheria felvétel és halálozás a Charité-ban.

Év	Fel lett véve	Ebből meghalt
1886.	116	51
1887. jan. 1-től 1888. márcz. 31-ig	157	86
1888. ápr. 1-től 1889. márcz. 31-ig	163	92
1889—90.	167	87
1890—91.	140	83
1891—92.	104	65
1892—93.	152	83
1893—94.	168	77
1894—95.	306	41
1895—96.	265	39
	Átlag 146.	Átlag 78.
	Átlag 285.	Átlag 40.

<sup>1</sup> Deutsche med. Wochenschr. 1896. Nr. 22.

Ez a táblázat *Kossel* szerint fontos bizonyítékát szolgáltatja annak, hogy a Charité-ban a diphtheriának úgy percutalis mint absolut halálozása az 1894/95—1895/96. években, a serumtherapia következtében csökkent.

A táblázatból kétségkívül kiviláglik, hogy a diphtheria absolut halálozása a két utolsó évben csökkent, de mivel van bizonyítva az, hogy e csökkenés valóban a serumkezelésnek, s nem azon körülménynek tudható be, hogy az epidemia jellege enyhébb volt? Hiszen pl. maga *Heubner* (*Verhandlungen des Congresses für innere Med. 1895*), miután hangsúlyozza, hogy a láz eltérő magatartása, a localis — torokbeli — kórfolyamat gyorsabb visszafejlődése a gyógyszerumnak a bántalomra való befolyásáról tanuskodnak, hozzáteszi, hogy „annak a járványnak, melyből berlini észleleteimet meritettem, minden egyéb, kétségkívül igen kedvező viszonyai önmagukban véve is egy feltűnően enyhe jellegű genius epidemicusnak tulajdoníthatók“. Nekünk azonban sejtelmünk sincs róla, hogy *Heubner* minő objectiv indokokkal rendelkezik, a melyek alapján azt állíthatná, miszerint az epidemiának ezen meg ezen kedvező tulajdonságai a genius epidemicus enyhe természetének a folyamánai, ellenben, egyéb az előbbiekkel egyidejűleg észlelt kedvező tulajdonságai a járványnak nem a genius epidemicus enyhe jellegére vezethetők vissza, hanem a serumkezelésnek tudandók be. *Heubner* ugyan azt állítja, hogy az epidemia kedvező sajátságai közül ez utóbbiakat (melyeket ő „gyógyhatásoknak“ — Heilwirkungen — nevez) specifikusoknak kell tekintetünk azért, mert gyenge hatású serum alkalmazása esetén nem következnek be, arról azonban nincs tudomásunk, hogy a gyenge hatású serum — esetleg hatékonyabbal váltogatva — ki lett-e próbálva ez irányban ugyanazon epidemia folyamán.

Bármiként álljon is a dolog, annyit mindenesetre látunk, hogy az az epidemia, a melyről *Heubner* kimutatásaiban szó van (1894.), igen kedvező sajátságokkal bírt, melyek a genius epidemicus különösen enyhe jellegének a következményei is lehetnek.

1894/95-re nézve *Leyden* és *Huber* (*Charité-Annalen* XX. Jahrg.) annyit elismernek, hogy: „Ha tehát, a mint látszik, a legutóbbi évi diphtheria járvány meglehetősen jóindulatú volt — s ez a legkülönbözőbb oldalról a gyógyszerum-korszak kedvező statistikájának bizonyító értéke ellen hangoztatva volt is — úgy ez itt mégis csak a téli hónapokra nézve tűnik ki bizonyító erővel. Mert a megelőző nyári félévek alatt is ismételtelen 0% volt a halálozás, ellenben télen a halálozás mindig jelentékenyebb volt stb.“

De ha ez így van, nem kérdezhetjük-e joggal, miért legyen a diphtheria kedvező halálozási aránya kizárólag csak a serumkezelésnek, s nem a genius epidemicus enyhe jellegének betudható? Avagy lehetetlen volna, hogy egy fertőző betegség egyszer jobb, másszor megint rosszabb indulatú legyen? Vagy azért, mert a serumnak meg volt az a szerencséje, hogy épen olyankor lett alkalmazva, a mikor e járvány enyhe jellegű volt — a mint ezt olyan tekintélyek, mint *Heubner* és *Leyden*, saját tapasztalataik alapján elismerik —, teljesen figyelmen kívül hagyjuk ezt a lehetőséget, mely pedig már, legalább más fertőző betegségekkel szemben, számtalanszor észlelve volt, hogy t. i. a kedvező gyógyulási viszonyok az epidemia enyhe természetéből is származhatnak?



Mindaddig tehát, a míg be nem bizonyul az, hogy a diphtheria genius epidemicus az utóbbi években nem volt enyhébb, mint a megelőző években, mindaddig, mondjuk, ha csak nem akarjuk a tények magyarázatát erőltetni, legalább is eldöntetlennek kell tekintenünk azt a kérdést, hogy vajon a diphtheria-halálozás eszökkenése az epidemia enyhébb jellegének, vagy az időközben therapiánkban meghonosított serumgyógymódnak számítandó-e fel. Az összes viszonyok kellő mérlegelése alapján azonban feljogosítva érezzük magunkat annak hangsúlyozására, hogy a valószínűség mégis inkább a genius epidemicus kedvező befolyása, semmint a serum gyógyító hatása mellett szól, a mint ez az alábbiakból is ki fog derülni.

Egy következménye a serum gyógymód alkalmazásának, s eventualiter a bejelentési kényszer szigorúbb keresztülvitelének elvitázhatatlanul meg volt s pedig az, hogy dacára a genius epidemicus elismert enyhe jellegének, mégis oly sok beteg, sőt több beteg lett bejelentve, mint a régebbi években, a mikor a halálozás sokkalta nagyobb volt, mint jelenleg; holott, bár nem mindig, de a legtöbb esetben a genius enyhülésével együtt szokott járni a megbetegedések számának apadás. Ez az aránytalanság mindenestre feltűnő. De a ki a nagyközönség magatartását, úgy a mint az a valóságban meg van, számításba veszi, az egészen természetesnek fogja találni, hogy a mióta mindenfelé elterjedt a hír (a napilapok ily hírekben épenséggel nem szoktak takarékoskodni), miszerint e félelmes betegség ellen egy abszolút biztos gyógyszert fedeztek fel, mely annál biztosabban gyógyít, minél korábbi szakában a betegségnak lesz kezelve a beteg, azóta sok olyan beteg lett lehetőleg korán épen a kezelés végett a kórházba behozva, s így természetesen be is jelentve, kik különben — ha a tünetek nem voltak fenyegetők s nem is súlyosbodtak aggasztó mérvben — úgy a kezelés, mint a bejelentés alól el lettek volna vonva.

Ez állításnak helyes voltát igen szépen bizonyítja az összehasonlítás *Kosselnek* már fenn közölt kimutatása s következő két más táblázata (II—III.) között:

II. táblázat. Diphtheria-betegfelvétel és halálozás az összes berlini kórházakban.

Év	Fel lett véve	Ebből meghalt	Év	Fel lett véve	Ebből meghalt
1885.	1928	789	1891.	1764	623
1886.	1738	609	1892.	2074	837
1887.	1636	598	1893.	2450	951
1888.	1446	523	1894.	2890	801
1889.	1623	573	1895.	3061	484
1890.	1792	695			

III. táblázat. Bejelentett diphtheria-megbetegedések és halálozások Berlinben.

Év	Be lett jelentve	Meghalt	Év	Be lett jelentve	Meghalt
1886.	6968	1063	1891.	3504	1106
1887.	5438	1392	1892.	3683	1342
1888.	4190	1195	1893.	4315	1637
1889.	4220	1210	1894.	5220	1416
1890.	4586	1601	1895.	6106	987

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórházi XI. orvosi fiók (Róna Sámuel dr. egyetemi m.-tanár) osztályáról.

#### Icterus syphiliticus praecox 3 esete.

*Aschner Arthur* dr., kórházi gyakornoktól.

A májnak syphiliticus megbetegedése a tertiaer stadiumban kétféle alakban szokott nyilvánulni és pedig mint diffus interstitialis lob és mint gumma hepatis. A májnak syphiliticus megbetegedéseiről a secundaer stadiumban igen kevés biztosat tudunk. Utolsó években azonban több szerző közölt oly megbetegedési tüneteket a secundaer stadiumban, melyeket a máj megbetegedésére kell vonatkoztatnunk. Ugyanis mindinkább sűrűbben közöltetnek olyan syphiliticus esetek, melyekben köz-

vetlen a syphiliticus eruptionalis stadiuma előtt, vagy ennek folyamán, vagy többször az első recidivák nyomán *heveny icterus* fejlődött ki, mely az icterus catharralístól sok tekintetben különbözik.

*Lasch* az irodalomból 46 esetet állított össze és maga is 3 esetet közölt (Berliner klin. Wochenschr. 1894. Nr. 40). Azoknak kapcsán az icterus syphiliticus tüneteit közelebbről meghatározni törekedett és megkülönböztető kórismezés tekintetében a következőket emeli ki: 1. A syphiliticus icterus rendszeren minden emésztési zavar nélkül szokott fellépni, mely állapot többnyire az icterus teljes fennállása alatt tart; a betegnek étvágya rendszeren jó és az ételek assimilatiója a legtöbb esetben rendes. 2. Az icterus keletkezésére minden más ok hiányzik. 3. Antisyphilitikus kezelésre az icterus gyorsan és biztosan visszafejlődik úgy, hogy egyes esetekben észleltetett, hogy az antisyphilitikus kúrának korai beszüntetésével a már múltfélben levő icterus ismét recidivált és csak újabb antisyphilitikus kezelésre indult teljes gyógyulásnak. Az irodalomból összegyűjtött esetekből még azon tényt constatálhatta, hogy az icterus a legtöbb esetben az első exanthema kíséretében fejlődik ki.

*Lasch* után még több szerző közölt adatokat az icterus syphiliticusról, többek között *Joseph Max* 3 esetről (Archiv f. Dermat. u. Syphilis 1894.), *Neumann J.* 14 esetről (Wiener med. Presse 1895.) referál 3 évi észlelés alatt.

A mi az icterus syphiliticus praecox anatomiai basisát illeti, eddig biztos adatokkal nem rendelkezünk, mi abban találja magyarázatát, hogy ilyen esetek rendszeren gyógyulnak és azon esetekben, melyek bármely más oknál fogva bonczoláshoz kerültek, eddig oly anatomiai elváltozások nem voltak kideríthetők, melyek az icterusnak biztos magyarázatát megadhatták volna és így az eddigi magyarázatok csak elméletesen alapulnak. Ezek közül néhányat csak röviden akarok felsorolni:

*Ricord* és *Quedillac* az icterust abból származtatják, hogy a syphiliticus virus által elváltozott vér az epevezetősövek hámlását ingerli és ezeknek desquamálására következtében az epeutakban pangás jön létre.

*Gubler* és még többen azon nézethez esatlakoznak, hogy az epevezetősövek nyálkahártyáján, hasonlóan mint a köztakarón, roseolák és papulák fejlődnek, azok ennek következtében duzzadnak és így epepangáshoz vezetnek.

*Lancereaux*, *Engel-Reimers* azt hiszik, hogy az icterus az által keletkezik, hogy a májkapu körüli mirigyek az általános adenopathiában részt vesznek, ezen megnagyobbodott mirigyek a nagyobb epevezetősöveket összenyomják és epepangáshoz vezetnek.

*Mauriac* szerint itt is hasonlóképpen mint a tertiaer stadiumban lob idéztetik elő, azon különbséggel, hogy az előbbinél organizálódáshoz hajlam nincsen.

Végre *Neumann I.* plausibilisnek tartja azon felvételt, hogy a véredények falzata elváltozik, és ennek következtében fejlődik ki az icterus, mely felvételt per analogiam más szerveknek megbetegedéseire is támogatják.

Mint látjuk, ezen elméletek oly különfélék és habár mindegyike helyesnek látszik, egyike sem tud teljesen érvényre jutni, miután biztos anatomiai basisuk nincsen. A legtöbb tankönyvben az icterus syphiliticus ezen alakja alig is részesül méltatásban és többek között *Kaposi*, *Lang* kétségbe is vonják, hogy az icterus magával a syphiliticussal egyenes összefüggésben állana.

Ezeket előrebocsátva 3 esetet óhajtok közölni, melyek közül az első Róna dr. egyetemi m.-tanár úr kórházi osztályán volt alkalmam észlelni, az utóbbi kettő Róna tanár úrnak magángyakorlatából származik, melyeknek közölhetéseért nem mulasztatom el köszönetemet kifejezni.

I. eset. Cs. I., 22 éves nőtlen napszámos 1894. április 3-dikán vétette fel magát osztályunkra syphiliticussal és nagyfokú icterussal. Mult év októberében monylaesiója volt. Utolsó coitus állítólag 3 hét előtt, ekkor ismét fekélyeket vett észre a makkon és a fityma szélén, a fityma oedematosus lett, phimosis keletkezett. Felvétele előtt hirtelen minden előzmény nélkül, gyomor- és béltünetek kísérete nélkül icterus lépett fel nála.



*Stat. praes.*: Nagyfokú sárgaság az egész köztakarón és látható nyálkahártyákon. A fityma szűkült, oedematosus, ép úgy a mony bőre is. A makk esúcsán heg, mely a húgycsőnyílást tetemesen szűkíti, a fityma szélén felületes fekélyek. A húgycsőből sárgás váladék ömlik ki. Az inguinális tájakon mogorónyi beszűrődött mirigyek. A köztakarón sűrű roseolafoltok, a fejbőrön papulák. Nagyfokú adenopathia. A nyálkahártyákon nincs elváltozás. Étvágytalanság. Vizelet sötétbarna, széklet alig festenyzett. A májtáj kidomborodott, a májtompulat minden vonalban egy bordával feljebb kezdődik és a bordaív alatt mindkét lebeny férfitenyémire kitapintható, felülete sima, domború, tömött, nyomásra fájdalmas.

*Diagnosis*: Syphilis recens, icterus syphiliticus praecox, urethr. gonorrhoea acuta.

*Lefolyás*: A betegnek szigorú étrend, elointe rheum és natr. bicarbonic., miután az állapot nem javul, április 12-dikén karlsbadi só rendeltetik.

Április 18. Állapot ugyanaz, májduzzanat és icterus tart. Megkezdetik az antisiphilitikus kúra és pedig 5% intramuscularis sublimat befecskendezések.

Április 25. II-dik befecskendezés.

Április 28. Icterus jóval csökkent, a bélsár egészen rendes sárga színű.

Május 10. Négy 5% sublimat-injectio után a beteg a kórházat elhagyta, az icterus tetemesen javult. A fitymának és monynak oedemája teljesen visszafejlődött, étvágy kitünő, széklet rendes színű.

*II. eset.* X. J., 27 éves, vidéki nőtlen kereskedő, május 11-dikén friss syphilissel és icterussal jelentkezett. F. évi február hó 28-dikán utolsó coitus, 1 hóval ezután horzolt sebhez hasonló hámiányos hely jelentkezik a monyon, mely folyton nőtt. 6 héttel a coitus után lovertség, általános bágyadság fogja el, 7 héttel utána láz és gyomorelrontás nélkül sárgaság lép el fokozódó bágyadság és levetség kíséretében; felbőfögése, hányóingere, fejfájása nem volt; ellenben delutánonként teljes étvágytalanság. 9 nap óta kiütéseket vett észre. Eddig még semmi antisiphiliticumot nem használt és csak az icterus ellen orvosolták.

*Stat. praes.*: Nagyfokú icterus, maculo-papulosus syphilid az egész köztakarón, nagyfokú polyadenitis, mogorónyi tipikus sclerosis a mony nyakán, mely a mélyben szétesett. A máj mérsékelten duzzadt, nyomásra érzékeny, a gyomortáj nem érzékeny. Étvágy meglehetősen. Vizelete bajorsőrszínű, fehérsyementes.

*Diagnosis*: Syphilis recens, icterus syphiliticus praecox.

*Lefolyás*: A beteg nem akarván magát ambuláner kezeltenni, egy fővárosi kórházba vette fel magát, hol 25 bedörzsölést a 3 gm. és karlsbadi vizet használt. A kúra tartama alatt június 11-dikén ismét jelentkezett, midőn constatálható volt, hogy az icterus tetemesen gyengült, a májtáji duzzanat és érzékenység eltűnt, a kiütések egy része visszafejlődött, étvágya jó volt. Ekkor haza utazott és otthon ismét 15 bedörzsölést a 4 gm. végzett.

Október vége felé a beteg ismét jelentkezett és ekkor csak polyadenitis, pigmentfoltok és az icterusnak csak nyoma volt constatálható, a beteg tetemesen testesedett. Ekkor újra 20 bedörzsölést végzett.

*III. eset.* X. J., 23 éves, nőtlen kereskedő július 24-dikén ajk-sclerosissal jelentkezett. Ezen bajára vonatkozólag előadja, hogy 4 hét előtt vette észre, hogy az alsó ajk közepén seb van. Ez edzésre begyógyult, két hét óta azonban újra feltört és azóta folyton növekszik. Tegnap vette észre először, hogy az áll alatt mirigyduzzanata van. 6 hét előtt coitált utoljára és ekkor nem esőkolta meg a leányt.

*Stat. praes.*: Typikus mogorónyi sclerosis az alsó ajk közepén, melyen a lencsényi erosiót barna pörk fűdi. Az állsont alatt jobboldalt 1 mogorónyi, a középvonalban 2 nagybabnyi mirigy. A köztakarón és szájrészen semmi abnormitás, a mirigyrendszer a mondottaktól eltekintve nem mutat eltérést. A genitáliák éppek. Miután az ajk-sclerosis diagnózisához kétség nem fér, a beteg azonnal megkezdte az a 3 gm.-os dörzskúrát.

*Lefolyás*: A beteg augusztus 23-dikéig 25 bedörzsölést végzett a legnagyobb gonosszággal, kiütések ezen idő alatt nem jelentkeztek, csak az adenopathia fejlődött mindinkább. Augusztus 23-dikén a beteg egészen átalakulva jelentkezett. Az egész köztakarót és látható nyálkahártyákat intenzív icterus borítja, az ajkakon és tonsillákon plaques, nagyfokú polyadenitis, gyomortáji érzékenység, a vizelet bajorsőrszínű, epefestenydűs. A köztakarón exanthema ekkor sem volt látható. A beteg előadja, hogy az icterus hirtelen estétől reggelre minden gyomorelrontás és láz nélkül lépett fel, hogy hányóingere, felbőfögése nem volt, csak rettenetes étvágytalanság és ételundor. A bedörzsöléseket azon hiszemben, hogy előadása dacára mégis a gyomor részéről forog fönn complicatio, a beteg rendelethez beszűntette és csak rheumot és szigorú diatétát tartott; torokplaquesjaival tovább kezelte.

Szeptember 30-dikán az állapot ugyanaz volt, sem a rheum, sem a szigorú diéta, sem a későbbben más kartárs által rendelt karlsbadi víz az icterust és az étvágytalanságot nem befolyásolta, a beteg meglehetősen lesoványodott és feketesárgabőrű, a vizelet állandóan feketesárgás. Ekkor azonban az arczban és törzsön elszórtan nagyfoltos (krajczárnyi erythemás) syphilid volt látható, nagyfokú polyadenitis; toroktünetek javultak.

Miután a több heti diéta, rheum és karlsbadi só vétele mit sem javított a beteg icterusán és étvágyán, ellenben a syphilis progressiv lett és főleg miután a beteg állapota és kinézése felett teljesen kétségbe esett, a beteg újra kezdte a dörzskúrát a 2 gm. 10-ig és minden más kezelést beszűntetett. A beteg már az első 5 után némi étvágyal

evett, mely azután fokozatosan növekedett. A következő 30 bedörzsölés már 3 gm. adagban rendeltetett. Ezek behatása alatt december elejére a beteg icterusától, gyomortüneteitől teljesen megszabadult.

1895. január 14-dikén a beteg újra jelentkezett, az icterusnak nyoma sine, étvágya kitünő, vizelete és széke rendes. Azonban polyadenitis és új plaques a torokban és a nyelven.

Miféle következtetéseket vonhatunk le ezen 3 köresetből, elfogadhatjuk-e ezen bántalmat mint sui generis, vagy talán véletlen szerepet játszik a recens syphilisnél és miféle klinikai tünetekből diagnosztizálhatjuk ezen icterust?

Ezen kérdésekre megfelelni az észleletek ilyen csekély száma mellett minden esetre nehéz. De ha eseteinknek lefolyását és keletkezési módját és azokait, melyek az irodalomban le vannak írva, tekintetbe vesszük, azt hiszem nem zárhatjuk el magunkat azon gondolatától, hogy itt nem a véletlen játszsza szerepét, hogy itt a májnak direct syphilises megbetegedésével van dolgunk és pedig a syphilis recens stadiumának jellegével. Ezen kóralaknak anatómiás magyarázatát adni még nehezebb, de tekintve azon körülményt, hogy az icterus a legtöbb esetben az eruptionalis stadiummal összecsis és hogy antisiphilitikus kezelésre az exanthema eltűnésével az icterus is gyorsan és biztosan visszafejlődik, legvalószínűbbnek látszik, hogy ezen bántalom a Gubler-féle elméleten alapszik.

És ha e kóralakot klinikai tüneteiből felállítani akarjuk, tulajdonképpen ezen előbb felsorolt két tényező az, melyeket a mi eseteinkben és az irodalomban felsorolt esetek legnagyobb számában állandóan találunk. A többi tünetek már különféle variációk alá esnek.

## Közlemény Purjesz Zsigmond tanár belgyógyászati klinikájáról Kolozsvártt.

### Adatok a quartana parasita fajlagosságának kérdéséhez.

Írták: *Janesó Miklós* dr. és *Rosenberger Mór* dr. tanársegédek.

(Folytatás)

#### III. Mayer Dávid.

A 38 éves napszámos november hó 5-dikén azon panaszszal kereste fel klinikánkat, hogy mintegy 3 hét óta hidegrázásai vannak és pedig állítólag rendszeresen, a mennyiben 2, 3, néha 4-ed naponként, egyszer reggel, máskor délben, majd este rázza ki a hideg. A hideglelés rohamokat tipikusnak írja le.

Beteg bőrszíne malarikus. Lépe légvételeknél jól kitapintható. Léptompulat a 7. b. a. sz. kezdődik s mellfelé a mellső hónaljvonalat eléri.

Bejövetelekor — november 5-dikén d. u. 4 órakor, épen hidegrázása végén — hőmérséke 40.5° C., épen izzadni kezd, miközben hőmérséke gyorsan lecsök, úgy, hogy esti 10 órakor már csak 37.0° C. A tovább folytatott 2 óránkénti hőmérsékek febr. intermittens quartana duplicatára mutattak, a melyből 3 ily csoportot figyeltünk meg.

Első alkalommal, november 7-dikén este 8 órakor hidegrázással hőmérséke 36.8° C.-ról 40.1° C.-ra ugrott fel, s tipikus hideglelés rohamja jelentkezett, mely körülbelül 4 óra hosszáig tartott. November 8-dikán reggel már 36.4° C. a hőmérséke. De még ugyane nap délben hidegrázással hőmérséke hirtelen 40.9° C.-ra ment fel s ismét tipikus hideglelés rohamja jelentkezett, esti 10 órakor még 38.7° C. hőmérsékkel. November 9-dikén reggel azonban hőmérséke már ismét normalis.

A második alkalommal, november 10-dikén éjjel 2 órakor rázza ki a hideg s tipikus hideglelés után (november 11-dikén reggel 6 órakor még 38.2° C. a hőmérséke), a nélkül, hogy teljes intermissio jött volna létre, már d. e. 11 órakor újra hidegrázás rohamja jelentkezett, melynél hője 37.5° C.-ról hirtelen 40.6° C.-ra emelkedett fel, s mely oly hosszan tartott el, hogy még este 10 órakor is a hőmérsék 38.9° C. volt. Másnap reggelre azonban hőmérsék ismét normalisra szállott alá.

Harmadik alkalommal november 13-dikán este 12 órakor kezdett a beteg hőmérséke emelkedni s úgy hittük, hogy az éj folyamán hidegrázása lesz. Ő azonban csak forróságot érzett. Úgy látszik tehát, hogy előbbieknél gyengébb rohamja volt s rövidebb ideig is tartott, mert november 14-dikén reggel 6 órakor hőmérséke már 36.9° C. volt. A második roham ismét antepontált, mert már d. e. 8 órakor jelentkezett s előbbieknél erősebb volt s a hőmérséke miután hosszabban eltartott, legmagasabb csúcsát 12 órakor 40.5° C. elérte, csak lassan esett alá, úgy hogy este 10 órakor is még 37.5° C. volt.

E kettős rohamcsoporthoz közé eső idő alatt hőemelkedése nem volt.

A három csoportnál tehát, mint a leírásból kitetszik, a negyedik naponként jelentkező kettős rohamból az első roham hovatovább postponált, rövidebb ideig tartó s talán gyengébb is lett, mert a harmadik



alkalommal a beteg csak forróságot érzett, míg ellenben a második hovatovább antepónált és a roham hovatovább hosszabb ideig tartott el.

Lássuk most, mit mutatnak a vérvizsgálatok.

#### Vérvizsgálatok.

A vérben elég nagy számú quartana parasita van és pedig jól megkülönböztethető 2 csoportban, melyek körülbelül 1 napi időközrel állanak egymástól fejlődésükben és pedig kisebb számú az a csoport, a mely előbb áll fejlődésében. E csoportokat 1 és 2-vel jelezzük; 1-gyel a fejlettebbek, 2-vel a fejletlenebbek csoportját.

November 6-dikán. Rohamok utáni első napon. Megelőző rohama tegnap délután volt, hőmérséke tegnap éjjel 10 órára esett le a normalisra.

D. e. 8 órákor hőmérsék 36° 8' C.

1. gen. csekélyebb számú, a vérsajt felét,  $\frac{2}{3}$ -adát kitöltő, magot s szórt pigmentet mutató parazitákból áll, körülbelül 2 naposok.

2. Nagyobb a száma az egész fiatal, vagy még csak igen kevés ektoplaszmát és apró pigmentet tartalmazó parazitáknak, melyek magocskája még jól festődik. Alig néhány óráskor.

D. u. 9 órákor hőmérsék 36° 4' C.

1. csoport. Tagjai kissé nagyobbak, még magjuk van s szórt pigmentjük.

2. csoport. Számosabb tagja már több ektoplaszmával s több pigmenttel bir, magocskájok már csak halványan festődik.

November 7. Rohamok utáni második napon. Este 8 órákor kezdődik az 1-ső roham.

D. e. 9 órákor hőmérsék 37° 0' C.

1. A kisebb számú csoport parazitái a vérsajt egészen kitöltik, magjuk már eltűnt, pigmentjük küllőszertien a központ körül sorakozott s a korongot 6—10 részre osztja fel. Az egyes segmentumokban mag még nem látszik.

2. A számosabb 2-dik csoport tagjai a vérsajt csak  $\frac{3}{4}$ -re töltik ki, magot s szórt pigmentet mutatnak. Sok még övszerű.

D. u. 10 órákor hőmérsék 40° 2' C. Beteg 1 óra óta izzad.

1. Kevés számmal vannak épen megtelepült spórák, jól festődő nucleolussal ectoplasmája és pigment nélkül. Csak fenn ülnek a vérsajteken. Oszló alakokat nem találtunk.

2. A nagyobb csoport a vérsajt egészen kitöltő parazitákból áll, magjuk eltűnt, pigmentjük kezd a szélre és küllőkbe gyűlni; az oszlás legelején vannak.

November 8-dikán. Rohamok napján. Mult esti roham lezajlásával, több órai teljes intervallum után délben kezdődik a 2-dik roham.

D. u. 6 órákor hőmérsék 40° 0' C.

1. Az első generatio kissé fejlődtebb magocskájuk halványan festődik, apró kevés pigmentet tartalmaznak, pár öves alak, körülbelül egy naposak.

2. Még sok szép sporuláló alak vagy széthullóban levők, középen compact pigment csomóval.

November 9-dikén. Rohamok utáni első napon. D. e. 8 órákor hőmérsék 36° 3' C.

1. Kevesebb számú  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ -nyi, már meglehetősen sok s nagyobb számú pigmentet tartalmazó magvas alakok mellett (20—30 óráskor).

2. Nagyobb számban egészen fiatal, épen csak megtelepült, még mélyen festődő magocskájú fiatal paraziták, pigment nélkül, vagy igen kevés s apró pigmenttel.

November 10-dikén. Rohamok utáni második napon. D. e. 9 órákor hőmérsék 36° 3' C.

A két generatio jól megkülönböztethető. 1. gen. tagjai a vérsajteken egészen kitöltik, magjuk eltűnt, pigmentjük csomós s kezd rendeződni, oszlás legelején vannak.

2. gen.  $\frac{1}{3}$ -nyi alakokból áll, maggal, szórt pigmenttel nagyobb számban.

D. u. 9 órákor hőmérsék 36° 0' C.

1. Kevés számú középen compact pigmentcsomós oszló parasita mellett, melyek széthullóban vannak

2. nagyobb számban a sejteket egészen kitöltő paraziták, magjuk eltűnt, pigmentjük kezd küllőkbe rendeződni, oszlás legelején vannak.

November 11-dikén. Rohamok napján.

Hajnali 2 óra tájban kezdődött az 1-ső roham s teljes intermissio nélkül d. e. 11 órákor jött a második roham.

D. e. 12 órákor hőmérsék 37° 8' C. Közvetlenül roham előtt.

1. gen. Pár fiatal, még elég mélyen festődő nucleolusú parasita, igen apró pár pigmentponttal, alig pár óráskor.

2. gen. Jóval számosabb tagja oszlásban van; több a még kevésse előhaladott, küllős pigmentű alak, kevesebb a széthulló alak, s a kettő közt minden átmenet. Egy legyezős oszló alak.

D. u. 4 órákor hőmérsék 40° 5' C.

1. Kevés számú, kevés ektoplaszmájú, apró pigmentű alakok; pár övalakú, nucleolusuk még elég jól festődik.

2. Előbbinél kevesebb számban (roham vége!) megtelepült spórák, ectoplasma és pigment nélkül, a vérsajteken csak lovagolnak, nucleolusuk mély kékre festődik.

November 12. Rohamok utáni első napon. D. u. 6 órákor hőmérsék 36° 4' C.

1. és kevesebb tagú gen. a vérsajt  $\frac{3}{4}$ -re kitöltő, nagy magú, szórt pigmentű parazitákból áll. Oszlás nyomait még nem mutatják.

2. és nagyobb generatiót képező paraziták még  $\frac{1}{3}$ -nyiak, kevesebb a pigmentjük, némelyik öves, nucleolusuk halványan vehető ki.

November 13. Rohamok utáni második napon. D. e. 8 órákor hőmérsék 36° 3' C.

1. Igen kevés, az egész vérsajt kitöltő parasita az oszlásra készülés legelején: magjuk eltűnt, pigmentjük rögösödik s kezd sorokba rendeződni.

2. Számosabb tagú a másik generatio, melynek tagjai a vérsajteken még egészen ki nem töltik, magjuk és szórt pigmentjük van.

Este 10 órákor hőmérsék 36° 0' C.

1. generációból alig találtunk egy-két oszló alakot, középre gyűlt pigmenttel.

2-dik generációból vagy 2-nek még magja van és szórt pigmentje. De több az olyan, melynek magja már nincs, pigmentje a szélre csipkésen gyülekezett vagy középen küllős csomót képez.

November 14. Rohamok napján.

Betegnek tegnap éjjel 12 órákor 37° 5' C.-ra emelkedett a hője, de az éjjel csak kevés forróságot érzett, hidegrázása azonban nem volt. Hőméréseket az éj folyamán nem eszközöltünk.

A második roham ismét antepónált, mert mai napon reggel 8 órákor rázta ki a hideg.

D. e. 10 órákor hőmérsék 40° 2' C.

1. Az első generatio oszló alakjaiból származó megtelepült spórákat — mint az várható lett volna — nem találtunk.

2. generációból még sok csak középen küllős pigmentcsomós esillagvirág alak, de kaptunk 2 széthulló sporuláló alakot is.

D. u. 9 órákor hőmérsék 38° 2' C.

1. generációból nem találtunk.

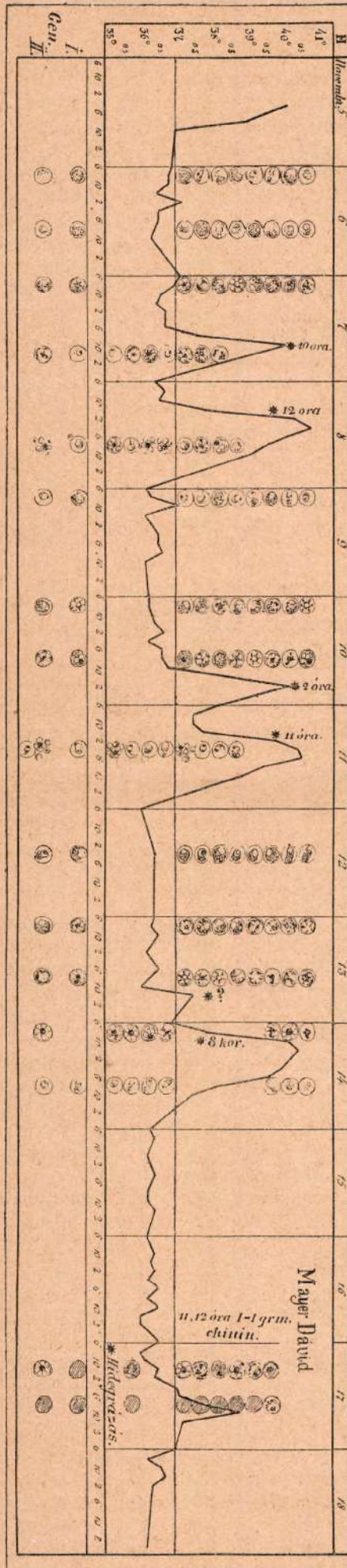
2. generációból néhány fiatal parazitát, melyekben pár finom pigment szemecske is van.

Következő roham napja előtti éjjel november 16-dikán 11 és 12 órákor 1—1 gm. chinint vett porban. Sem az éj folyamán, sem november 17-dikén nem jelentkezett a hidegrázása, hőmérséke azonban d. u. 6 órától kezdve felment s 10 órákor legmagasabb 38° 8' C. pontját elérve lefelé kezdett esni, úgy, hogy november 18-dikán reggel 6 órákor már 37° 0' C.

November 17-dikén d. e. 8 órákor 9 órával az első chinin adag után a vérben előbbi számban találtunk középen majdnem egy csomóba összegyűlt, vagy egy compact csomós pigmentű oszló parazitákat, melyeken chinin hatást nem láttunk. Szétesőket vagy új infectiókat vérsajteken nem láttunk.

D. u. 8 órákor hőmérsék 37° 9' C.

Hosszas kereséssel találtunk egyetlen oszló alakot. Megtelepülő spórákat nem láttunk.





November 18-dikától kezdve többé a betegnek hőemelkedése nem volt. A november 19-dikén d. e. 8 órakor végzett vérvizsgálatnál m. parasitákat nem találtunk s miután a következő roham napján november 20-dikán sem volt hőemelkedése, november 21-dikén ismét adtunk 1 gm. chinint, hogy a netáni recidivát megelőzzük s a beteget kibocsátottuk.

\*\*\*

A beteg vérében bejövetele utáni első napokban 2 quartana generatiót lehetett megkülönböztetni, a melyek közül egyik gyöngébb volt és fejlődésben körülbelül 24 órával megelőzőtt egy másik erősebb generatiót.

Ezen gyengébb generatio sporulatioja a kettős rohamcsoportok közül az első rohammal esett össze, úgy az első mint a 2-dik alkalommal. Az erősebb generatio sporulatioja a rohamcsoportok 2-dik rohama alatt történt, úgy első ízben mint második alkalommal.

Mindkét generatiót egymás melletti fejlődésében végig kísértük s mivel a parasiták meglehetősen számban voltak jelen a vérben, s mert a két generatio különböző számú volt, e két generatio szétválasztása mindig jól volt eszközölhető.

Különösen bizonyító a november 7-dikén d. e. 9 órakor, d. u. 10 órakor és a november 8-dikán déli 12 órakor végzett vérvizsgálatok eredménye. November 7-dikén d. e. 9 órakor ugyanis oszlásnak indult parasitákat találtunk, este 10 órakor ilyeneket már nem, de találtunk megtelepült sporákat, november 8-dikán déli 12 órakor megint sporuláló alakokat és körülbelül egy napos fiatal parasitákat láttunk a véresejtekben. Ez tehát mutatja, hogy a két roham közt volt olyan idő, a midőn oszló alakok egyik generatióból már, a másiktól pedig még nem voltak találhatók. Tehát a 2. generatio egymásután sporulált, egymástól bizonyos idő által elválasztva, úgy mint az a 2 hőemelkedésnél is kifejezésre jutott az intervallum által.

A november 10—11-diki rohamok alkalmával megejtett vérvizsgálatok már nem oly bizonyítók, mert — hibásan — a 2 roham közt időben vérvizsgálatot nem eszközöltünk.

A mint azonban a kettős hidegrázások első rohama hovatovább postponált és gyengült, a második roham pedig hovatovább antepontált, annyira, hogy november 13—14-dikén már egész biztosan csak 1 roham volt constatálható, a két generatio szétválasztása is nehezebb lett úgy, hogy november 13-dikától kezdve azokat többé elkülöníteni nem tudtuk; vagy azért, mert az első generatio igen elapadt, vagy mert a két generatio fejlődésében oly közel esett egymáshoz, hogy többé azok fejlődésükben csak annyira állottak el egymástól, mint egy hosszabb generatio tagjai.

\*

November 16-dikán, az utolsó roham idejét véve a számitás alapjául, 9 órával a roham előtt 2 gramm chinint adtunk a betegnek porban.

A reggelre várt hidegrázás roham elmaradt, csak a délutáni órákban jelentkezett kisebb hőemelkedése.

A parasiták előbbi számban voltak találhatók, talán csak kissé hátramaradtak sporulatiojukban, de máskülönben egész normalisan sporuláltak. A sporák azonban meg nem települhettek, legalább újan inficiált vörös véresejteket nem találtunk, úgy, hogy a chinin adagolását követő este már csak egyetlen parasitát találtunk; a 2 nap mulva megejtett vérvizsgálatnál pedig azokat egyáltalában nem találtuk.

\*

Következő IV-dik és V-dik kóresetünk egymáshoz hasonló két olyan eset, a melyeknél negyednapos tipikus hidegrázós rohamok mellett a roham közti napokon is hőemelkedések voltak észlelhetők. Hidegrázással, forrósággal és izzadással azonban e hőemelkedések nem jártak. A hőemelkedéseknek megfelelően a vérben ilyenkor oszló gen.-kat találtunk.

És mivel ismeretes, hogy lehetnek jelen m. parasiták a vérben s sporulálhatnak — ha nem nagy azoknak száma — a nélkül, hogy a betegnél hidegrázás vagy csak hőemelkedés is jelentkezne, e két esetünket mint átmenetet tekinthetjük quartana simplexből quartana triplexbe, úgy magyarázva a dolgot, hogy ezen hőemelkedések alkalmával oszló generatiók gyöngék voltak arra, hogy hidegrázást váltsanak ki, s csupán hőemelkedést hoztak létre.

(Folytatása következik.)

## Közlemény Kézmárszky Tivadar egy. ny. r. tanár I. szülő és nőbeteg klinikájából.

### A carcinoma uteri gyógyításáról.

Közli Bäcker József dr., I. tanársegéd.

(Vége.)

A carcinoma székhelyét tekintve, 43 portio-, 21 cervix-, 4 corpus carcinoma volt, 1 eldöntetlen. Feltűnő, hogy a míg a cervix carcinoma inoperabilis alakban 10%-kal gyakrabban fordulnak elő, mint a portio carcinoma, az operabilis esetekben az arány megfordított; ép ebben rejlik a cervix carcinoma relativ rosszabb indulata, hogy igen hamar átterjednek a parametriumokra s megghiúsítják a gyógyítást. Sőt még az operált esetek is sokkal rosszabb prognosist nyújtanak; mert pl. ezen esetekben 1 évnél hosszabb recidivamentes időt nem láttunk. *Összes, véglegesen meggyógyult eseteink portio illetőleg corpus carcinoma.* Azt hiszem, hogy a cervix carcinoma eme rossz statistikája csakis abból magyarázható, hogy igen sok esetben a parametriumok már infiltráltak, máskor pedig a vékony cervixfalnak beszakadásai a Winter értelmében vett oltási metastasisokra adnak alkalmat.

Első 9 esetünkben a carcinoma kaparása nélkül végeztük a műtétet, de a 10. esettől a műtét első momentumá az erőyes excochleatio.

Első 29 műtétünkben műtét alatt sublimat és carbolt használtunk öblítő folyadékul, a 30.-tól steril-vizet.

Első eseteinkben a sebet bőven elláttuk jodoform-porral, de 3 jodoform-intoxicatiót észlelve, ezt is elhagytuk.

A műtét, melylyel 69 esetben a méhet eltávolítottuk, a hysterectomia vaginalis, mely másfél évtized alatt számos változásokon ment keresztül, de a változtatások legtöbbször jelentéktelen; hogy az excavatio vesico-uterinát, vagy a Douglast nyitom-e meg előbb, a méhet ante- vagy retroflexio irányában hozom-e ki, vagy pedig in situ kötjük-e le a parametriumokat s a lig. latumot, hegyes vagy tompa tüvel varrjunk-e, ezek technikai csekélységek, melyek felett már csak azért sem érdemes vitatkozni, mert nem is általános értékűek: egyszer az egyik, másszor a másik felel meg jobban a viszonyoknak.

Klinikánkon a következő eljárást szoktuk követni, ha csak complicatiók rendes tervünket meg nem hiúsítják:

A hüvelyt jól szétjárjuk, a carcinomás részeket pontosan lekaparjuk s utána a sebfelületet Museux-fogókkal összefogjuk vagy összevarrjuk. Ezután a portio vaginalist jól lehúzza, körülvágjuk s tompán feltoljuk a paracervicalis kötőszövetet, majd a mennyre lehetséges, feltoljuk a hólyagot, s 1—1 lekötést alkalmazunk a parametriumokra. Most a Douglast megnyitjuk egész szélességében s a peritoneumot odatűzzük a hüvelyfalhoz. Ugyanígy járunk el elől az excavatio vesico-uterina peritoneumával is. Így lehetővé válik, hogy a bal kéz mutatóujját a méh előtt, hüvelykujját mögötte a medenczébe vezessük, s jól kitapintva a parametriumokat, majd a lig. latumot, akár összekapaszkodó esomós varratokkal lekötjük mind a két oldalt. Ha a méh könnyen lehúzható, in situ végezzük végig a lekötéseket, különben arra döntjük ki a méhet, a merre jobban sikerül.

A méh eltávolítása után fontos kérdés, hogy mi történik az ovariumokkal? Az bizonyos, hogy uterus nélkül feleslegesek a szervezetben, tehát eltávolításuk észszerű. De más részről az is tény, hogy visszamaradásuk, legalább a mi tapasztalataink szerint, semmi különös veszedelemmel nem jár. Eljárásunk tehát az volt, hogy ha könnyű szerrel eltávolíthattuk az adnexumokat, ezt soha sem mulasztottuk el, de ha előreláthatóan nagy nehézségeket okozott volna, inkább bennhagytuk. Kivételt csak azon esetekben tettünk, a hol lobos „adnextumor“-ok genyes tartalommal, vagy kisebb ovarialis cysták voltak jelen, ezeket mindig eltávolítottuk. Ily módon exstirpáltunk per vaginam 3 ízben tojáshíj, almányi salpingo-oophoritist, egy esetben pedig ökölyi tubo-ovarialis cystát.



70. esetünkben, egy gyermekfejnyi fibromyomával complicált carcinoma esetében a Rydygier-módosította Freund-féle műtétet végeztük kitünő eredménnyel. Először kikapartuk a portio rákos daganatát s a sebfelületet összevarrtuk. Azután a vagina felől lekötöttük a parametriumokat, megnyitottuk az excavatio vesico-uterina és a Douglas peritoneumát, úgy hogy a méhet csak a két, 3 ujjnyi széles ligamentum latum tartotta. Ekkor a hüvelyt jodoform-gaz-zel tamponálva, laparotomiát végeztünk, s a széles szalagok lekötése után a méhet a laparotomia sebén át távolítottuk el.

A műtét könnyen és biztosan volt végezhető, s a reconvalescentia nem tartott tovább, mint akárminő egyszerű ovariotomia után.

A carcinomás méhnek eltávolítására tehát két műtétet használtunk, a hysterectomia vaginalist és a Freund-Rydygier-operatiót. Az elért eredményekkel, akár a műtét közvetlen eredményeit, akár pedig a recidiva-mentesség arányát vesszük is számba, tekintve, hogy beavatkozás nélkül absolute halálra vezető betegséggel van dolgunk, meg vagyunk elégedve. De a természettudományokban is igaz, hogy a jónak ellensége a jobb és így tökéletesen jogos és méltányos törekvésnek tartjuk az uterus exstirpációk technikájának javítását, mint a mely a mai jó eredményeknél is jobbra törekszik.

Az irányelvek, melyek módosítások alakjában felmerültek, nagyjában két csoportba oszthatók: vagy a műtétnek, direct eredményeit óhajtják javítani, vagy pedig a recidiva lehetősége ellen védekeznek, illetőleg újabb operatív eljárásokkal kiterjesztenék az indicatiót olyan esetekre is, a minőket a közönséges exstirpációval a recidivára való tekintetből nem gyógyíthatunk.

A mi az első törekvést illeti, operatióink kapcsán arra a meggyőződésre jutottunk, hogy a vaginalis exstirpationak fentebb leírt módja tökéletesen kielégítő, ha akkor végezzük a műtétet, a mikor az indikált, más szóval, ha a betegség még tisztán a méhre szorított, tehát localis jellegű. Ily esetekben az anatómikus viszonyok szoros szemmel tartásával operálhatunk s csak arra kell törekednünk, hogy mint minden operatiónál, aseptice járjunk el. Szükséges tehát a széteső rákos tömegnek alapos kikanalizása még az operatio előtt, már csak azért is, nehogy ojtási metastasisokat okozzunk. A kiegészítést feleslegesnek találtuk s teljesen kielégítőnek tartjuk a kaparás után pontosan kimosni a hüvelyt újból 1% sublimat-oldattal, s azután nagy gondot fordítunk arra, hogy a sebfelületet elzárjuk; e célból vagy Museux-fogókkal szorítjuk össze, vagy pedig összevarrjuk.

Ez úton teljesen kizárhatjuk a carcinoma okozta infectio lehetőségét s így a helyzet urai vagyunk, s csak arra kell törekednünk, a mire minden operatiónál, hogy kizárjuk a kívülről jövő infectiót.

A vaginalis exstirpacio technikai javítására törekvő módoszatok között legfontosabb, elvi jellegű kérdés, mi történjék a hüvely boltozattal: elzárjuk-e vagy tamponáljuk?

Igaz ugyan, hogy az eddigi műtők közt a legjobb eredményt Kaltenbach érte el, vagyis 3.9% mortalitást, szemben a többi műtő körülbelül 10% halálózásával és jó eredményeit mindig a hüvelyboltozat összevarrásának tudta be; de azért mi soha sem tudtunk megszabadulni attól a gondolattól, hogy a jodoform-gaz a tampon mellett drain szerepét is játsza, s így az esetleges infectióval szemben több biztosítékot nyújt.

A lefolyt esztendő azonban megtanított arra, hogy a medence-üregnek jodoform-gaz-zel való tamponálása nem egészen ártalmatlan eljárás. Egyik esetben ú. i. az exstirpációt követő elhalálozás után a sectio a halálhozó volvulus oka gyanánt egy vékonybélkaesnak a jodoform-gazzal való szoros összetapadását derítette ki.

Ezen eset óta eljárásunk az, hogy az uterus kivétele után a vérzést teljesen csillapítjuk, azután a esonkókat a sebzigókba rögzítjük s minden fonalat a hüvely felé fordítva, a boltozattal összevarrjuk. Csakis azon esetekben, a hol csekély vérszivárgás vagy ú. n. tisztátalan műtét miatt nem merjük elzárni a boltozattal, közepűt kis nyílást hagyunk.

Teljes elzárással eddig 6 esetet operáltunk, egy meghalt sepsisben.

*Vaginalis exstirpationink arról győztek meg, hogy a radicalis műtétnek leírt módja teljesen kielégítő, ha akkor végezzük a műtétet, a midőn a baj még tisztán a méhre van localizálva, a parametriumok teljesen épek s a méh nem nagyobb jó gyermekökölgyinél. Ha már infiltráltak a parametriumok, akkor semmiféle methodus nem segít a recidiva ellen, mert a recidivát általal el nem kerülhetjük, a műtétnek tehát nincsen létjogosultsága.*

Az indicatio kibővítésére szolgáló műtő-eljárásokat gyakorlatilag, systematic nem próbáltuk ki, de azt hiszem, hogy 70 vaginalis exstirpacio révén nyert tapasztalatunk elegendő arra, hogy theoretice állást foglaljunk e kérdéssel szemben.

A tervbe vett új műtetek 4 csoportba oszthatók:

1. A méhnek darabolása útján iparkodnak egy esetleg nagy uterust eltávolítani: morcellement.

2. A vagina lumenét nagyobbítják, hogy a műtétnek az uterus hozzáférhetőbb legyen (Schuchardt-Mackenrodt).

3. A vaginalis út elkerülésével, mesterséges utat nyitnak az exstirpationak (Kraske, Hoehenegg, Herzfeld.)

4. A sebészi öltések helyett új vérzés csillapító eljárásokra törekesznek (forcipressur, igni-exstirpacio).

Vegyünk sorba e módosításokat, vizsgáljuk meg, hogy van-e létjogosultságuk?

Hogy a morcellement carcinomás uterus eltávolítására nem való, azt bővebben vitatni felesleges. Ma, midőn Winter vizsgálatai az ojtási metastasisok veszedelmét tisztára kiderítették, a műtétnek csak olyan módosításai jöhetnek komolyan számba, a melyek a méhet „in toto“ távolítják el, mert esakis úgy számíthatunk arra, hogy a carcinomás részekkel ép sebfelületet érintkezésbe nem hozunk. Nagyon természetes, hogy morcellement útján az asepsis oltalma alatt sok operatio még „technikailag kivihető“, de ebben nincsen nagy köszönet.

Mi egy esetben, bár önkéntelenül alkalmaztuk a morcellement. A climacteriumon túl levő asszonynál corpus carcinoma mellett rendkívül heves fájdalmak léptek fel, melyek az életet elviselhetetlenné tették. Az eset radicalis operatióra már sehogy sem volt alkalmas, de a méhnek mérsékes mozgathatósága mellett technikailag kivihetőnek látszott, s így a fájdalmak csillapítása céljából megkísértettük az exstirpációt per vaginam. A műtét rendkívül nehéz volt; a medullaris carcinoma elpusztította a méh szövetét s így resistenciáját elvesztve, mindenütt kiszakadt, s mogyorónyi, diónyi darabokban szaggattuk ki. A méh két bélkaesccsal és a keresztcsonttal volt összenöve, a belek leválasztás közben megsérültek, s úgy rajtuk, mint a medencefalán carcinomás részek maradtak vissza. A beteg teljesen láztalanul gyógyult, fájdalmai teljesen elmaradtak hónapokra, annak dacára, hogy a folyamat terjedt, s 8 hónappal műtét után kioltotta a beteg életét.

Technikailag ily műtetek kivihetők, de nem tarthatnak igényt a radicalis műtét nevére.

Körülbelül ugyanazon ellenvetésekkel élhetünk azon műtési tervekkel szemben, a melyek a vaginán át tágabb utat készítenek az uterus-hoz. Ide sorolnám Mackenrodt mély incisioit s a Schuchardt-féle hysterectomia perineo-vaginalist.

Említettem már, hogy egy esetünkben senilis vagina miatt mély episiotomiát kellett végeznünk.

A carcinomát igen erősen kikapartuk, s ezután, tehát a radicalis műtét előtt a hüvelyt és episiotomia sebet  $\frac{1}{2}\%$  sublimat-oldattal ledörzsöltük; a műtét rendkívül könnyű volt és mégis egy esztendő mulva diónyi carcinomás göböt találtunk az episiotomia helyén. Hasonló tapasztalatot, de sőt olyan eseteket is, a hol a recidiva egy nyálkahártya repedésben pl. az urethra szájadékánál vagy a clitorison fejlődött, egész sorozatot találhatunk az irodalomban, s ezek alapján a totalis exstirpacio idealis alakjának azt tartanók, a mely az ép vaginán át távolítja el az uterust és a jövőben még az episiotomiákat is nagyon meggondolandónak tartanók.

A sacralis, parasacralis stb. módszereket sincs okunk a nagy vívmányok közé sorolni a gynaekologia szempontjából.



Hoehenegg, Herzfeld idevágó műtétei a szabadabb tekintést czélozták, s azt ígérték, hogy ez úton nagy daganatokat exactabban távolíthatunk el.

Igaz, hogy a vaginalis utat gyermekököllyinél nagyobb *carcinomás* uterusok eltávolítására alkalmasnak nem tartjuk, de kitünő módszert ismerünk e czélra a Freund-féle operatio modern alakjaiban. Úgy hiszszük, hogy a sacralis methodusok első sorban ezen műtéti modort óhajtanák mellőzni, de szerény nézetünk szerint jogtalanul. Közvetlen tapasztalatunk a sacralis operatiókat illetőleg nincs ugyan, de két esetben volt alkalmam látni, s mindkét esetben (egyik hájas nőnél, a másik közel gyermekfejnyi uterus esete) azt a benyomást nyertem, hogy az óriási sebzés daczára semmi térelőnye nincsen a vaginalis műtét felett, s a Freund-féle műtét szabad áttekintését meg sem közelíti. Ezt látszik bizonyítani pl. Westermarck közlése is (Jahresbericht über die Fortschritte der Geb. u. Gyn. VIII. Jahrg. 158. l.), a mely szerint 10 eset közül 2 ízben sértetett meg az urether.

Rendes nagyságú uterusok eltávolítására a vaginalis út elegendő; nagy méhek exstirpálására pedig a sacralis sem nyújt különös előnyöket, tehát mellőzhető.

A méhen kívül elhelyezett, akár gyermekfejnyi tumorokat vaginalis úton nagyon jól eltávolíthatjuk, mert ezek rendesen nem akadályoznak meg abban, hogy a méhet jól lehúzzuk, a parametriumokat lekössük s a méh eltávolítása után a daganatot akár püngálva, vagy a nélkül kihúzhassuk.

Tapasztalataink szerint az általunk használt két műtéti mód, a vaginalis és a Freund-féle exstirpatio csak azon esetekben nem kielégítő, a midőn a cervix medullaris carcinomájával van dolgunk, melynek kikaparása után rendesen oly vékony a visszamaradt ép szövet, hogy húzás közben minduntalan beszakad, elrongyolódik, s így carcinomás részek visszamaradhatnak, vagy az ép szövetbe bejuthatnak.

Mivel pedig a sacralis methodusnak egyetlen előnye, hogy a *méh lehúzása nélkül* végezhető a műtét, a cervix carcinoma jelzett eseteiben nem haboznám megkísérteni.

Lényeges újításra törekednek azon eljárások, melyek a *sebészi varratokat óhajtják kiküszöbölni*.

A *forcipressur* nagy előnyének mondják, hogy rendkívül megrövidíti a műtét idejét. Ez lehetséges, de itt is sokat határoz a műtő individuuma. Könnyen elhíhető, hogy az a műtő, a ki száz és száz esetet megoperál, eléri azt a technikai biztosságot, hogy 10—15 perc alatt elvégez egy uterus-exstirpatiót. Nagy kérdés azonban, hogy ha kezdő műtő végezné ugyanezt a műtétet, nem szorulna-e u. o. hosszú időre, mint a sebészi varratokkal? És viszont, a ki sok exstirpatiót végeztet sebészi varratokkal, sima, könnyű esetekben technikája javulásával sokkal gyorsabban fog operálni. Klinikánkon ily műtétek tartama  $\frac{1}{2}$ —1 órát ritkán mul felül, még ha kezdő végezi is.

Másrésről azonban nagy hátránya a forcipressurnak, hogy megbízhatatlan. Soha sem vagyunk bizonyosak a felől, hogy a beteg esetleges nyugtalansága miatt nem ugrik-e szét egy Péan és utóvérzést okoz. Ismeretes már sok oly eset is, hogy a helybenhagyott Péan 1—2 nap alatt decubitust okozott, s hólyag, urether és bélfistulák támadtak. Sőt a Péanok eltávolítása 48 óra mulva sem nyújt garantiát az utóvérzés ellen. Pár héttel ezelőtt az exstirpatiót követő 8. napon a esonkból oly utóvérzést láttunk, mely az anaemia acuta leg-súlyosabb képét idézte elő.

Mindezek alapján mi a forcipressurnak semmi különös előnyét nem látjuk a sebészi varratok felett, mert azt, hogy a műtétet  $\frac{1}{4}$  órával megrövidíti, ma már, a narkosis aerájában előnynek nem tarthatjuk, annál kevésbbé, mert a sebészi varratok az idővesztéséget bőven kárpótolják az eljárás tökéletessége és biztossága által.

Azt pedig, a mit Landau állit, hogy forcipressur által oly esetek is megoperálhatók, melyek sebészi úton a noli me tangere esetei, hogy exstirpatiót végezhetünk infiltrált parametriumok mellett is, tehát kibővíthetjük az indicatiót, másnak mint önámításnak nem tarthatjuk!

Az infiltrált parametriumnak, tehát a makroszkopikus beszűrődésnek mikroszkopikus határait megállapítani senki sem tudja. A hol ép parametrium határolja a kórosat, oda varratot is alkalmazhatunk, ha pedig ennek alkalmazására nincsen elegendő tér, ott a Péan sem helyezhető el, annál is inkább, mert az uretherek bonczani helye sem engedi meg, hogy az infiltrált résztől nagy távolságban alkalmazzuk a leköteéseket illetőleg leszorításokat.

Az ilyen eseteket symptomaticke kezelve többet használunk a betegnek, mint az exstirpatio kiereszkolásával.

A mi pedig Mackenrodt legújabb ajánlatát, az *igni-exstirpatiót* illeti, hogy a carcinomás méhet leköteések nélkül Paquelinnel égessük ki, csak mint curiosumot hozhatjuk szóba. Valódi fin de siècle-operatio!

Az intentio jó. Alapja, hogy kerüljük el az ojtási metastasisokat. De a ki látta, hogy egyes esetekben még parenchymás vérzések csillapítása is mily nehezen sikerül Paquelinnel, nem jutna eszébe, hogy oly nagy véredényeket, mint sok esetben az uterina és spermatica, a tüzes vas hatásával zárjon el! De feltéve azt, hogy az izzó hő képes absolut biztossággal csillapítani a vérzések bármily alakját, ki tudja kiszámítani a sugárzó hő hatását? És ha a tiszta, anatomikus viszonyok szemmeltartásával alkalmazott ligatura mellett is fordulnak elő urether leköteések, mennyivel inkább van ezen veszedelemnek kitéve az urether akkor, midőn ily izzó vassal ronesoljuk el közvetlen közelében a szöveteket? És ha a parametriumok átegetése után vérzés lép fel, s ha az izzó vas felmondja a vérzés csillapítás körül a szolgálatot, lesz-e módja az orvosnak a vérzést megszüntetni ligatúrával, nem fog-e minden lekötés átvágni a szenesedett szövetekben, s tehetetlenül kell néznie a beteg elvérzését!

De a legjobb ellenérv az igni-exstirpatio ellen Mackenrodt-nak saját statistikája (l. Centr. für Gyn. 1896. 5.): 10 operáltja közül 2 elhalt. Igaz, hogy szerinte egyik sem esik a methodus rovására, de tagadhatatlanul 20% a mortalitás, a mi megközelelti a Freund-féle exstirpatio régi rossz statistikáját és nem igen biztat a követésre. Annál kevésbbé, mert a gyógyult 8 beteg közül is kettőnél igen magas lázak voltak hosszabb időn át és maga Mackenrodt mondja, hogy a pörkleválás erősebb gyenedést, sőt abscessusokat is szokott létrehozni. Mindezek alapján azt hiszem eléggé megokolt az egyet. I. szülő- és nőbeteg klinika álláspontja, mely ez idő szerint a felsorolt újabb műtéti methodusok egyikét sem alkalmazva, elegendőnek tartja a carcinomás uterus eltávolítására a vaginalis és Freund-féle exstirpatiót.

De ezen álláspont csak akkor elégítheti ki igényeinket, ha esupán a méhre localizált carcinomákat operáljuk és va banque játékot a beteg életével nem játszunk.

Ezzel be is fejezhetném közleményemet, ha nem tartaná fenn Schröder-iskolája még ma is a régi traditiókat, hogy a portio izolált carcinomái esetében a *magas amputatio* elegendő.

Mi minden esetünkben a méh teljes eltávolítására törekedtünk, mert a magas amputatióval szemben kiváló előnyeit látjuk; és pedig:

1. Mert jobban megfelel a sebészi felfogásnak, hogy a carcinoma esetében az épből is minél több távolítandó el;

2. mert a magas amputatio a legtöbb esetben stenosis képződésére vezet a mesterséges méhszájon, s ez ismét sok dysmenorrhoeikus panasznak vált kútforrásává. Ezzel szemben azon előnye, hogy conceptióra alkalmas marad a méh, nagyon problematikus, mert a legtöbb esetben abortus fejezi be a graviditást;

3. a magas amputatio nem nyújt elegendő biztosítékot a végleges eredményre. Az utóbbi években, habár gyéren, de szaporodnak azon esetek, melyekben a carcinomának 2 góca volt: egy a méhtestben, egy a nyaki részben. A mi 70 esetünk között ilyen nem fordult elő, de volt egy, melyben egészen kezdeti méhszáj carcinomát exstirpatiával gyógyítva, a retro-uterinalis egészen puha kötőszövetben egy borsónyi carcinomás mirigyét találtunk. Hasonló esetet Winter is közölt a



berlini szülészek és nőorvosok társulatában 1892. február 12-dikén.

De nem lehetünk a magas amputatio hívei azért sem, mert ha összes adataink a mellett szólunk, hogy a carcinoma inveterált alakja az endometritisnek, akkor fel kell vennünk, hogy ugyanaz a szövettani elváltozás, mely a carcinoma képződésére vezet, később a csonkított méhben is érvényre jutnak. Ennek a lehetősége mellett még az is fennáll, hogy mi operatióinknál csupán a makroszkopice kórosat távolítjuk el, de mindig ki vagyunk téve annak is, hogy mikroszkopikus góccok visszamaradnak. Ezt a magas amputatio hívei is elismerik, s ezért Winter hangsúlyozza is, hogy az amputált részlet pontosan megvizsgálandó, hogy ép szövetben történt-e a műtét; a beteg állandóan ellenőrizendő, hogy a recidiva legkisebb jelenségekor a totalis exstirpációhoz forduljunk. Azt hiszem azonban, hogy helyesebb álláspont oly esetben, ha egy életveszélyes betegséggel terhelt egyénnél abba a szerencsés helyzetbe jutottunk, hogy idejekorán felismertük a bajt: radicalisan járni el, mintsem félintézkedést téve, a sorsra bizzuk betegünket, hogy esetleges recidivájával *ismét korán*, a mikor még a radicalis beavatkozást végezhetjük, fordul majd hozzánk.

Hogy az amputatiótól a méhben visszahagyjuk a kórokat, mely a carcinomát újból létrehozhatja, annak egy classikus példáját közölte Schauta. (Ueber den neuesten Standpunkt in der Therapie des Carcinoma uteri. Prager med. Woch. 1887. 28. sz.) Egy 6. hónapban gravidánál carcinoma miatt amputálta az elülső ajkát. Ezt normalis szülés követte. 3¼ évvel később az elülső ajk maradványa egészséges, de a hátsó ajk volt carcinomás. Totalexstirpation útján a beteg meggyógyult.

Mindezek alapján mi a totalis exstirpationak vagyunk hívei, a melynek mortalitása valamivel nagyobb ugyan, mint a magas amputatio-é, de e hátrányt bőven fedi az a tudat, hogy a beteg érdekében mindent megtettünk, a mi gyógyulásra vezethet.

Végül kedves kötelességemnek tartom, hogy e helyütt is kifejezzem legmélyebb köszönetemet Kézmárcsúy tanár úrnak, hogy az egyet. I. szülő- és nőbeteg klinika anyagát rendelkezésemre bocsátani kegyes volt.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### A magyar dermatologusok és urologusok egyesülete.

(III. szakülés 1896. február hó 6-dikán.)

#### Bőrbaj szokatlan esete.

Schwimmer Ernő tanár: A bemutatott beteg jelen kiütése állítólag 2 hó óta áll fenn; akkor mindkét felső végtagon, de különösen az alkaron csoportosan gombostüfejnnyi viszkető bibircsek keletkeztek. A beteg a bibircsek tetejét letépte, miközben savószerű folyadék folyt ki.

Jelen bajával másodszor van az osztályon. 1½ év előtt ulcus induratum volt, a mikor injectiókkal kezeltetett; ekkor azonban már voltak hasonló bőrküritésai. A kivirágások helyén azután a bőr pirosan elszinesedett, mely elszinesedés csak hosszú idő múlva adott helyet a rendes bőrszínnek.

Jelen állapot: A jobb alkar belső oldalán a mellső és hátsó karfelületre terjedőleg a bőr kisebb szigetszerű kihagyásokkal barnás-vörösen elszinesedett. Ezen elszinesedett alpból számos kivirágást látunk kiemelkedni, melyek gombostüfejnnyiek, piros udvarral körüvezettek, helyenként a kivirágás mint 2-dik stadiumban a hasonló méretű genyüszővé alakul át. Helyenként a köztakaró a viszketés okozta vakarás következtében hámtól fosztott, ezen hámfoszlások alatt a bőr körülírtan beszűremkedett. A jobb alkar felső harmadán és pedig a feszítő oldalon csoportosan elhelyezve látjuk az efflorescentiák után a felhámtól fosztott helyeket, melyek összefolyásra hajlamot mutatnak; a bőr mérsékelt infiltrált. Ugyanazon elváltozások, bár kisebb mértékben, észlelhetők a bal alkaron is.

A bal felkar feszítő oldalán szintén gombostüfejnnyi kivirágások, majd genyüszőképződés észlelhető, valamint a kivirágások helyén beszáradás általi pörkösödés. Ezek leválása után infiltrált alapon felhámnyok láthatók.

Schwimmer a diagnosis-ra vonatkozólag még nem nyilatkozik.

Ugyanő a megelőző ülésen már bemutatott nőbeteget, kinek a jobb alkar feszítő oldalán alsó harmadán luetikus, néhol körkörös papulái voltak, melyeknél a lues ellen csak a jelenlévő subjectiv tünet — a kellemetlen viszketés — szólt, részint az előbbi esettel pár-

huzamosan, részint azért, hogy demonstrálja, hogy antiluetikus kúrára a baj mily szépen visszafejlődött, újra bemutatja.

#### Hólyaginsufficiencia önkéntelen vizeléssel.

Feleki Hugó: Egy 36 éves egyént mutat be, kinél az önkéntelen vizelet — az insufficiencia és záró izmok elernyedésének következménye — körülbelül 1¼ év óta áll fenn. A húgyszervek lokális elváltozást nem mutatnak. Jobboldali oculomotorius bénulás. A bántalom a központi idegrendszer megbetegedésének következménye, de ennek mivolta határozottsággal még meg nem állapítható. A beteget vizsgáló ideggyógyász szerint kezdődő periencephalitis gyanúja forog fenn. Az önkéntelen vizelet rendes pöcsapolásra ritkábban jelentkezik és a tartálékvizet mennyisége is esökkenést mutat fel.

Bakó nem értette meg azt, hogy vajjon a beteg nem tudta tartani a vizeletet, vagy gyakran vizelt. Mert ha pl. a beteg gyakran vizel, úgy egy neurotikus egyénnél van dolgunk, vagy olyannal, ki maga csinálja azokat sok víz ivása által. Szeretne azonkívül valami adatot arra nézve, a mit az ideggyógyász nyújtott.

Havas először ugyanazok iránt akart kérdést tenni, mint Bakó, másodszor kérdezi, hogy volt-e valami kankós vagy onanistikus anamnesis a betegnél. Szerinte is vagy valami középponti változással, vagy reflex neurosisal van itt dolgunk.

Feleki az előbbieknél azt válaszolja, hogy a beteg nem tudta tartani a vizeletét, vagyis, hogy önkéntelen vizeletéről van szó, hogy az ideggyógyász adatokat nem bocsátott rendelkezésére s hogy a beteg vizelete normalis.

Baumgarten kérdezi, hogy a beteg nem szenved-e chronicus mérgezésben; neki volt már ilyen esete.

Feleki szerint a betegnél nem constatalható semmiféle mérgezés. Meisels-nek is voltak hólyagatoniában szenvedő betegek, kiknél nem tudta megmagyarázni, hogy a hólyagbántalom honnét ered.

Alapi szerint ez is olyan casus, melynél bele kell abba nyugodni, hogy az előidőző okát nem tudjuk.

Bakó szerint az atoniát ezzel az esettel nem hozhatjuk össze. Atonia vesicae mellett mindig a bél is atonikus és akkor azt találjuk, hogy a beteg rendetlen székről panaszkodik, már pedig Feleki erre vonatkozólag semmit sem mondott.

Feleki végszavában kiemeli, hogy ő ezt az esetet egyedül therapeutikus oldala miatt mutatta be, míg a tárgyhöz szólók a betegséget előidőző okot keresik.

#### Nagyfokú húgycsőszűkület cystitissel.

Feleki Hugó: Az eset csak therapeutikus szempontból érdekes. A 35 éves férfinél a pars cavernosa közepén és a bulbus táján nagyfokú callosus szűkület áll fenn, mely már húgyrekedést is okozott. Csak a Lefort-féle tágitással lehetett a hátulsó stricturát 21 Charr-ig dilatálni. Fel nem szerelt sonda egyrészt mivel ú. n. resistens szűkülettel van dolgunk, másrészt az általuk miatt a jelzett dilatatio után sem volt lehetséges, úgy hogy húgycsőműtész volna javulva. De a műtétre a beteg nem áll rá. Minthogy a cystitis kezelést igényel, a Lefort-féle eszköz mintájára készült catheterrel történtek a hólyagmosások, mire a hólyag részéről fennállott jelentékeny kóros jelenségek teljesen elmúltak.

Schwimmer tr. kérdezi, hányas számú cathetert lehet bevezetni.

Feleki: Csak Lefort-ot.

Bakó szerint, hol Leforttal be tudunk menni, ott bemehetünk közönséges catheterrel is; feltűnik neki, hogy Feleki bevezet egy 21-es érczsondát s egy megfelelő cathetert nem tud bevezetni.

Meisels kérdezi, hogy miért nem vezette be Feleki a catheter a demeuret, ha filiformist be tudott vezetni.

Alapi azt gondolja, hogy erre az alkalomra egy complicált catheter nem épen szükséges. Vesz az ember egy 20-asnál vékonyabb sonde olivairat s ezt mandrinra húzza vagy a tunellozott catheter által igyekszik czélt érni.

Baumgarten figyelmezteti Felekit, hogy ha az urethrotomia externa meg is történik, később mégis szükség lesz a sondázásra.

Feleki azt válaszolja, hogy ő erre el van készülve.

Bakó még egyszer felemlíti, hogy a hol bemegy az érczsonda ott bemegy a catheter is, ha a hajlása ugyanaz.

Feleki szerint, ha a bougie-t a filiformis nélkül vezetjük be, árt-hatunk a betegnek. A mi a kimosást illeti, belátja, hogy e helyett más módszert is használhatott volna, de a beteg nem akarta magát más módszernek alávetni.

#### A húgycső argyrosisa.

Feleki Hugó: A 34 éves egyén 10 év óta kezelteti húgycsővét. Baja gonorrhoeával kezdődött, melyhez a prostata és ondóhólyagok megbetegedése csatlakozott. Az éveken át alkalmazott lapis-kezelés következményeképp a húgycső megvastagodott hámrétege szürkés-fekete elszinesedett mutat. Sondázásra és jodacetatesre a vastag hám egyes helyeken ezafatokban levált és e hámczafatok görcső alatt is mutatják az argyrosist, a mennyiben fekete szemcsézett festenyzettségük észlelhető. A jelzett kezelésre a hámrétegek leválása észlelhető és a húgycsőfolyás is javulást tüntet fel. A prostata bántalmat prostata-nassatorral kezelte s tetemes javulást észlel.

Róna kérdezi, vajjon Feleki eszközével képes-e olyan pontosan a prostatát érinteni mint az ujjával? szóval, bizonyos-e Feleki abban, hogy midőn eszközével massál, a prostatát massálja?

Feleki bizonyos abban, hogy eszközével a prostatát érinti.



Róna tapasztalta, hogy akármilyen gyakorlatot szerzett is magának az ember valamilyen eszközzel, sohasem tudja oly pontosan érinteni a prostatát, mint az ujjával.

Bakó indítványozza, hogy az eszköz feletti vitát halaszszák el egy másik alkalomra.

#### Erythema scarlatiniforme egy esete.

Török Lajos: Bemutatja az *erythema scarlatiniforme* egy tipikus esetét, melyben a kóros folyamat ung. cinereumnak a fantájakra való egyszeri bedörzsölése után lépett fel.

Róna is látott már hasonló esetet.

#### Urethritis non gonorrhoeica et prostatitis esete.

Róna Sámuel: Észlelhetünk az én hozzávetőleges számításaim szerint körülbelül  $1/20$ -c-ában az összes urethritis eseteknek olyan húgycsőlobot is, melyet nem gonococcusinfectio okoz. Nem akarok ez alkalommal az esetek irodalmára kitérni és csak annyit akarok megjegyezni, hogy az *Aubert* (1884.) és *Bockhardt* (1886.) által leírt urethritis pseudogonorrhoeicán kívül is fordulnak elő nem kankós húgycsőlobok. Ez utóbbiaknak aetiologiája teljesen ismeretlen előttünk, miért is részéről szükségesnek tartom az idevágó adatokat gyűjteni és feltett szándékom minden jól észlelhető esetet itt bemutatni. E czél lebegett szemem előtt ma is, midőn e beteget bemutatom.

Sz. W., 26 éves, nős, könyvkötő 1895. december 6-dikán jött poliklinikai rendelésre.  $2\frac{1}{2}$  hét előtt vette észre, hogy húgycsőfolyása van. Azelőtt sohasem volt semmi baja. Állítólag 9 hó óta (házassága óta) idegen nővel nem közösült. Eleinte vizelés és erectionál fájdalmak voltak. Másfél hét óta a fájdalmak megszűntek.  $1\frac{1}{2}$  hét óta hydrarg. salicylicum befeckendést használ. A családban tuberculosis nem volt.

A vizsgálatnál minimális váladék nyerhető. A vizelet I. fele gyengén homályos sok fonállal; II-dik tiszta. *Microscop. vizsg.* Igen sok több magvú fehérvérsejt, sok hámsejt, gonococcus nincs.

December 27-dikén urethro-cystitis és prostatitis follicularis lépett fel a betegnél. A 2 havi észlelet alatt az urethralis váladék 5-ször, a prostata váladék is többször lón megvizsgálva úgy gonococcusra, mint tuberculosis bacillusra, megannyiszor negatív eredménnyel.

Neje is két ízben megvizsgáltatott (úgy az urethralis mint cervicalis váladék), gonococcus nem találtatott. Ép így a művi talajra oltás is csak negatív eredményt adott a gonococust illetőleg.

*Schwimmer* tanár és *Meisels* indítványozzák, hogy a pseudogonorrhoea kérdését külön ülésre tűzzék ki.

*Havas* szerint nem elégséges 5 gonococcus vizsgálat arra, hogy egy lefolyásban levő urethritisnél pseudogonorrhoea diagnosist lehessen felállítani.

Róna szerint hasonló esetben el lehet fogadni 3—4-szeri vizsgálatot is.

#### Extragenitalis sclerosis. Syphilis maculosa et papulosa. Alopecia syphilitica.

Basch Imre: H. J., 14 éves, pinczér előadja, hogy körülbelül 2 hó előtt a hasfal bőrének bal alsó részén kelése támadt, melyet eleinte csak rizs-porral kezelt, de minthogy igen nagy fekély lett belőle, végre jodofórmot használt, mely alatt két héttel ezelőtt begyógyult. A begyógyulással egy időben észrevett a fejen apró pattanásokat és egy hét előtt észrevette, hogy kopaszodik. Jelenleg fejfájásokban szenved és napok óta igen bágyadt; azonkívül erős viszketést érez az ujjak közt, a karokon és a törzsön. Beteg a hasfalán keletkezett kelés eredetére nézve előadja, hogy bátyjával, ki szintén pinczér és a kinek penisén sebe volt, hónapok óta együtt halt.

*Stat. praes.* A fejbőrön sűrűn egymás mellett számtalan borsónyi egész körömnagyságú kopasz helyek, melyeken a bőr részben festenydúsabb, barnás-szürkés, részben fénylő fehér, vékonyodott, sima. A törzs, valamint a végtagok bőrén halvány, sárgás-barna foltos kütég. A bal bordaív táján 2—3 halvány rézvörös papula. A jobb hypochondriumban, a lágyékesatornával párhuzamosan, attól körülbelül 4 cm-re  $3\frac{1}{2}$  cm. hosszú és két cm. széles kékes-vörös, közepén rézvörös, a központ felé halványodó élesen határolt, a bőr niveaujából szélével kissé kiemelkedő tömött tapintatú beszűrődés. A lágyékmirigyek valamint a tarkó mirigyek is feltűnően nagyobbodtak. Ezenkívül az ujjak közt, a könyökön s a törzsön a nadrágszíjnak megfelelően vakarási tünetek és átkamenetek. A garatíven élesen határolt élénk vörös belőveltség látszik, mindkét mandula a rendesnél valamivel nagyobb, élénk vörös, felületén szennyes fekélyvel.

Bemutató érdekesnek tartja az esetet részben aetiologiája tekintetében, a mennyiben coitus kizárásával történt az infectio, elősegítve talán a scabies folytán végzett vakarások által, részben az oly korán és kiváló mértékben fellépett alopecia szempontjából, mely minthogy beteg eddigelé semmiféle antiluetikus, így tehát higanykezelésben sem részesült, tisztán syphilitikus alapon fejlődöttnek tekintendő.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

Kres Gyula: A rimamurány-salgótarjáni vasmű-részvénytársaság bánya- és gyári munkás-személyzete egészségügyi viszonyainak ismertetése. Budapest, 1896.

Az ezredéves kiállítás alkalmából nagy szorgalommal és szakértelemmel összeállított terjedelmes füzet mindenekelőtt által-

ban ismerteti a czímbe említett társaság személyzetének egészségügyi viszonyait, külön fejezetekben sorolva fel az orvosi személyzetet, a társaság tulajdonát képező kórházakat, melyek némelyike a legmodernebb követelményeknek is megfelel, a betegedési viszonyokat stb. A különböző kerületek egészségügyi viszonyainak részletesebb, sok érdekes adatot tartalmazó ismertetése után következnek a nagyszámú táblázatok, melyek nem csupán a munkás betegedésekre vonatkozó adatokat tárják fel, hanem a többi közt például a telepek munkáslakásainak hygienikus viszonyaira, az iskolás növendékek betegedési viszonyaira (tekintettel a tantermek számára és irtartalmára) stb. vonatkozó adatokat is tartalmazzák. Az ipari hygiene szempontjából nagyon érdekes és érdemes munkát, mely méltán szolgálhat mintául hasonló ismertetések készítésénél, ajánljuk az érdeklődők figyelmébe.

## II. Lapszemle.

### Sebészet.

Intussusceptio nyitva maradt diverticulum Meckeliin át. *Golding-Bird* esete négy hetes gyermekre vonatkozik, a kinek köldökén nemsokára születése után vörös protrusio mutatkozott, melyen át bélsár is jött. Utolsó időben ezen protrusio rendkívüli mértékben növekedett és intussusceptio lett diagnosztizálva és pedig a tünetekből következtetve a bél distalis részéből kiindulólag. Midőn műtetre kórházba lett hozva, a gyermek már annyira collabálva volt, hogy beavatkozásnak nem lehetett alávetni. A sectio a diagnosis helyes voltát bizonyította. Az eset magában is nagy ritkaság s tekintve azt, hogy a distalis rész volt az intussusceptum, unicum. Ideje korán segélyt keresve, laparotomiával megmenthető lett volna a gyermek a bél resectiója által. (Lancet 1895. november 16.)

*Baumgarten Samu dr.*

Prostata túltengésnél végzett castratio közvetlen eredményeiről ír *Mansell Moullin*. Herekiirtás dűlmirigy-túltengésnél eddigelé több mint százszor lett végezve s előbb-utóbb a prostata kisebbedése állott be a mirigyek és a kötőszövet zsíros elfajulása s eltűnése által. Hogy kisebbedés beáll, azt a klinikai tünetektől eltekintve három esetben bonczolat is bizonyította tizenhét nappal, tizenegy nappal és másfél nappal a műtét után. Hogy a kisebbedés oly gyorsan áll be, nem magyarázható az organikus elváltozásokból, mert azokhoz hosszabb idő szükséges. Nézete szerint nem a herék eltávolítása, hanem a funiculus spermaticus lekötése az idegek útján reflexként a prostata véredényeinek összehúzódását s ennek megfelelőleg kisebbedést okoz. Később ezen hatás megszűnván, a véredények elernyednek, a congestio visszatér és a műtét előtti tünetek mind újra fellépnek, hogy végleg eltűnjenek, a midőn zsíros elfajulás s atrophia elegendőleg előre haladtak állandó kisebbedés létesítésében. (Lancet 1895. november 30.)

*Baumgarten Samu dr.*

Vékonybélben megakadt epekő ileust okozott *J. Hutchinson* egy esetében. Hetven éves asszony ismételt epekő-bántalomban szenvedett. Három nap óta obstructio tünetei voltak jelen; már műtét előtt határozott diagnosis lett csinálva. A laparotomiánál a bélnek a kő felett fekvő része erősen tágult és lobos volt, míg az alatta fekvő rész erősen összehúzódott volt, úgy hogy a kő lefelé haladó irányban nem juthatott tovább. A vakbélből néhány lábnyira volt a jelzett bélrészlet. A bélfal átmetszése után a kő el lett távolítva és a bélfal ismét össze lett varrva. A kő csak  $7\frac{1}{2}$  grammnyi volt, hosszátmérője pedig valamivel nagyobb mint egy hüvelyk. (The Lancet 1895. december 7.)

*Baumgarten Samu dr.*

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Szamárhurut ellen *Vargas* a phenocollum hydrochloricumot ajánlja. Naponként 1—2 gramm adandó megédesített vizes vagy nyákos oldatban. (Therap. Wochenschrift, 1896. 1. sz.)

2. Fogfájás ellen, mely a pulpa lobja által van feltételezve, *Wotjoff* nagyon jó eredménnyel használja a következő összetételű szert: Rp. Cocaini hydrochlorici 0.1; Camphorae, Chlorali hydrati aa 5.0; ehhez néhány csepp viz teendő és jól összedörzsölendő. Az ezzel átitatott wattát a fogürbe teszszük és egy napig bennhagyjuk. A hatás egyrészt desinificáló, másrészt fájdalomcsillapító. (Therap. Monatshefte, 1896. április.)



TÁR C Z A.

Orvosi jelentés a „Stefánia“ pesti szegény-gyermek-kórház 1895-dik évi működéséről.

A „Stefánia“ pesti szegény-gyermek-kórház az 1895-dik évvel működésének 57-dik évét fejezte be. Ezen, több mint félszázados időszak alatt az intézetben összesen 405,362 beteg gyermek nyert kezelést s himlőellenes védoltás 27,152 gyermeknél végeztetett.

A kórház működésében a legfontosabb mozzanatot, a lefolyt évben is, a diphtheria-ellenes savó-kezelés képezte s tizenhat hónapon át folytatott következetes kísérletezés után azon nézetben vagyunk, hogy ezen kezelési eljárás a modern therapeutikus törekvéseknek legkiválóbb vívmánya, s hogy a gyógyszer-savó alkalmazása bacillaris diphtheriánál ma már minden orvosnak lelkiismereti kötelessége.

Azon kísérletek, melyeket a diphtheria elleni védoltások sikerességének kipróbálása céljából kórházunk orvosai (Torday dr. és Kármán dr.) a nagymélt. magy. kir. belügyministerium és vörös-kereszt egyesület megbízásából hazánkban, Békés- és Szatmár-megyében, tettek (tömeges védoltások), tekintetbe véve az elért eredményeket, valószínűvé teszik, hogy a védoltásokhoz fűzött reményeink is teljesülni fognak.

Megjegyezzük, hogy a gyógyszer-savó-kezelés kórházunk pénztárát a lefolyt évben sem terhelte, mert a befolyt jótékony adakozásokból a beszerzési költségeket teljesen fedezhették.

A Bchring féle gyógyeljárással 16 hó alatt elért eredményeink illusztrálására (402 eset) az alábbi összehasonlító táblázat szolgáljon:

		Fel-vétetett	Meg-halt	Gyó-gyult	Gyógyu-lási százalék
1891—92. szept.—szept.	Összes diphtheriás esetek	361	185	176	48.75
	Nem operált esetek	185	68	117	63.24
	Operált esetek	176	117	59	33.52
1892—93. szept.—szept.	Összes diphtheriás esetek	327	174	153	46.78
	Nem operált esetek	138	48	90	65.21
	Operált esetek	189	126	63	33.33
1893—94. szept.—szept.	Összes diphtheriás esetek	341	196	145	42.52
	Nem operált esetek	145	57	88	60.68
	Operált esetek	196	139	57	29.08
1894. szept.—1895. decz. (scrum)	Összes diphtheriás esetek	402	109	213	73.00
	Nem operált esetek	251	33	218	87.00
	Operált esetek	151	76	75	50.00

A kanyaró, vörheny, bárányhimlő, diphtheritis és croup, valamint pertussis havi forgalmát a kórházban, 1895-ben a következő táblázat mutatja:

Betegség neve	Január	Február	Márczius	Április	Május	Junius	Julius	Augusztus	Szeptember	Október	November	December
Kanyaró	12	7	5	3	6	10	11	1	20	25	35	27
Vörheny	6	6	8	6	3	9	8	8	17	16	4	7
Bárányhimlő	5	2	4	2	1	5	3	1	1	6	9	5
Diphth. és croup	34	35	44	46	39	32	35	29	58	49	49	38
Pertussis	5	4	2	3	7	2	3	8	6	7	10	8

<sup>1</sup> Ezen 16 hónapi időszak, 1896. január hó 1-éig, összes scrum-mal kezelt kórházi eseteinket magában foglalja.

Összes 15,012 betegünk között valódi himlő egy esetben fordult elő, hasi hagymáz 11 esetben észleltetett, mening cerebro-spinalis epid. ellenben 28 esetben.

A mening. cerebro-spinal. esetek gyakoribb fellépése kétségtelenül mutatja, hogy nálunk e kór újból járványszerűleg kezd jelentkezni. Legutóbbi járványunk a fő- és székvárosban 1887-ben folyt le. 28 kóresetünk sorsáról az alábbi táblázat nyújt némi áttekintést.

	Összeg	Teljes gyógy.	Tökéletlen gyógyulás	Meghalt	Elmaradt
0—1	5	1	1	2	1
1—3	10	1	6	1	2
3—7	7	—	3	3	1
7—14	6	4	1	—	1
Összesen	28	6	11	6	5

\*\*\*

A „Stefánia“ pesti szegény-gyermek-kórházban 1895-dik évi január 1-jétől december 31-dikéig összesen 16,280 beteg gyermek gyógykezeltetett; ezek közül 15,012 beteg mint ambulans látogatta az intézetet, a nyilvános rendelési órákban, melyek délelőtt 1/210-től 12-ig, délután pedig 3-tól 5-ig tartattak. Azon szegények, kik az intézetben ápolásra fel nem vétethettek, gyógyszereket részben ingyen nyertek, a mennyiben a rendeléseknél írt vények, a kerületi előljárók utalványa mellett, a fő- és székváros költségére szolgáltatott ki a gyógyszerárakból; számos sebészi beteg kötszerekkel, a szembetegek pedig külső gyógyszerekkel láttattak el, költség megtérítés nélkül.

A kórházhoz esatolt s a kórház főépületében elkülönített helyiséggel ellátott magy. kir. országos központi védhimlőoltó intézetben 774 oltás végeztetett, s így az orvosi segélyt kórházunkban igénybe vett gyermekek száma az 1895-dik évben összesen 17,054 volt.

Orvosi ápolásban részesült az intézet ágyain, mint befekvő 1268 beteg gyermek.

A 15,012 ambulans beteg látogatásainak összes száma az egész éven át 36,865-öt tett ki, mely számból 27,917 látogatás a 13,554 orvos-sebészi esetre, 7388 látogatás az 1153 szembetegre, 1560 látogatás 305 fülbetegre esett és így átlag egy napra 101 ambulans beteg jutott.

Az ambulans betegek összes számából az egyes hónapokra a következő számok esnek:

január	február	márczius	április	május	junius
1094	925	1344	1438	1461	1253
július	augusztus	szeptember	október	november	december
1418	1393	1607	1100	1100	879

Nemre nézve volt: 7781 fiú és 7231 leány; korra nézve: 5002 egy éven alóli, 4743 egy évtől 3-ig, 2936 3-tól 7-ig és 2331 7-től 14-dik évig. Születési helyre nézve volt 12,575 budapesti, 2425 az ország különféle részeiből és 12 külföldi.

Az intézetben kórházilag orvosolt és ápolt gyermekek száma 1268 volt; ezek közül 87 beteg a megelőző évről maradt vissza és 1181 vétetett fel az év folyamán. Az ingyenes osztályon ápolgatott 841, az első fizetéses osztályon (60 kr. ápolási napidíj mellett) 305, a másodikon (40 kr. ápolási napidíj mellett) 122 gyermek. Ápolási díj fejében 7955 frt 80 kr. folyt be az intézet pénztárába. A kórházi várószobákban levő perselyekben nyilvános adakozás útján 796 forint 60 kr. gyűlt össze.

Az 1268 kórházi beteg 32,183 ápolási napot töltött az intézetben, melyből egy betegre átlag 25 nap esik.

Az ápolási napok összege következőleg oszlik szét az egyes hónapokra:

január	február	márczius	április	május	junius
2708	2521	3033	2666	2903	2799
július	augusztus	szeptember	október	november	december
1997	1849	2520	2886	3092	3209

Egy napra tehát átlag 88 beteg esik.

<sup>1</sup> 1896. január hó 1-től az ápolási díj 70 és 50 krajczára emeltetett.



A csecsemők mellé felvett 104 kísérő 1417 napot töltött az intézetben.

Az 1268 kórházi beteg közt volt nemre nézve 661 fiú és 607 leány; korra nézve 179 egy éven aluli, 422 egy évtől 3-ig, 393 3-tól 7-ig és 274 7-től a 14-dik életévig.

Az év folyamában részint a ker. előjáróságok és kerületi orvosok, valamint a rendőrség, részint a főváros jótékony intézetei is küldtek beteg gyermekeket az intézetbe, kik mindig készséggel vétettek fel s az ingyenes osztályon ápolattak; így 23 gyermek, kik a kerületi előjáróság, kerületi orvosok, rendőrség és mentőegyesület útján jutottak a kórházba, 795 napot töltött az intézetben; a gyermek-menhely 23 árvája 230 napot, a fővárosi árvaházak 35 árvája 1248 napot. Ápolattott továbbá a kórházban a hülyék- és vakok intézetének, a szeretetháznak, az orsz. kiseddóv-egyesületnek, a szürke nénéknak, a Mária- és Ranolder-intézetnek, a magyar gazdasszonyok árvaházának, protestáns és izraelita árvaház és izr. siketnémáknak, valamint a gyermekvédő egyesületnek 56 betege összesen 1170 napig.

Vallásra nézve volt: 770 róm. katolikus, 261 izraelita, 146 ágostai, 76 helvét, 14 görög vallású és 1 unitárius; továbbá volt 1093 törvényes és 175 törvénytelen születésű. Születési helyre nézve volt 959 budapesti, 306 az ország különböző részeiből és 3 külföldről.

A kórháziilag kezelt betegek közül gyógyultan vagy javultan elbocsátott 891, nem gyógyultan 63, meghalt 225 (kik közül 24 haldokolva hozatott be az intézetbe). 1896-ra maradt 89 beteg. Levonva a haldokolva behozottakat, a halálozás 15·85%-ra rúg.<sup>1</sup> A 225 halálozást közül elhalt torok-diphtheritisben 24, alhártyás gégelobban (croup) 51 és gümőkóros megbetegedésekben 29.

Az ambuláns és kórháziilag orvosolt gyermekek betegségei a következő kórosportozatok szerint fordultak elő:

A kórosportok megnevezése	Ambuláns betegek	Kórházi betegek
I. Agy- és gerinczagi betegségek	242	61
II. Idegbetegségek	213	23
III. Fülbetegségek	305	2
IV. Szembetegségek	1153	145
V. Orrbetegségek	137	4
VI. Légzési szervek betegségei	3654	178
VII. Vérkeringési szervek betegségei	85	11
VIII. Nyirkrendszer betegségei	319	11
IX. Száj-, toroktű- és bázisng betegségei	1720	25
X. Alhási szervek betegségei	2681	52
XI. Húgy- és ivarszervek betegségei	403	65
XII. Bőrbetegségek	948	45
XIII. Sejtszövet-, mirigy- és izombetegségek	209	13
XIV. Izületi betegségek s fejlődési rendellenességek a végtagokon	574	71
XV. Csontbetegségek	277	53
XVI. Heveny-fertőzési betegségek	905	445
XVII. Idült fertőzési betegségek	199	12
XVIII. Általános megbetegedések	902	44
XIX. Mérgezések	27	5
XX. Színlelt betegség	4	3
XXI. Betegség nélkül	55	—
Összesen	15012	1268

A kórosportok nagy részét oly sebészi esetek képezték, melyek műtéti eljárást igényeltek. A véghez vitt műtétek a következők voltak:

12 húgyhólyag-metszés húgyhólyagkő miatt, 6 húgyvese eltávolítása, 1 hólyagképlés, 1 csontkítás, 5 necrotomia, 5 brisement forcé, 17 immetszés, 13 légesömetszés, 3 laryngo-fissio, 98 esetben intubatio,<sup>2</sup> 34 garatmögötti tályog megnyitása, 6 nyúlajkműtét, 38 túltengett mandola kiirtása, 13 véredénytapló kiirtása, 2 ranuloműtét, 8 plastica, 4 végbélhabarcz-eltávolítás, 6 végbélképlés, 3 castratio, 6 fitymaszor műtét, 1 hypospadiasis-műtét, 4 mellkascsapolás, 13 mellkasmegnyitás, 5 bordacsonkolás, 4 hascsapolás, 1 echinococcus műtét Bacelli szerint, 1 vizsérves-csapolás, 6 ficzam-

<sup>1</sup> A halálozási százalék jelentékeny alászállása a diphtheria mortalitás csökkenésében leli magyarázatát.

<sup>2</sup> A gyógyulási százalék 57% volt.

repositio, idegen test eltávolítása az orrból 16 esetben, a fülből 16 esetben, a bőralatti kötőszövetből 4 esetben, 10 álképlet-kiirtás, több esetben adenoid-képlődések eltávolítása a hátsó orrüregből, több fülhabarcz-kiirtás, számos üszkös esont és szuvas fog eltávolítása, nyirkmirigykiirtás és varratok alkalmazása több esetben, s végre tályognyitások és bőrfarkas-kikaparás. Csont- és izületi bántalmak miatt 44 gypskötés, 24 turómész- és organtín-kötés és 8 gypságy alkalmaztatott. 29 gyermek testegyenészeti géppel látatott el.

A szemészeti osztályon 7 szivárványconkolás, 1 hályogműtét, 2 staphyloma-műtét, több szarúcsapolás és könnycsatorna-felhasítás hajtatott végre.

A szemészeti osztályt *Vidor Zsigmond* dr. úr vezette s a szembetegeknek mindennap d. e. 10-től 11-ig rendelt.

A sebészi osztály *Verebély László* dr. és docens úr felügyelete alatt állott; a kórházi műtétek általa s az igazgató által végeztettek.

A fülbetegeknek *Böke Gyula* dr. és rk. tanár úr rendelt kétszer hetenként az intézetben.

A gége- és orrbetegeket *Baumgarten Egmond* dr. úr látta el, az ideggyógyászati rendelést pedig *Korányi Sándor* dr. egyet. docens úr vezette.

A kórboneztani vizsgálatokat *Preisz Hugó* dr. akadémiai tanár úr teljesítette.

Rendszeres gyermekgyógyászati előadások az intézetben hetenként kétszer tartattak s az intézetet látogató orvosok és orvostanhallgatók alulírott által gyakorlatilag is oktattattak. Az előadásokat 67 orvosnövendék látogatta, a nyilvános orvosi rendeléseken pedig 54 szigorló orvos és orvos vető részt az év folyamán.

Örömmel említjük meg e helyen, hogy ő nagyméltósága a vallás- és közoktatásügyi minister úr, a kórház számára egy tanársegédi állást engedélyezett, mely körülmény kétségtelenül elősegíti a kórház szakoktatási működését. A tanársegédi állást a lefolyt évben *Perényi István* dr., volt kórházi első segéd, töltötte be.

A gyermekek szembetegségeiről *Vidor* dr. hetenként egyszer tartott az orvostanhallgatók számára előadást. Az egyetemi szülésznő növendékek alulírott és *Vidor* főorvos által nyertek rendszeres oktatást a gyermekápolásból.

A pénztári kimutatás szerint a kórházi kiadások<sup>1</sup> 29,316 frt 54 krt tesznek; ezekből 20%, vagyis 5863 frt 30 kr. a 15,012 ambuláns betegre, 23,453 frt 24 kr. a kórházban 32,183 napon ápolott 1268 beteg gyermek gyógykezelésére és ellátására fordítatott. Ezek szerint egy beteg ellátása és gyógykezelése átlag 18 frt 50 krt igényelt, melyből egy ápolási napra 72½ kr. esik.

A kórház orvosi személyzetének irodalmi működése 1895-ben a következő volt:

1. *Berend M.* dr. és *Preisich K.* dr.: A vér lúgossági viszonyai gyermekeknél, tekintettel azok fertőző betegségeire. Előadás a budapesti kir. orvosegyesületben.

2. *Berend M.* dr.: A diphtheria-ellenes savó-kezelés mai állása. Orvosi Hetilap.

3. *Torday F.* dr.: Diphtheria-ellenes gyógy- és védőtások Békésmegyében. Orvosi Hetilap.

4. *Bókai J.* dr.: A Behring-féle savóval elért eredményeim. (II. előadás.) Orvosi Hetilap és Deutsch. med. Woch.

5. *Bókai J.* dr.: Az intubatio tartama gyógyult diphtheriás betegeknél a serum-therapia előtt és ma. Orvosi Hetilap és Deutsch. med. Woch.

6. *Bókai J.* dr.: „Angolkór“ czikk a „Belgyógyászat kézikönyve“ II-dik kötetében.

Végül hálával jelentem, hogy a „Samaritanus“-egyesület a kórházból kibocsátott szegény betegek segélyezésére a lefolyt évben 45 frt 50 krajczárt szolgáltatott át az igazgatóságnak.

*Bókai János* dr.,

a „Stefánia“ szegény-gyermekkórház igazgató-főorvosa, egyet. rk. tanár.

<sup>1</sup> A kórházi kiadások összegében befoglaltatik a kísérők, ápolók, konyha- és mosó-személyzet teljes ellátása is.



## Újabb külföldi útamon tett tapasztalataim.

*Thanhoffer Lajos dr., egyet. ny. r. tanártól.*

(Folytatás.)

9. *Páris.* Igazgató-tanár *Farabeuf*. Agrégé *Poiriet dr.*, a gyakorlatok vezető chef-je. Továbbá még 2 rendes és 2 helyettes prosector van alkalmazva; azontúl sok ingyenes demonstrator. A nagy szabású, sok pavillonú, de czikk-czakk egybekötött, labyrinthszerű orvosi egyetem főépülete a Boulevard St.-Germain-en van; de hátul a Rue d'École Médecine-en lehet rendszeren belé menni s udvarán a nagy szellemű, de gyenge testű *Bichat* szobra van felállítva, míg a főépület jobb szárnyán nyíló kis téren *Broca*, a nagy anthropolog szobra díszel. A főépülettel szemben az említett utcában vannak a gyakorlati oktatás épülete és pavillonai mind egytől-egyig nyers kőből építve, külön-külön pavillonokkal az egyes disciplinákra, kisebb tantermekkel és egy nagy amphitheatrummal 1400 hallgató számára. A bonczani intézet három főrészből áll; egy a tanár dolgozója több helyiséggel; egy másik az anatomia gyakorlati oktatására való s áll nyolcz nagy bonczteremből, a melyek mindegyike előszobával, ruhatárral és mosdóval és másik végén a prosector dolgozójával van ellátva. Az asztalok vasból vannak, palafedéllel. A harmadik rész a boncztermek alatti nagy halottas kamrából áll 26 halottra épített fekvő helylyel s földalatti folyosóval egy szomszéd pavillonban, a melyben a hullák arsenessavas oldatban mosatnak és conserválás végett befecskendeztetnek a következő oldattal, a melyent 6 év óta kis változtatással én is használok intézetemben sikerrel: Glycerin: 100; carbolsav 5 liter télen, 7 liter tavasszal s csak annyi alkohol, a mennyi kell a carbolsav oldására; mi több alkoholt veszünk. *Farabeuf* művészileg rajzol gonasz-festékekkel nagy cartonokra az előadás számára. Munkái illusztrációi remeknél remekebb rajzait is ő készíti. Több művével megajándékozott s egyik nagyobb szabású munkájában páratlan szépek a rajzok; ennek czíme: „Introduction a l'étude clinique et a la pratique des accouchements“ s ezt *Vernier* (agrégé) szülészszel együtt írta. A híres *Tramond* bonczani készítményeit, a melyekkel elárasztja a muzeumokat, szintén *Farabeuf* utasításai szerint készíti. Jó hullavágó fűrésze is van, nemkülönben sok modellje a medenczére, a szülésre, a ficzomodásokra, a melyeket mind maga készíti.

Az élettani pavillonnal (*Duval* tanár vezetése alatt van) szemben van a híres *Dupuytren*-muzeum, egy templomszerű ódon épületben elhelyezve; sok szép vagy csinos bonczani, szövettani, kórbonczani és sebészeti praeparatummal, de sok haszontalannal is; míg a practikus iskolával szemben a főépület egyik oldal-szárnyában az *Orphila*-muzeum foglal helyet. Ebben is sok a kivetni való, száraz girbe-görbe praeparatum, de *Sappey*-nek remek képeső injectiói megérdemlik azt, hogy bármely világrész-ből oda seregjenek a megtekintésre. Láttam már ezeknek árnyékait valaha *Alfortban*, *Strassburgban*, még intézetem régi készítményei közt is van egy két ilyes, bár romlott készítmény, de *Mascagni* óta senki sem tudta az ilyes injectiókat, még *Teichmann* és *Hyrtil* sem oly tökélyre vinni, mint *Sappey*, a most már nem működő 80 éves tudós. A muzeum másik termében csontok és állatesontvázak között *Cuvier* szobra ékeskedik. Érdekes itt az üveggolyóra húzott injiciált lágy agyburok készítménye szárítva, valamint egy asztal csiszolt emberi testrészekből egyberakott mozaik lemezben s erre tett táncosné jól conservált picziny lábával, a melyet asztalostól I. Napoleonnak ajánlott fel *Ephísio Marini* dr. művészanatomus. A harmadik teremben érdekes a többi között a csakis történeti becses biró szétszedhető izom-ember fából faragva, a melyet I. Napoleon 80,000 frankért vett meg. Ezt mint a felirásból kivetheti, a nagy *Fontana* 1799-ben kezdte faragni és *Rolando* 1800-ban végezte be. A IV. terem végül régi és új chirurgiai műszereket, pharmacologiai és botanikai, zoologiai, mineralogiai tárgyakat és szülészeti eszközöket tartalmaz a terem mellett levő rigorosumi helyiségek számára.

A párisi Collège de France-ot már említett utazási jelentésemben leírtam. A *Sorbonne* remek új épülete a Rue des Écolesban van, közel a Collège de France-hoz. A *Sorbonne*ban vannak a facultások könyvtárai és a Faculté des lettres à Paris, nagy amphitheatrummal és több teremmel. Ugyanitt tartják a *Cours de*

*vacances*-okat is a külföldi tanároknak vagy más idegeneknek a franczia nyelvből, literaturából, conversatióból stb.

10. *Lausanne.* A lausanni Faculté de Médecine École de Médecin feliratú, előbb finánczoknak vámlázul szolgáló, de ügyesen átalakított s kis kerttel övedzett egy emeletes épületében a bonczani és élettani intézetek vannak elhelyezve. A boncztan tanára *Bugnion* dr., míg az élettané *Schiff* genfi tanár volt assistense *Herzen* dr.; a szövettant mint rk. tanár *Löwenthal* dr. tanítja. Az egyszerű intézetek a czélnak megfelelőleg vannak berendezve. A bonczoló és mikroszkopozó asztalok vasból valók s palával fedettek. A rajzokat tekeresekben esernyőtartószerű s drótokból, majd faléczekből álló tartóban tartják. A halottkamrában köllappal ellátott építményeken fekszenek a hullák. A hullákat a következő oldattal fecskendezik be:  $\frac{1}{3}$  alkohol + glycerin + 1:1000 arsenessav aa.

(Vége következik.)

## Vegyesek.

**Budapest, 1896. június 19-dikén.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. május 31-dikétől június 6-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 426 gyermek, elhalt 276 személy, a születések tehát 150 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2143 beteg, szaporodás 727, csökkenés 727, maradt e hét végén ápolás alatt 2143. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1896. június 10-dikétől június 17-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés; hagymázban 6 (meghalt —), himlőben 1 (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 9, vörhenyben 48 (meghalt 5), kanyaróban 102 (meghalt 3), ronszó toroklobban és torokgyíkban 27 (meghalt 6), trachomában 15, hőkhurutban 27 (meghalt —), orbánczban 26 (meghalt 1), gyermekágyilázban 2 (meghalt —).

○ A közegészségi és orvosügyi congressus szervező bizottsága befejezte a szervezési előmunkáit. A f. é. szeptember hó 14—16-dikán tartandó congressuson nagy fontosságú kérdések kerülnek tárgyalásra, ú. m. az egészségügyi közigazgatás, a szegényügy, az orvosi kamarák stb. kérdése. S olyan férfiak referatumaiban nyerne megvilágítást, a kik a közéletnek a közegészségügygel vonatkozásban álló térein, illetőleg az orvosi hivatás körében nyilvánított munkásságuknak kiváló bizonyosságát adták, így gróf Teleki Géza, Horváth Béla főispán, Ruffy Pál alispán, Tabódy Jenő vm. főjegyző, Miklós Ödön orsz. képviselő, Gerlóczy Károly polgármester, Lechner Lajos volt f. v. középítési igazgató, Körösi József statisztikus, Fodor József egyet. tnr., Szabó Dénes egyet. tnr., Csatóy Lajos min. tan., Raisz Gedeon kir. közegészs. felügyelő, Jóna András vm. főorvos, Novák Endre kórh. igazg. stb. A congressusra szóló meghívók Magyarország orvosaihoz, törvényhatóságaihoz, rend. tan. városaihoz, egyetemeihez, továbbá orvos s gyógy-szerészi, technikai, humanitarius stb. egyesületekhez elküldettek. Reméljük, hogy a közegészségi s orvosügyi congressuson az ország minden részéből úgy önkéntesen, mint hivatalos kiküldés alapján számosan fognak megjelenni s közreműködésükkel az ország egészségügyének becses szolgálatot fognak tenni.

— **Weisz Ede** dr. Pöstyénben megnyitotta gyógygymnastikai massage- és testgyógyászati intézetét.

— **Kérem.** Barts József dr.-nak a pozsonyi orsz. kórház elhunyt igazgatójának hagyatékában, művének, az orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése által megjutalmazott és 44 nyomtatott ívre terjedő „orvos és gyógyszer-tudományi műszótár“-nak közel száz példánya maradt vissza. A szegényen visszamaradt özvegy ez úton kéri a t. kartársakat, a kik e művet megszerezní óhajtják, hogy azt nála rendeljék meg. A bolti ár 6 frt és a szegény özvegy 1 frt 50 kr. rendkívül jutányos áron bocsátja a kartársak rendelkezésére. A pénz postautalványon a következő címre küldendő: Özv. Barts József dr.-né, Pozsony, orsz. kórház.

— **Kelen István** dr. massage-testgyógyászati és svéd gymnastikai gyógyintézet tulajdonos (Andrássy-út és Octogon-tér sarkán) ez évben is mint fűrdőorvos Borosznó gyógyfürdőben működik.

— **Cholera-hírek.** Alexandriában május 11-dikétől 25-dikéig 322 cholera megbetegedés fordult elő. Kairóban május 18-dikától 24-dikéig 73 megbetegedést és 46 halálesetet jelentettek be.

○ **Orvosok jogvédő egyesülete.** A budapesti orvosi kör kebeléből kiindult mozgalom folytán megalakult az orvosok jogvédő egyesülete. Az alapszabályok megerősítve már visszaérkeztek és az egyesület működését megkezdette. Ügyésznek *Salgó József* dr.-t választotta meg (lakik Erzsébet-kört 44. sz.), a kihez peres ügyekben a tagtársak fordulhatnak. Az alapszabályok és az ügyrend a napokban fognak a budapesti kartársaknak megküldetni. Belépésre jelentkezhetni *Klein Fülöp* dr. pénztárosnál (Andrássy-út 3. sz.), a kihez a 3 korona tagsági díj is küldendő.

## Téli kura

rheuma, köszvény,

ischias stb. ellen.

Szt.-Lukácsfürdő

r.-t. Budapest.

## Kénes iszapfürdő,

douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olcsó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla* dr. Prospektust küld az igazgatóság.



# 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 a budapesti k. m. t. egyetem II. számú (Réczey Imre tnr.) sebészeti klinikumáról.

Sérv ritka esete. Szokatlan nagyságú kétoldali hydrocele.

Közli Boross Ernő dr., műtőnövendék.

### I.

Alig van sebészeti bántalom, melyet különösen az utolsó években oly sok oldalról ismertettek, feldolgoztak volna a sebészek, mint a sérvök bántalmát; de viszont alig is létezik sebészeti baj, a mely nagymérvű elterjedése mellett, a különben rendszerint tökéletesen egészséges szervezetű egyéneket annyira gátolná teendőikben, mindennapos foglalatosságukban, mint épen ezen bántalom. Főképen ez utóbbi körülmény miatt nincs mit csodálnunk, hogy különösen *Nussbaum*, *Mac Ewen*, *Lucas Championniere*, *Bassini* óta a sebészek közül annyian igyekeztek tudásukkal e bajra hathatósan befolyjni, s bámulatos ésszerűséggel kigondolt, ma már minden veszély nélkül kivihető műtéti eljárások által e bántalmat gyökeresen meg is szüntetni, s ezáltal a betegeket mindenben gátló bajtól megszabadítva a sokszor életunt tespedőket hivatásuknak, munkáságuknak teljesen visszaadni. Soraim igen messzire vezetnének célomtól, ha mindazon chronologikus rendben egymást követő kísérleti eredményeket, a melyek a sérvök aetiologikus, anatomikus, pathologikus és therapeutikus viszonyait karolják fel, csak némileg is érinteném. Az alábbiakban kizárólag a sérvök egy-egy ritka alakjáról akarok megemlékezni. Legyen azonban megengedve a sérvök bántalmára vonatkozó néhány statistikáról megemlékezni, s ezen úton ráutalni esetünk ritkaságára. Összesen 18,667 sérv esetről találtunk pontosabb feljegyzést és pedig Kocher 123, Bassini 54, Kliegl 2, Koch 21, Lauenstein 3, Manley 7, Th. Wette 121, Küster 34, Bull 134, Wolter 387, Colzi 7, Haidenthaler 136, Bishop 13, Bungner 84, Wilk 2, Coley 4000, Cohn 51, Grusenber 11, Perger 906, Obalinsky 6, Tscherning 504, P. Berger 10,000, Kramer 180, Sängner 252, Podgorski 13, Wolf 64, Habs 200, Schünemann 29, Hofmokr 66, Mikulicz 73, Hutington 5, Stern 2, Bottini 31, Tricomi 4, Postemski 132, Guarneri 20, Hagenbach 20, Parona 14, Remedi 31, Richelot 138, Nicoladoni 100, O'Hara 60, Wölfler 58, Leur 119, Massopust 249, Réczey kórodája 280 esetről emlékezik meg.

Ezen általános számadatokból a következő eredményeket vonom le.

1. A leggyakoribbak a homonym kettős sérvök, tudniillik a kétoldali lágyéksérv vagy a jobb és baloldali ezombsérv együttes megjelenése. Sängner 252 esetében 34 volt a kettős hernia. Kramer 180 esetében 18 volt a kettős sérvök száma. Kocher 123 esetében pedig 19.

2. Nem tartozik a ritkaságok közé a sérv és a hydrocele együttes előfordulása. Kocher 123 esetében 9-szer volt sérv mellett hydrocele jelen.

3. Ritkábbak már azon anomaliák, a hol a has mellső falán különemű sérvök fordulnak együttesen elő, pl. az egyik

oldalán lágyéksérv és a másik oldalán ezombsérv, vagy lágyéksérv köldöksérvvel, avagy ezombsérv köldöksérvvel. Kramer 180 esetében 1-szer, Sängner 252 esetében hasonlóképp 1-szer, Réczey Imre tanár, tisztelt főnököm, kinek az utóbbi 4 év alatt közel 300 gyökeres sérvműtétet volt alkalma végezni, nagy ambulatoriumán pedig évente 140—150 sérves fordul meg, egy esetet észlelt.

4. Legritkább azonban a has egy és ugyanazon oldalán két különemű pl. ezomb- és lágyéksérvnek avagy két egyemű, pl. kettős lágyéksérvnek együttes megjelenése.

Mielőtt a mi esetünket leírnám, nem lesz érdektelen egy oly eset megemlítése, a mely a mi esetünkhöz is nagyon közel áll, ritkaság tekintetében pedig csaknem egyedüli. Ebben a ritka esetben tiszta képet csupán a boncsolás nyújtott. *Borneman* rendelésén egy 75 éves férfi jelentkezett, kinek évek óta jobboldali, a jobb lágyékesatornán át visszahelyezhető és egy baloldali, de a bal lágyékesatorna irányában vissza nem helyezhető lágyéksérve volt. A baloldali sérv fennállása óta visszahelyezhető nem volt, a kizáródás tünetei azonban sohasem jelentkeztek. (A sérvtömlő bélrészletet tartalmazott.) Az egyén pneumoniában halt el és a boncsolás derítette ki, hogy tulajdonképen egy kettős jobboldali lágyéksérv volt jelen; a baloldalinak vélt vissza nem helyezhető lágyéksérv a jobboldali lágyékesatornából indult ki és a bőr alatt a symphysist megkerülve jutott a bal oldalra.

Esetünk következő:

S. Mihály, 46 éves, téglahordozással foglalkozó betegnél 20 év előtt keletkezett a jobb ezomb mellső felületén diónyi daganat, a mely úgy fekvéskor mint nyomásra a hasüregbe visszahelyeződött. 16 év óta pedig hasonló daganat tölti ki a jobb herezacskóját. Ezen időtől fogva mindkettő folyton nagyobbodva érte el jelenlegi nagyságát.

A Poupart-szalag alatt a jobboldali ezombgyűrűnek megfelelőleg van egy férfükölnyi, normalis, ránczolható bőrrel fedett, minden oldalról élesen elhatárolt, dobos kopogtatási hangot adó, centripetalis nyomásra korgás kíséretében a hasüregbe könnyen betolható térfogat-nagyobbodás. Hasonló tulajdonságokkal felruházott, de férfükölnél valamivel nagyobb terimenagyobbodás található a jobb hereborékban, mely a jobb lágyékesatornán át folytatódik kocsányosan a hasüregbe és centripetalis nyomásra visszahelyezhető. A lágyékesatorna külső nyílása ép úgy mint a ezombgyűrű két ujj körömperezét befogadni képes.

Mindkettő szabadon mozgó bélsérv, egymástól teljesen független és külön-külön visszahelyezhető, az egyik a másik érintetlenül maradása mellett és megfordítva. Betegünk a műtétbe nem egyezett, melyre nézve Réczey tnr. a következő tervezetet állapította meg. A lágyéksérv Bassini szerint operálandó, a ezombsérv a tömlő kiirtásával és a csomók összevarrásával, úgy hogy a sérvtömlő nyakát jó magasan kötjük le, dohányzacskó varrattal összevarrjuk, hogy az erős csomót képezzen, a melyet azután két erős selyemfonállal rögzítünk mint pelottát a ezombgyűrűhöz.

Berger, a ki 10,000 sérves beteget vizsgált a párisi „Bureau Central“-ban, mint a francia sebészeknek 1895. évi IX. congressusán közli, 225 férfnál és 15 nőnél talált ugyanazon oldalán cruralis és inguinalis sérvet. Berger véleménye szerint ilyen kettős sérvet hordozók többnyire chronikus tüdőbajban szenvedő, gyenge, beteges sovány egyének, a kiknél az inguinocruralis tájék hasonlóképen gyengébben fejlett, miáltal az egész táj előesik. A Poupart-szalag aránylag erősebb fejlettségénél fogva nem enged és ezáltal két sérvtömlő képződik. A sérvtömlők nem bírnak kifejezett nyakkal. A sérvkapuk igen tágak, a mi a mi esetünkben is constatálható. A



sérvek könnyen visszahelyezhetők. Sérvkötővel visszatartani igen nehéz ezen sérveket, bár néhány esetben egy nagy közös pelottával bíró lágyéksérvkötővel sikerült ezt elérni.

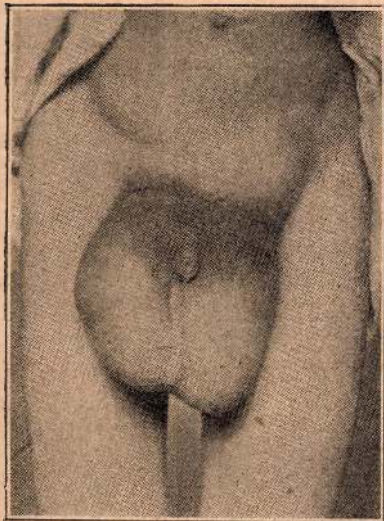
## II.

Ezen esettel kapcsolatban egy másik, a bélsérvekhez gyakran társuló *hydrocele* kóresetét közlöm, a mely említést érdemel: 1. szokatlan nagysága miatt, 2. mert kétoldali, 3. mert a baloldali felnyulik a bal lágyékesatornába s így könnyen adhat alkalmat, hogy diagnosistétel közben a herniával összetéveszszék.

H. Orbán, 17 éves, földmives, baját 3 évről származtatja; ezen időtől kezdve herezacskója lassankint,

de egyenletesen növekedve elérte a jelen nagyságát. Kiállott traumára, vagy más oki mozzanatra (orchitis, epididymitis) a beteg egyáltalán nem emlékszik. Szülei, testvérei élnek, egészségesek, családjában gümőkóros, luetikus vagy álképleti megbetegedés ki nem mutatható.

A herezacskó jókora gyermekfejnire megnagyobbodott, kissé dudorzos. A scrotum jobb és bal oldala a raphe által elválasztva jól elkülöníthető, körülbelül egyenlő nagyságú és térfogatú. A jobboldali térfogatnagyságát mindenütt élesen elhatárolt, de a baloldali felnyulik a bal lágyékesatornába s e helyt elmosódott határu; ráeső fényenl átetsző, élénken hullámozó, alsó és hátsó kerületén a here érzését keltő resistensebb ovalis képlet tapintható ki. A herezacskó bőre a lob tüneteit nem mutatja, normalis alkotású, de úgy mellül, mint főkép hátul erősen feszül s nem ránczolható. legnagyobb átmérője 46 cm., a



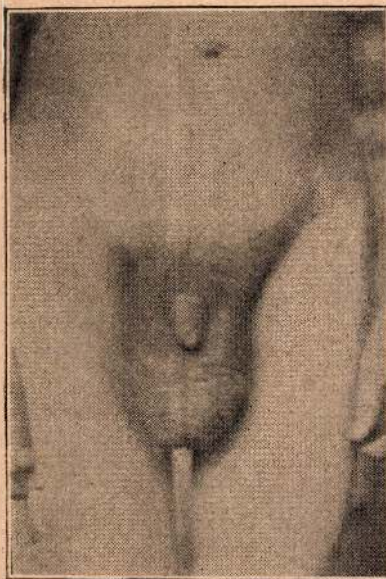
1. ábra.

Maga a penis alig látható. A scrotum jobboldali hossza 15 cm.; a baloldalié 16 cm. (l. 1. ábra.)

A műtétet cocain-anaesthesiában, mindkét oldalon egy ülésben végeztük a tunica vaginalis felhasításával és kiirtásával. A kibocsátott folyadék mennyisége 5 liternél többet tett ki.

A műtét utáni napokban a beteg teljesen láztalan, 8. napra a varratok el lettek távolítva. Prima gyógyulás. A második hét végén a beteg gyógyulva távozott a kórodából. Ekkor a herezacskó kerülete 22 cm., sagittalis átmérője baloldalt: 10.5 cm., a jobb oldalon: 10 cm. Egész scrotum legnagyobb átmérője: 11 cm. (l. 2. ábra.)

Nagyságánál fogva eddigelé páratlanul álló két kóresetet közöl *Belilovski*, egyet *Brandt József* kolozsvári tanár. *Belilovski* 1888-ban Szibériában két kirgizt kezelt *hydrocele* miatt. Az egyiknél miután a radicalis műtétbe nem egyezett, két ízben végzett csapolást; egy alkalommal 36 fontot, máskor 29 fontot tett ki a kibocsátott folyadék mennyisége. A másik esetet egy



2. ábra.

elzüllött kirgiz loápolónál találta, kinél a herezacskó hossza 56 cm., kerülete pedig 72 cm. volt. A radicalis műtétkor 18 font folyadék bocsátott ki a tömlőből.

*Brandt* *hydrocele* bilateralis eseténél főleg a jobboldali kiváló és ritka nagyságú. A scrotum a jobb térdéig ért a betegnek és azt járásnál tetemesen akadályozta. Gyökeres műtétet végezve, a kibocsátott folyadék mennyisége 10 litert tett; az erősen megvastagodott tömlőfal maga pedig 3 kilo súlyú volt.

## Közlemény Ehrmann docens szövettani laboratóriumából Bécsben.

### A molluscum contagiosum sejtjeiben előállítható színreactióról.

*Beck Soma* dr., v. tanársegédttől a budapesti egyetemen.

Midőn a molluscum contagiosum szöveti szerkezetét tanulmányunk tárgyává tettük, nem az volt eredeti célünk, hogy ezen tumor aetiologiáját kutassuk. Hisz *Bateman* óta a dermatologia korifeusai foglalkoztak e kérdés eldöntésével, folytattak és folytatnak még ma is meddő harcokat a molluscum contagiosum göresövi képének magyarázatában s a contagiositas kérdésében; s a végleges megoldás mindaddig fog kézni, míg a methodika tökéletesítésével egyrészt pontosabb biológiai, bakteriológiai és kísérleti kórtani észleletekkel, másrészt mikrochemiai megfigyelésekkel fogunk rendelkezni. Vizsgálataink ezéja csupán az volt, hogy megállapítsuk, hogyan viselkedik a bőr pigmentje a fejlődő és kifejlődött molluscummal szemben, történik-e pigment felvétel a pathologicus proliferált epithel-sejtekben úgy mint a normalis hámban, vagy micsoda változást szenved ott ez a processus. Szóval csak egy adattal akarunk a moll. contag. szöveti szerkezetének ismeretéhez járulni. De épen e célból a moll. contag. epithelsejtjeinek annyira változatos és különös morphológiáját kellett mindenekelőtt ismernünk, s ennek vizsgálata közben tettük azt az érdekes észlelést, mely figyelmünket más irányba is terelte. E megfigyelés ismertetésére vannak e sorok szánva. Vizsgálataink többi eredményéről más helyütt fogunk beszámolni.

Mielőtt azonban megfigyelésünk ismertetésére, a moll. contag. elváltozott sejtjeiben általunk előállított színreactio előállítási módjára s azon consequentiák levonására térnénk át, melyek — nézetünk szerint — inkább degenerációs, mint parasitikus sejtartalom mellett szólanak, ezélszerű lesz a moll. contag. histológiai képét saját készítményeink<sup>1</sup> nyomán lehetőleg röviden vázolni.

A lebenyes külső felszínén egy kis bemélyedéssel bíró újképlet hámsejtekből áll, melyek a daganat peripheriáján 2—3 sorban relative épek, többé-kevésbé hengerek s a rete Malpighii normalis hámsejtjeinél körülbelül kétszer nagyobbak. Az ezen belül fekvő sejtekben az elváltozások egész sora vehető észre, melyek azonban egymással fejlődésbeli összefüggésbe hozhatók, s melyek ugyanazon magasságban az elváltozás hasonló fokát mutatják. Az elváltozás első foka gyanánt a sejtekben egy vagy több világos, nem festődő, homogen folt<sup>2</sup> lép fel, s a sejtek bennéke finoman szemeses lesz. A sejtmag az ovalissá lett sejtnék többnyire egyik csúsa felé nyomatik, s ott a sejtfalhoz simul. A szemeses anyag, mely eleinte egyformán tölti ki a világos foltok közötti teret, később kisebb-nagyobb tömegekbe olvad össze, melyek már alig szemesesek, majdnem egészen homogenek, s közöttük repedésszerű hézagok, helyesebben csatornácskák maradnak. A sejtfal, mely kezdetben csak passive tágított a bennéke által, később activ részt vesz az elváltozásban, a mennyiben erősen megvastagszik. A mag a sejt ezen stadiumában a fal mellé nyomott vékony sarló vagy szabálytalan alakú képletnek látszik. Még később a sejtben a kis csatornácskák által elkülönített tömegek nagyobb homogen tömegekké olvadnak össze, a hézagok eltűnnek, hasonlóképen azon világos, kezdetben többnyire kör alakú foltok is, melyek legkorábban jelennek meg a sejtekben, s a molluscum testecskék majdnem teljes kifejlődéséig fennállanak. Csupán néhány elszórt, vagy szabálytalan vonalas rajzolatot képező szemese látható a felületen. A sejtmag nyomai a vastag sejtfalhoz simulva gyakran még ekkor is feltalálhatók. Ezzel teljes kifejlődésre jutott az ú. n.

<sup>1</sup> E leírás pikrinsav + platinchlorid-oldatban fixált molluscumokból nyert készítmények göresövi képének felel meg.

<sup>2</sup> E foltokat a szerzők egy része „vacuoláknak“, másika „testecskéknek“ tekinti. Szándékosan kerültük mindkét kifejezést, mert munkánk egyik eredménye gyanánt épen az fog kitűnni, hogy ezek minő anyagból állanak.



molluscum testees. Ismert dolog, hogy a moll. contag. nem valamennyi hámsejtje megy ezen változáson keresztül, hanem az ilyen módon elváltozott sejtek között s általuk összenyomatva olyanok vannak, melyek normalis módon elszarusodnak s különösen anilin festékekkel szépen festődő keratohyalin tartalmuk által tűnnek fel. A daganat egyes lebenykéi közé kis véredényeket vivő gyér kötőszöveti rostozat nyomul be, mely Ehrlich-féle szemesejteket is tartalmaz. Ugyanezek az egész molluscumot körülvevő kötőszövetben is szép számban vannak jelen.

E rövid vázlatban egy tényre kívánunk különös súlyt fektetni, t. i. arra, hogy azon homogen nem festődő foltok, melyeknek fellépése első jele a sejteltváltozásnak, igen soká fennállanak, legfeljebb tömegükben és alakjukban szenvedve változást. Kifejlődésük és eltűnésük a sejt belsejében végbenemő többi elváltozástól: a szemeses anyag képződésétől s ennek homogen rögzülévé való átváltozásától *függetlenül történik*. Ez úgy értelmezendő, hogy e homogen képletek sohasem változnak át a sejt többi részét kitöltő szemeses, később egyenemű anyaggá, hanem megtartják kezdeti fogva kifejezett sajátágaikat mindaddig, míg az őket környező tömeg nyomása folytán először eredeti alakjukat veszítik el, egy vagy több oldalról benyomatokat tüntetnek fel, s végre közvetlenül mielőtt a molluscum testeés teljes kifejlődésre jut, egészen eltűnnek. Hogy eltűnésük miképpen történik, nem tudjuk, s nem is akarunk erre vonatkozólag kétes értékű teoriák felállításába bocsátkozni, csupán a látottak leírására szorítkozunk, melyekre a legtöbb szerző — e homogen foltokra vonatkozólag — vagy nem fektet súlyt, vagy leírásukban és mint későbbben látni fogjuk magyarázatukban a mienktől eltérnek.

Neisser<sup>1</sup> első munkájában pontosan leírja e képletek fellépését és kinézetét: „... in einer Anzahl derselben (Zellen) finden sich helle, wie kleinste Tröpfchen aussehende Stellen meist in der Nähe des Kernes“ és később: „... bei geeigneterem Praeparationsverfahren (frische Untersuchung, Sublimat oder Osmium Härtung) sind sie als isolierte Körperchen erkennbar“. (560. old.). Ugyane testecekként a sejtek elváltozásának egy későbbi stadiumában újból látja fellépni, vagyis az egész sejtbenéket képező szemeses anyagból — Neisser szerint az elődi gregarina — kifejlődni, s ezeket a gregarina spórák egy későbbi fejlődési fokának tekinti.

Szerző szerint tehát a legelőször fellépő testecek később szemesesek lesznek, majd az egész sejtet kitöltő szemeses anyaggá nőnek, s képezik a hypothetikus elődit, melynek spóráiból újra képződnek e homogen gömböcskék. Egy későbbi munkájában,<sup>2</sup> melyben erősen védelmére kell a korábbiiban kifejtett nézetének, szerző ezen képletekre vonatkozólag hasonló állásponton áll. Pedig a mellékelt szép ábrák némelyike nem e mellett látszik szólani, mert pl. a XXV. tábla K. ábráján a sejtbenéket képező anyagnak majdnem minden stadiumában láthatók e testecekkék; ebből tehát inkább az következne, hogy e képletek nincsenek genetikus viszonyban e szemeses anyaggal.

Török és Tommasoli<sup>3</sup> e képleteket hólyageszerű vacuoláknak és keményítés és fixálás által létrejött mütermékeknek tartják. Előfordulási helyükre nézve azt mondják, hogy: „man findet dieselben ebenso in Zellen, welche die Parasiten nicht enthalten, wie auch in der zuerst granulierten, später homogenen Substanz, welche diese scheinbaren Parasiten ausmachen wollen“. T. és T. tehát e világos homogen foltokat és a többi sejtbenéket egymástól mindenütt élesen elkülönítve látták, s — mint mi is — az elváltozás bármely fokát mutató sejtben feltalálták. Későbbi szerzők mégis e világos foltokat a többi sejtbenékekkel gyakran genetikus viszonyba hozták, a mennyiben azokat a szemeses tömeggé való átalakulás első stadiumának, a hypothetikus parásita egyik fejlődési fokának, vagy magjának stb. tartották.

<sup>1</sup> Neisser: Ueber das Epithelioma contagiosum. Arch. f. Derm. u. Syph. 1888. 553. old. E munkában a korábbi irodalom igen pontosan és átnézetesen van összeállítva.

<sup>2</sup> U. e. Ueber Molluscum contag. Verhandlungen der deutschen dermat. Gesellschaft. Vierter Congress 1894. 589. old.

<sup>3</sup> Török és Tommasoli: Ueber das Wesen d. Epithelioma contagiosum. Monatshefte f. prakt. Dermat. 1890. 149. old.

Marchand<sup>1</sup> szerint a Neisser által parásitáknak tartott képletek a sejt protoplasmájában a mag mellett fejlődő kis fénylő testecekből keletkeznek, melyek fokozatosan conflualva a nagyobb testeket képezik.

Touton<sup>2</sup> e testeceket, melyeket az alsóbb epithel rétegekben talált, az elősdinek hitt sejtbenék magjának tartja, s bennük egy újabb támpontját vél nyerni a Bollinger-Neisser-féle nézetnek.

Hansemann<sup>3</sup> szerint az első elváltozás abban áll, hogy: „es tritt eine kleine diffuse trübe Verdichtung des Protoplasma's auf, neben dem Kerne der Zelle“. A „trübe Verdichtung“ kétségtelenül azonos az általunk és mások által leirt homogen foltokkal. De Hansemann szerint is, bár a sejteltváltozások jelentőségének magyarázatában homlokegyenest ellenkező nézet van Neisserrel, e foltok növekedésnek s végre az egész sejtet betöltő s a molluscum testeés anyagát képező tömeggé lesznek.

Kuznitsky<sup>4</sup> leírása és a mienk sok tekintetben hasonlítanak egymáshoz, a mi e világos foltokra, a sejtbenékek kisebb tömegekké való oszlásakor fennmaradó hézagokra s a kisebb tömegeknek nagyobbakká való összeolvadására vonatkozik. Csak hogy ő az első elváltozásokat a magban, míg mi a mag közelében látjuk.

Benda,<sup>5</sup> ki eleinte Neisser nézetéhez hajlott, e tárgygyal való foglalkozás után a molluscum testeceket szintén egy regresszív metamorphosis eredményének tartja; de lehetségesnek hiszi, hogy az epithelsejtekben legkorábban fellépő képletek, az „Initiálkörper“ a későbbben tönkremenő parásiták. Salétromsavkalibichromat kezeléssel és anilinyizes gentianibolya-vesuvinnal való festéssel sikerült neki az „Initiálkörper“-t festeni.

Szükséges volt, hogy kissé bővebben foglalkozzunk azon nézetekkel, a melyeket a szerzők eme világos homogen foltokról nyilvánítottak, mert egyrészt ezeknek nagy része ellenkezik a mi leírásunkkal, másrészt épen ezekben hozható létre az a színreactio, melynek előállítás módját a következőkben közöljük.

A frissen kivágott moll. contag. ok fixálás és keményítés végett 24 órára tömény pikrinsav-oldatba teendők. (Az általunk felhasznált anyag pikrinsav + platinchlorid-oldat keverékében volt fixálva, de mint később kitűnt, tömény pikrinsav egyedül ugyanazt a szolgálatot teszi, mert csupán a pikrinsav jelenléte feltétele a reactio létrejövetelének.) 24 óra múlva a darabkák vízben felületesen kimosatnak s további keményítés céljából abszolút alkoholba tétetnek. Az alkoholt 2—3 napon át többször változtatjuk, a míg az a darabokból a visszatartott pikrinsavat nagy részben — *de nem egészen* — kivonta, vagyis míg az alkohol már csak gyengén sárga színt nyer. Ezután paraffinba<sup>6</sup> ágyazzuk a metszeteket, Löffler-féle alkalikus methylenkében festjük s vízben jól kimossuk. Vízből a festett metszeteket egy világos szalmasárga alkoholos pikrinsav-oldatba visszük, melyet úgy készítünk, hogy egy óraüveg alkoholhoz 3—4 csepp tömény pikrinsav-oldatot csepegtetünk. Pikrin helyett kezdetben híg ecetsavat használtunk, de amaz eljárást czél-szerűbbnek találtuk. Pikrinsav-oldatban a metszetek először zöldök lesznek, jórészt decolorálódnak, majd különösen a molluscumnak nyílása felé eső részén ibolyaszínű árnyalatot nyernek. Innét a metszeteket a felesleges pikrinsav kivonására abszolút alkoholba teszszük, xylolban felvilágosítjuk s balsamba elzárjuk vagy glycerinben vizsgáljuk. Az eljárás principiuma tehát a *pikrinsavban* való előzetes kezelés, s *alkalikus* methylenkével való festés után *híg savban* való utókezelés.

<sup>1</sup> Marchand: Verhandlungen d. X. internat. med. Congress. Berlin 1890. II. k. III. r. 117. old.

<sup>2</sup> Touton: Verhandl. d. deutschen dermat. Gesellschaft. Dritter Congress. Leipzig 1891.

<sup>3</sup> U. e.: Verhandl. d. deutschen dermat. Gesellschaft. Vierter Congress. Breslau 1894.

<sup>4</sup> Hansemann: Kritische Bemerkungen über die Aetiol. des Carcinoms. Berliner klin. Wochenschrift. 1894. 13. old.

<sup>5</sup> Kuznitsky: Beitrag zur Controverse etc. Arch. f. Derm. u. Syphil. 1895. III. 65. old.

<sup>6</sup> Benda: Untersuchungen über die Elemente des Mollusc. contag. Dermatol. Zeitschrift. 1895. II. 195. old.

<sup>7</sup> Celloidinba való ágyazás nem jó, mert a celloidin oldó anyagául szolgáló aether-alkohol s a metszetek félyételére szolgáló 70%-os alkohol a pikrinsavat egészen kivonja.

(Folytatása következik.)



## A serumtherapia kritikájához.

Purjesz Zsigmond tanártól.

(Vége.)

Vajjon bizony miért emelkedett a betegfelvétel a *Charité*-ban (lásd I. tábla) az 1894/95. évben olyan hirtelen 306-ra, holott a megelőző évben csak 168 volt, ha csak azért nem, mert városszerte elterjedt a hír, hogy a *Charité*-ban a biztos gyógyhatású, de akkoriban még nehezen hozzáférhető serummal kezelik a betegeket? Milyen módon volna különben megfejtendő az, hogy az 1894-diki 440 főnyi többletből (1893-hoz képest; I. II. tábl.), mely az összes kórházakba felvételre, egyedül a *Charité*-ra 138 jut. Ha a *Charité*-ra nézve az összes többi kórházakkal szemben megmaradt volna 1894/95-ben is az a betegfelvételi arány, a mely a megelőző években meg volt, úgy 1894/95-ben a *Charité*-ba nem 368, hanem csak 202 eset lett volna felvéve. A mint azután a serum idővel könnyebben hozzáférhető lett, úgy hogy azt Berlin többi kórházaiban is alkalmazták, akkor már — daczára annak, hogy a kórházak összes betegfelvétele újabb szaporulatot tüntet fel — mégis 1895/96-ban (I. II. tábl. 1895.) a *Charité* betegfelvétele jelentékenyen lesüllyedt, az előző évi 306-ról 265-re.

Ugyanezek — s talán még más ehhez hasonlók — adják meg magyarázatát annak is, hogy miért lett daczára a supponált enyhe járványnak oly nagy számú eset bejelentve. Megtaláljuk a magyarázatot, ha a II. és III. táblázat rovatait egybevetjük.

Azt látjuk ugyanis, hogy 1886-ban Berlinben 6968 diphtheria eset lett bejelentve (lásd III. tábl.), mi mellett az összes berlini kórházak diphtheria felvétele 1738 volt; ezzel szemben 1895-ben a kórházak összes felvétele 3061, holott az összes bejelentések száma csak 6106. Ugyan mi okozhatta már most azt, hogy Berlinnek 1895-diki 6106 főnyi diphtheria állományából 1323-mal több beteg vétette fel magát a kórházakba, mint 1886-ban, a mely évben pedig 862-vel több diphtheriás beteg volt Berlinnek, mint 1895-ben? Hiszen az 1886-diki 6968 : 1738 arány szerint 1895-ben a kórházakba csak 1523 betegnek kellett volna felvételnie, tehát 215-tel kevesebbnek, nem pedig 1323-mal többnek.

Mindebből jogosnak véljük azt a következtetésünket, hogy épen a diphtheria-ellenes biztos hatású gyógymódnak a híre s híresztelése volt az, a minek következménye nem lehetett egyéb, mint hogy — a minden oldalról enyhébb jellegűnek elismert *genius epidemicus* daczára — a bejelentések száma nem csökkent, sőt, ha 1886-tól eltekintünk, még szaporodott is és még nagyobb, mondhatni aránytalan szaporodást mutat a kórházi betegfelvételek száma. Így tehát egészen jól érthető, hogy a mióta a serum napirenden van, azóta a bejelentési- és felvétel szám — az epidemia enyhébb jellege daczára — növekedik, ellenben a halálzási szám eleinte lassabban, azután gyorsabban süllyed. Mindez azonban csak annyit bizonyít, hogy a betegek örömeitől tódulnak oda, a hol ez öldöklő betegséggel szemben egy biztos remediumot vélnek találni; csak az volna még előbb bebizonyítandó, hogy e gyógyszer csakugyan oly biztos-e?

Kossel III. táblázatából láthatjuk még ezenfelül, mily nehéz egy therapeutikus statistika összeállítása, ha egy specifikus gyógymódra vonatkozó észleléseinket nem úgy hajtjuk végre, a mint azt már hangsúlyoztuk.<sup>1</sup> Mert ha pusztán csak a számokat szerepeltetjük, a nélkül, hogy tekintettel volnánk az összes — néha nehezen ellenőrizhető — körülményekre, mint pl. a *genius epidemicus*ra, a régebbi esetleg káros gyógybeavatkozásoknak (a torok edzése stb.) elmaradására, stb. stb.: úgy ebből a III. táblázatból arról értesülnénk, hogy míg 1887-ben 5438 beteg közül — kik természetesen nem serummal voltak kezelve — meghalt 1392, addig 1894-ben 5220 bejelentett beteg közül — kiknek egy része már serumkezelésben részesült — 1416 esett a betegségnek áldozatul. E szerint a serum azt eredményezte volna, hogy 218 fővel kisebb

betegállományból 24-gyel többen haltak el diphtheriában, mint a serum előtt. Mi azonban, habár a serum jó oldalaira nézve sajnálatunkra nem tudunk magunknak meggyőződést szerezni, még sem szándékunk azt ily hibával vádolni. Inkább abban véljük e sajátságos fordított arány okát, hogy annak az 1887-diki 1392 halálesetnek sokkal nagyobb számú megbetegedés felel meg, mint a bejelentett 5438, csak hogy sok beteg (kik természetesen nem haltak el) a bejelentés alól ki lett vonva; lehet, hogy egyéb, előtünk ismeretlen viszonyok is közrejátszottak, de semmi esetre sem akarjuk a számoknak e kedvezőtlen alakulásáért magát a serumot felelőssé tenni.

IV. táblázat. A 15,000 lakoson felüli német városokban előfordult diphtheria-halálozás.

Év	A diphtheria-halálozás abszolút száma	100,000 lakosra eső halálozás
1886.	12,211	124
1887.	10,970	107
1888.	10,142	96
1889.	11,919	108
1890.	11,915	105
1891.	10,484	84
1892.	12,365	97
1893.	16,557	130
1894.	13,790	101
1895.	7,611	53

Átlag 106.

A IV. táblázat megint arról értesít, hogy a 15,000 lakoson felüli német városokban a diphtheria abszolút halálzási száma 1894 óta a serum-kezelés következtében apadt, holott 1891-től 1894-ig folyton emelkedett. A tény: a halálozás csökkentése el nem vitatható, de hol van annak kényszerítő bizonyítéka, hogy ez a csökkenés valóban a serum következménye. Hiszen két jelenségnek egymás mellettisége még nem bizonyítéka annak, hogy azok egymással összefüggésben, s épen okozatos összefüggésben állanak. Igen, ha két ily jelenség legalább mindig s mindenütt egyformán, egyenletesen lépne fel! De hogy ez nem így van, az magának *Kosselnek* erre vonatkozó kimutatásából kitétnék, a mint azt később látni fogjuk. De hát nem eléggé köztudomású tény az, hogy epidemiák és endemiák egy bizonyos ideig súlyosbodhatnak, azután ismét enyhülhetnek? Vagy kénytelenek legyünk feltételezni azt, hogy a serum felfedezése és meghonosítása nélkül a diphtheria-halálozási szám — mondjuk minden 100,000 lakosra számítva — a járványok folytonos súlyosbodása következtében a végtelenig emelkedett volna? Ellenkezőleg, a serum megjelenése a therapiában épen a járványok enyhülése idejében minket *Niemayer* szavaira emlékeztet, hogy t. i. épen az epidemiák vége felé, a midőn a megbetegedések önként is kedvezőbben folynak le, szaporodnak egyszerűsrsz mind a specificeumok.

De hogy az epidemia 1894-ben valóban enyhébb lett, azt — eltekintve *Heubner* adataitól — mutatja épen a IV. tábla. Ebből ugyanis a következőket olvassuk:

A 15,000 lakón felüli német városokban 1893-ban előfordult 16,557 diphtheria-haláleset, 1894-ben pedig 13,790, tehát 2767-tel kevesebb. *Heubner* pedig az összes nagyobb német kórházakban (inclus. Berlin) serummal kezelt betegek összes számát 3036-ra teszi, a kik közül 2412 gyógyult. Adjunk ehhez még néhány száz gyógyulást, hogy a *Heubner* tudomására nem jutott, vagy általa elnézett esetekből származó hibát kiegyenlitsük, úgy hogy a serumkezelés mellett gyógyult esetek száma 2767, tehát épen annyi legyen, mint a mennyivel a halálozás 1893-ról 1894-re csökkent: akkor ebből az következnék, — minthogy *Heubner* csak a nagyobb kórházakra volt tekintettel, ilyenek pedig többé-kevésbé mégis csak a 15,000 lakón felüli városokban vannak —, hogy az a 2767-et kitevő csökkenés kizárólag csak a nagyobb kórházakban serummal kezelt esetekre vonatkozik, vagyis a serum érdekében fel kell tennünk, hogy az 1894-diki járvány folyamán az összes betegek között volt 2767 olyan, a ki, ha serumot nem kap, okvetetlen elpusztult volna; tehát a 15,000 lakón felüli városokban egyetlen egynek sem szabad a gyógyultak, illetőleg a csökkenést okozottak közt lenni olyannak,

<sup>1</sup> L. Orvosi Hetilap 1895.



a ki serumot nem kapott. Már pedig *Heubner* adatai szerint csak magában Berlinben 815 olyan beteg gyógyult, a ki nem részesült serumkezelésben. De hogy az adott számok mellett maradjunk, tegyük fel, hogy *Heubnernek* minden serummal kezelt eset tudomására jutott, tehát a 2767-nyi javulásból csak 2412 volt serumos, akkor meg épen a serum ellenére üt ki a számítás, mert ez esetben — eltekintve a 815 berlinitől — már abból a 2767-nyi csökkenésből is 355 olyan esetnek kell lennie, a mely serum nélkül gyógyult.

Mi egyéb okozhatta tehát a halálozás csökkenését 1893-ról 1894-re, ha nem a *genius epidemicus* enyhülése, melyet maga *Heubner* is — legalább Berlinre nézve — elismer?

Abban ugyan igaza van *Kosselnek*, hogy a IV-dik tábla megczáfolja azt az állítást, mintha a diphtheria már az 1890-es évek kezdete óta, még mielőtt a serum behozatott, a 15.000 lakón felüli német városokban alábbhagyott volna. Ebből azonban még nem következik, hogy ezen alábbhagyás nem léphetett volna fel 1894-ben, a mikor azután igen természetesen a halálozási esetek száma is — 100.000 lakosonként — hova tovább apadt volna. Az sem mondható, hogy mivel a német városokban a diphtheria nem csökkent, tehát máshol sem csökkent az. Erre nézve igen eelatan példák hozhatnánk fel, a melyekkel talán egy más alkalommal fogunk részletesebben foglalkozni. Most egyelőre csak *Párisra* hivatkozunk, a hol a diphtheria magatartása *Kossel* V-dik táblája szerint a következő:

V. táblázat. Diphtheria-halálozás az utolsó tíz évben Párisban.

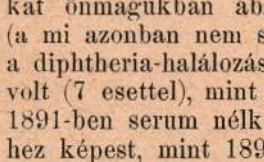
Év	Év	Év	Év
1886	1524	1891	1363
1887	1565	1892	1398
1888	1718	1893	1262
1889	1706	1894	993
1890	1639	1895	411

Minden elfogulatlan szemlélőnek be kell látnia, hogy e táblázat szerint a diphtheria-halálozás csökkenése már 1888-ban megkezdődött és 1706-ról leszállt 1893-ig minden serum nélkül 1262-re, a különbség tehát 444. Sőt azt is látjuk, hogy 1890-ben a halálozás 1639, 1891-ben pedig 1363, tehát e két — serum nélküli — év különbsége 276, a nélkül, hogy bárki is a serumra gondolhatna; ellenben 1893-ról 1894-re ugyane különbség 269-et (1262-ről 993-ra) tesz ki csak; s ezt a javulást, a mely az 1891-dikét nemcsak meg nem haladja, hanem még kisebb annál, mégis minden áron kénytelenek legyünk a serumnak betudni, csupán azért, mert 1894-ben a serum már kapható volt, 1891-ben pedig serumról még nincsen tudunk, s mert *Kossel* szerint: „Ellentétben Berlinnel a francia főváros orvosi körei részéről lelkesült fogadtatásra talált, a minek következtében már 1894. végén általános használatnak örvendett“. Tehát itt is arra jutnánk — ha a számokat önmagukban abszolút bizonyító értékűeknek tekintenők (a mi azonban nem szándékunk) —, hogy Párisban 1894-ben a diphtheria-halálozás a serum következtében kedvezőtlenebb volt (7 esettel), mint a serum nélküli 1891-ben, mert hiszen 1891-ben serum nélkül nagyobb volt a javulás az előző évhez képest, mint 1894-ben 1893-hoz viszonyítva.

Igen szemlélhető képet nyújt a párisi viszonyokról a mellékelt görbe, a mely az V. tábla halálozási számai szerint van megszerkesztve. Nem hiszszük, hogy akadjon valaki, a ki e halálozási görbe megpillantásánál kételkednék abban, hogy Párisban a diphtheria-halálozás 1888 óta többé-kevésbé

Diphtheria-halálozás az utolsó tíz évben.

1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895



gyors tempóban sülyed, tehát sülyedt már éveken át akkor, mikor a serumot még nem is ismertük; látjuk, hogy e sülyedés egyes serum előtti években még kedvezőbb, mint a serumos 1894-ben; annál fogva tehát minden alapot nélkülözönek kell tekintenünk azok eljárását, a kik a halálozásnak ezen már a serum felfedezése előtt évekkel megkezdődött, azóta folyton tartó csökkenését kizárólag a serumnak akarják betudni.

Mivel a halálozás ezen, már 1888 óta folyton tartó, s mind kedvezőbb és kedvezőbb csökkenésének egyéb okát nem ismerjük: kénytelenek vagyunk — a mennyiben arra nem az általános hygienikus viszonyok javulása, esetleg káros gyógybeavatkozások elmaradása stb. gyakoroltak befolyást — ily ok gyanánt a járványok enyhülését, a *genius epidemicus* szelidebb voltát tekinteni.

Észrevételeinket végezzük *Kossel* ama szavaival: „A fentebbi tábla (görbe) bizonyára nem szorul commentárra“.

## Közlemény Purjesz Zsigmond tanár belgyógyászati klinikájáról Kolozsvárt.

Adatok a quartana parasita fajlagosságának kérdéséhez.

Irták: *Jancsó Miklós* dr. és *Rosenberger Mór* dr. tanársegédek.

(Folytatás)

IV. *Timár Sándor*.

20 éves földműves. Felvétetett november 5-dikén.

Egy hónap óta beteg: A hideg rázza. Hidegrázásai hol másod-, hol harmadnaponként jelentkeztek, s hol délelőttre, hol délutánra estek. Rohamait tipikusnak írja le. Utolsó rohama tegnap délután volt.

Igen halvány, malarikus színű. Lép 2 h. ujra tapintható az iv alatt; a léptompulat f. h. 7. b. a. sz., mellső a bimbóvonalat eléri.

A 2 óránként eszközölt hőmérések igen érdekes hőmenetet mutatnak. Ugyanis negyednaponként — névleg november 7-dikén déli 12 órakor és november 10-dikén d. u. 2 órakor — jelentkező és 40-90° C., 40-80° C. hőemelkedéssel járó hidegrázós rohamok mellett e rohamok közt eső napokon is hőemelkedés volt észlelhető betegünkönél, még pedig a hidegrázós roham utáni napokon délután 4 órától kezdve esti 8-10 órára eső 39-40° C. (nov. 5.) — 38-8° C. maximummal; a hidegrázós rohamok utáni második napon szintén délután 4 illetve 6 órára eső 37-6° C. (nov. 6.) — 37-1° C.-nyi (nov. 9.) esekély maximummal.

Igy tehát a magas hővel járó hidegrázós rohamok után az első napon délután egy kisebb, a második napon délután egy még kisebb hőemelkedés volt, mint egy lépcsőzetesen sorakozva egymás után.

Ezen egyes hőemelkedések közt több órai intervallum, teljes intermissio volt.

Vérvizsgálatok.

A beteg vérében nagyszámú quartana parasita volt és pedig három nem egyenlő generációban. A legerősebb generatio sporulatioja összeesett a negyednapos hidegrázós rohamokkal; a más két jóval kisebb generatio pedig a roham utáni első illetve második napon délutánján sporulált. Ezek közül is kisebb volt az a generatio, mely a roham utáni második napon jutott sporulatioira.

De lássuk az egyes vérvizsgálatokat, melyeknél az egyes generatiokat a könnyebb figyelemmel kísérhetes eséljából 1., 2., 3-mal jelöltük és pedig 1-gyel a nagy, negyednapos hidegrázásokat okozó generatiót, 2-vel és 3-mal a roham utáni első, illetve második napon d. u. oszló generatiót.

November 5-dikén. Roham utáni első napon. Délelőtt hőemelkedése nincs. Délután 4 órától hőemelkedés 8 órakor 39-40° C. maximummal, éjjeli 12 órakor hőmérsék ismét csak 37-8° C. Beteg még forróságáról sem panaszkodott.

D. e. 9 órakor.

1. Igen számos fiatal, kevés, finom pigmentet tartalmazó 1/5-nyi parasita, magoescájuk már csak halványan festődik. Sok öves alak (körülbelül 1 naposak).

2. Meglehető számú oszlásra készülő küllös pigmentű, vagy már közepén majdnem compact pigmentesomójú csillagvirágszerű parasita. (3-dik nap vége felé.)

3. Igen kevés, a vérsajt 2/3-3/4-edét kitöltő, magot s szórt, durva pigmentet tartalmazó alakot is találtunk.

D. u. 9 órakor hőmérsék 39-40° C.

1. gen. parasitái nagyobbak, több ektoplaszmájuk és pigmentjük van. 2. generációból egy szép széthulló sporuláló alakot kaptunk. Megtelepült spórákat nem találtunk.

3. generációból néhány a vérsajt majd egészen kitölti, de még magja van és pigmentje szét van szórva.

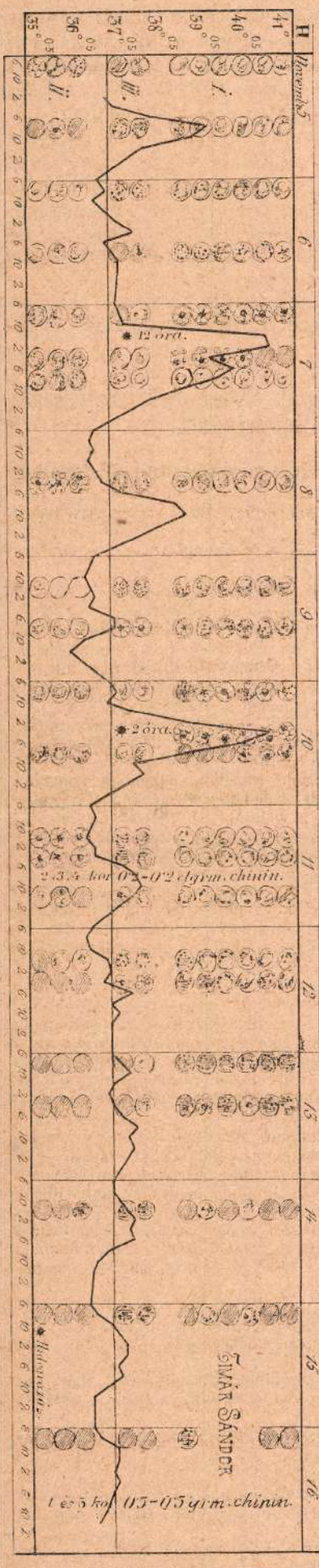
November 6. Roham utáni második napon.

Délelőtt láztalan, délután 2 órától hőemelkedés jelentkezik, 4 órakor 37-6° C. maximummal, innen lefelé esik a hőmérséke.

D. e. 9 órakor hőmérsék 36-6° C.



1. generatio számos parasitája már a véresejt  $\frac{3}{4}$ — $\frac{4}{5}$ -ét elfoglalta, magot s szórt pigmentet mutatnak.



2. Kevesebb számú, igen apró pigmentű,  $\frac{1}{5}$ -nyi fiatal parasiták a második generációból.

3. Alig egy pár, eltűnt magú, épen oszlás előtt álló parasita a harmadik generációból.

D. u. 9 órákor hőmérsék 37<sup>o</sup> C.

1. gen. parasitái már oszlásra készülnek; magjuk eltűnt, pigmentjük durva rögökben a szélre gyűl, vagy küllőkké alakul.

2. gen. fiatal alakjai kissé nagyobbak s több a pigment bennük.

3. Egyetlen széthulló sporuláló parasitát találtunk a 3-dik generációból.

November 7. Roham napján.

Már reggel 6 órákor a hőmérsék 37<sup>o</sup> C., de csak 11 órától kezd hirtelen emelkedni s hidegrázással 12 órákor 40<sup>o</sup> 8<sup>o</sup> C.-ra szökik fel. Két órai hidegrázás után forróság, majd késő este izzadás jelentkezik, de éjjel 12 órákor hőmérsék még csak 38<sup>o</sup> C.

D. e. 11 órákor hőmérsék 37<sup>o</sup> 2<sup>o</sup> C., félóra óta feje és dereka fáj.

1. Számos szebbnél szebb oszló alak, a küllős pigmentű oszlásra készültől a széthullott sporuláló alakig minden átmenetben.

2-dik generációból alig egy pár a véresejt  $\frac{1}{5}$ -nyire kitöltő parasita, maggal, szórt pigmenttel.

3-dik generációból egy fiatal  $\frac{1}{5}$ -nyi alak, apró pigmenttel, magocskája már csak halványan festődik.

D. u. 2 órákor hőmérsék 40<sup>o</sup> C. 1 óra óta forróságról panaszkodik.

1. Az oszló alak kevesebb; a mi van, az széthulló sporuláló alak. Ilyen megletepillt spórát nem láttunk.

2. Pár a véresejtet majd egészen kitöltő, nagy magú és szórt pigmentű alak a második generációból.

3. gen. alig pár tagja valamivel nagyobb s több pigmentet tartalmaz. Egyik öves.

D. u. 5 órákor hőmérsék 39<sup>o</sup> 4<sup>o</sup> C.

1. generációból sem oszló parasitát, sem megletepillt spórát nem találtunk.

2. generációból néhány a véresejtet egészen kitöltő alak, egynek még magja van, a többinek már eltűnt, de pigmentjük még nem rendeződik.

3. generatio alakjai mint előbbi vizsgálatnál.

Esti 9 órákor hőmérsék? Roham vége felé. Még most kezd izzadni.

1. generatiót igen számos épen csak megletepillt spóra képezi, sötétben festődő nucleolussal, pigment nélkül.

2. generatio alakjai már egészen kinöttek, némelyik még magot tartalmaz, többnek azonban már eltűnt a magja és pigmentje kezd rendeződni.

3. generatiót alig pár még kevés pigmenttel bíró  $\frac{1}{4}$ -nyi alak képez.

November 8-dikén. Roham utáni első napon.

Beteg délelőtt láztalan, délután 6 órától hőemelkedése lép fel 10 órára eső 38<sup>o</sup> 8<sup>o</sup> C. maximummal, 12 órákor hőmérsék még 38<sup>o</sup> 3<sup>o</sup> C.

D. u. 5 órákor hőmérsék 36<sup>o</sup> 8<sup>o</sup> C.

1. gen. számos parasitái  $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$ -nyiek, magocskájuk már csak halványan festődik, apró pigmentjük van.

2. generációból néhány szép közepre gyűlt pigmentű, csillagvirágszerű alakot találtunk.

3-dik generatio alig néhány képviselője a véresejtet majd egészen kitöltő, magjuk még meg van, pigmentjük még nem rendeződik.

November 9-dikén. Roham utáni második napon.

Délelőtt hőmérséke normalis, délután 6—8 óráig 37<sup>o</sup> C. hőemelkedés.

Délelőtt 11 órákor hőmérsék 36<sup>o</sup> 4<sup>o</sup> C.

1. A sok tagból álló első generatio tagjai a véresejt  $\frac{1}{5}$ -ét kitöltik, nagy magjuk s durvább pigmentjük van.

2-dik generatióhoz tartozó 2 megletepillt spórát kaptunk, melyek még pigmentet nem tartalmaztak.

3. Alig egy pár az egész véresejtet kitöltő alakot találtunk a 3. generációból, melyeknek magja már eltűnt s pigmentjük rendeződik.

D. u. 10 órákor hőmérsék 36<sup>o</sup> C.

1. Feltűnt vérvizsgálatnál, hogy az első generatio tagjaiból még soknak magja van, s a melyeknek eltűnt is, pigmentjük még nem rendeződött annyira, mint mult roham előtti estén, tehát 6-dikán esti 9 órákor találtuk. Talán postponálni fog a roham?

2. generációból néhány  $\frac{1}{4}$ -nyi alakot találtunk kevés pigmenttel,

3. generációból 2 szép széthulló sporuláló parasitát.

November 10-dikén Roham napján.

Reggel 6 órákor hőmérséke már 37<sup>o</sup> 6<sup>o</sup> C., de rohamosan csak délután ment fel, mert a hőmérsék, s így a roham majd 3 órát postponált, csak d. u.  $\frac{1}{4}$ 3 órákor kezdte a hideg rázni. A hőemelkedés maximumát d. u. 4 órákor 40<sup>o</sup> 8<sup>o</sup> C.-szal érte el, ezután forrósága volt, majd erősen izzadt. Éjjel 12 órákor hőmérsék 37<sup>o</sup> 8<sup>o</sup> C.

D. e. 8 órákor hőmérsék 37<sup>o</sup> C.

1. Sok küllős pigmentű, oszlásra készülő, vagy csillagvirágszerű, közepén majdnem tömör csomóvá gyűlt pigmentű oszlás előtt álló parasitát találtunk. Mégis úgy tűnt fel, hogy kevesebb a számuk, mint a mult roham alkalmával volt.

2. Pár a véresejt  $\frac{2}{3}$ -át kitöltő, nagy magú, szórt pigmentű alak.

3. Két egészen fiatal, igen finom pigmentű, alig pár óras alakot találtunk a 3-dik generációból.

D. u. 2 órákor hőmérsék 38<sup>o</sup> 9<sup>o</sup> C. A beteg borzongást érez.

Vérletet annyiban tér el a délelőttől, hogy már igen sok szép széthulló sporuláló alak van az első generációból.

D. u. 5 órákor hőmérsék 40<sup>o</sup> 4<sup>o</sup> C. forrósági szakban.

1. A sporuláló alakok nagy része már széthullott, kevés van még belőlük. Melegepillt spórákat még nem találtunk.

November 11. Roham utáni első napon.

Délelőtt a beteg láztalan. D. u. 2, 3 és 4 órákor 20—20 egm., összesen 60 egm. chinint kapott porban. Ennek dacára is hőemelkedése volt esti 10 órákor 37<sup>o</sup> C. maximummal.

D. u. 1 órákor hőmérsék 36<sup>o</sup> 4<sup>o</sup> C. Tehát még a chinin adag előtt.

1. generációból sok  $\frac{1}{5}$ -nyi, kevés ektoplaszmájú s apró pigmentű parasitát találtunk, némelyeknek még elég sötétben festődik a magocskája.

2. generációból néhány parasita, közepén egy küllős csomóba gyűlt pigmentű csillagvirágszerű alak.

3. generációból egy párt találtunk,  $\frac{3}{4}$ -ét a sejtnek kitöltik, nagy magjuk és szórt pigmentjük van.

D. u. 5 órákor 3 órával az első chinin adag után hőmérsék 37<sup>o</sup> C.

1. Az első generatiót alkotó parasitákon határozottan látszik a chinin hatása, a mennyiben a legtöbb parasita állománya egészen egyenlően festődik: ekto- és entoplasma nem választható jól külön; pigmentjük durva, rögös, halmazokban a szélekre van gyűlve.

De egy párt egészen normalisnak találtunk.

2. generációból pár oszló alakot találtunk, széthullás előtt, normalisnak látszanak.

3. generatiót alkotó pár tagon chinin hatást nem láttunk.

D. u. 10 órákor hőmérsék 37<sup>o</sup> C. Chinin után 8 órával.

1. generatio változatlan számmal. A chinin hatása még erősebben látszik. A parasiták alig nőttek, ektoplaszmájuk alig van, a mag és entoplasma igen halványan festődik; a pigment durva rögökben és sorokban szélregyűlve.

2. generációból alig 1—2 széthulló sporuláló alakot, számos szabadon úszó spórát láttunk, a melyek közül kettőt addig kísértünk útjában, míg a véresejten megletepillt.

3. generatio tagjai a véresejtet majd egészen kitöltik, magjuk s szórt durva pigmentjük van, chinin hatás nem igen látszik rajtuk.

November 12-dikén. Roham utáni második napon.

Délelőtt a beteg láztalan, délután 2 órától hőemelkedése van, 6 órára eső 37<sup>o</sup> 5<sup>o</sup> C. maximummal.

D. e. 10 órákor hőmérsék 36<sup>o</sup> 4<sup>o</sup> C.

A parasiták számában nagyobb csökkenés nem látszik.

1. generációból némelyek — s ez a kisebb rész — egészen normalis alakúak és festődésük is normalis, csak fejlődésben kissé hátra vannak maradvány; a nagyobb résznek igen kevés az ektoplaszmája, a magban nagy vacuolák, az egész parasita nagyon gyengén s egyöntetűen festődik, pigmentjük kevés s szélre van nagyobb rögökben gyűlve.

2. generációból kevés  $\frac{1}{5}$ -nyi alak, a melyeknek kevés pigmentjük van, megletepillt normalisak.

3. generatio. Legnagyobb részét épen oszlásra készülő, véresejtnyi alak, magjuk eltűnt, pigmentjük alig kezd rendeződni, kissé halványan festődnek, máskülönben normalisak.



D. u. 6 órákor hőmérsék 37.5° C. A paraziták száma alig kevesebb. 1. generatio változatlan számban, most jóval több a pigmentjük, elég ektoplasmájuk fejlődött, a legtöbb elég normalis, csak fejlődésben van kissé hátra maradva.

2. generatióból nem találtunk megtelepült parazitákat.

3. generatióból normalisnak látszó oszló alakok, középen egy csomóba gyűlt pigmenttel, csillagvirágokkal.

November 13-dikén. Roham napján. Egész nap csekély hőemelkedése volt. Reggel 6 órákor hőmérsék 37.0° C., este 8 órákor legnagyobb hőmérsék 37.6° C. Hidegrázása nem jelentkezett.

D. e. 8 órákor hőmérsék 37.2° C. Alig kissé fogyott a paraziták száma.

1. generatio véresejtnyi számos tagja sporulatióra készül: némelyeknek még magja van, a legtöbbnek azonban már eltűnt s a pigment kezd rendeződni. Kék festődés halvány, másként elég normalisak.

2. A 2-dik generatióból nem találtunk parazitákat.

3. generatióból pár 1/5-nyi, apró pigmentű elég normalis fiatal parasita, mely a tegnapi sporulatióból származik.

D. u. 6 órákor hőmérsék 37.2° C. Paraziták száma mint délelőtt.

1. feltűnően kevesebb a sporuláló alak, mint november 10-diki rohamkor, némelyek már széthullottak, mások csillagvirág alakúak. A legtöbb véresejtnyi parasita pigmentje nem gyűlt közepre, spóráképződés bennük nem látható, igen halványan s diffúze festődnek.

2. generatióból kaptunk egy-két parasita alakot, a véresejt felét töltötték ki, rosszul festődnek, pigmentjük kevés, rögös, olyanok, mintha chinin alakok volnának.

3. generatio pár alakja normalis, valamivel nagyobbak, mint a délelőtt.

November 14. Roham utáni első napon. Délelőtt a betegnek csekély hőemelkedése volt, legmagasabb 37.5° C. hővel. Délután láztalan.

D. e. 10 órákor. A paraziták száma egyszerre erősen megapadt, úgy hogy 2 óra alatt csak 12 parazitát találtunk festett készítményen.

1. generatióból alig egy pár 1/5-nyi, apró pigmentű, nagy magú, normalis alakot találtunk.

2. generatióból 5-öt találtunk, ezek véresejtnyiek, rögös pigmentjük kevés, szélregyült, vagy már küllőket képez. A plasma rész halványan festődik, semmi szerkezetet nem mutat.

3. generatióból 4 parazitát találtunk, 2/3-nyiak, egészen normalis alakúak és intensive festődnek. De kaptunk egyet rögös, szélregyült pigmenttel, mely alig festődött s szerkezetet nem mutatott.

November 15-dikén. Roham utáni második napon. Reggel és este hőmérséke normalis volt, déli 12 órától este 8 óráig csekély hőemelkedés 37.3° C. maximummal d. u. 4—6 órák közt.

D. e. 8 órákor. A paraziták még kevesebb számmal vannak mint tegnap.

1. generatióból pár 1/2-nyi, egészen normalis alakot láttunk.

2. generatióból 2 fedlemezen nem találtunk.

3. generatióból néhány véresejtnyi, sporulatióra készülő alakot találtunk, melyeknek magjuk épen eltűnt. Egész normalisak.

November 16-dikén. Roham napján.

Reggel és este hőmérséke normalis. A déli órákban 37.1° C.-ig menő hőemelkedése volt. D. u. 2 és 3 órákor 1/2—1/2 gm. chinint kapott porban.

D. e. 9 órákor hőmérsék 37.1° C.

Hosszas kereséssel egyetlen véresejtnyi normalis oszlás előtt álló parasitát találtunk.

Nagy leucocytosis, sok leucocyta pigmentet tartalmaz.

Következő napokon is naponta délben a betegnek 37.3—37.4° C. hőemelkedése jelentkezett, reggel és este láztalan volt. Hidegrázása többé nem jelentkezett.

November 19-dikén d. e. 8 órákor. Vervizsgálatnál m. parazitákat nem találtunk.

November 20-dikén távozott a beteg. Lépe még ki volt érezhető.

\*\*\*

E vervizsgálatok 3 quartana generatio fejlődését tüntetik fel, a melyek egymással úgy combinálódtak, hogy az egyes generatiók sporulatiójukat az egymást követő napok délutánjain érték el.

Az egyes generatiókat képező paraziták száma igen különböző volt, mert volt egy igen számos tagból álló nagy generatio, melyet 1-gyel jelöltünk, s mely a hidegrázással és 40.9—40.8° C. hővel járó november 7. és 10-diki negyednapos rohamok alkalmával oszlott és volt két más generatio, melyeket 2-vel és 3-mal jelöltünk, s melyekből az első a rohamokat követő első napon délután, a második a második napon délután sporulált; előbbi nagyobb számú parasita által volt képviselve s 39.4—38.8° C. hőemelkedéseket hozott létre; utóbbi igen kevés tagból állott és sporulatiójakor hőemelkedést alig okozott.

E három generatio egymás melletti fejlődésében minden vervizsgálat alkalmával meg volt található és egymástól jól elkülöníthető volt.

\*\*\*

A beteg 10-diki rohama utáni napon d. u. 3 óra alatt 60 cgm. chinint kapott.

Már 3 órával az első chinin-adag után szép chinin hatást láttunk az első nagy generatio tagjain, melyek akkor körülbelül egy naposok voltak, a 2-dik generatio ekkor sporuláló alakjai normalisan oszlottak, sem ezeken, sem a 3-dik generatio körülbelül 2 napos alakjain a chinin hatást nem észleltük.

Igy volt a dolog chinin után 8 óra múlva is. A paraziták száma nem csökkent, lényegesebben csupán annyiban, hogy a 2-dik generatio oszló tagjai széthullottak.

E sporuláló 2-dik generatio spórái azonban legnagyobb részt nem voltak képesek megtelepülni.

Következő napon a 3-dik generatio, a melyre fejlődése második napján hatott be a chinin, s a melyen chinin hatást nem láttunk, látszólag normalisan és azelőtti számban sporulált, spóráiból azonban igen kevés birt megtelepedni. Az első generatio, melyre a chinin legerősebben látszott hatni, fejlődésében megkésett ugyan, de változatlan számban megvolt még, s bár egy része nem normalisan fejlődött, a másik rész mégis csak kifejlődésre jutott, elég sok pigmentet gyűjtött s elég normalisnak látszottak.

De a következő napon mégis csak igen kis része jutott el normalis oszlásra, s hozott létre új megtelepülésre képes spórákat, a legnagyobb rész spórákat nem képezett és másnapra már a vérből eltűnt, a hidegrázós roham pedig nem jelentkezett.

Mindezeket egybevetve tehát azt láttuk, hogy a 60 cgm. chinin után, melyet a beteg hidegrázós rohama utáni napon d. u. 3 óra alatt kapott, mindhárom generatio eljutott a sporulatióig. Legkevésbé látszott hatni a chinin a 3-dik generatióra, mely épen fejlődése 2-dik napján volt, úgy a paraziták milyenségét, mint számát tekintve, mert e generatio azelőtt is igen kis számú volt, s mégis fennmaradt. Az akkor sporuláló 2-dik generatio spórái legnagyobb részt tönkre mentek. Az első generatio pedig, melyen legerősebb chinin hatást láttunk, ugyan kifejlődésre jutott, de normalis sporulatióra csak igen kevés tagja volt képes.

Mivel pedig épen az első generatio volt túlnyomó számú, csak ennek a sporulatiója és tönkrejutásával, tehát csupán november 14-dikén látjuk, hogy a paraziták feltűnően megfogytak a vérben.

Mindenik generatióból voltak normalisan sporuláló alakok s ezek hoztak létre új megtelepülésre képes spórákat. Az így keletkező generatiók azonban, bár a paraziták közül csak egyik-másik látszott nem rendes kinézésűnek, mégis tönkrementek, mert november 16-dikén vervizsgálatnál csupán 1 parazitát kaptunk, hosszas kereséssel is, és úgy hisszük, hogy a második chinin-adag nélkül is eltűntek volna azok a vérből.

A második chinin adag után parazitákat többé nem találtunk.

Úgy a hőmenetre nézve, mint a vérben talált parasita generatiók combinálódására nézve igen hasonló ez esethez következő esetünk.

(Folytatása következik.)

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Magyar Tudományos Akademia.

(III. osztály ülése 1896. június 15-dikén.)

Orvosi érdeklő előterjesztések voltak a következők:

1. A sima izomsejtek idegvégződéséről. Csiky János, egyetemi II. boncztoni intézeti gyakornoktól. Beterjesztette: **Thanhoffer Lajos** r. tag. Előadó fejtegetvén az e kérdés körül támadt nézet eltéréseket, **Csiky János** 3 éven át tartott vizsgálati eredményeit következőkben foglalja egybe:

1. Vizsgálatainál a *methylenkék festést* és a *Ranvier*, nemkülönben a *Thanhoffer-Löwit-féle aranyozó módszert* találta a sima izomsejtek idegeinek festésére alkalmasnak, a három említett módszer közül a *Thanhoffer-Löwit-félével* érvén el a legtöbb eredményt.

2. Vizsgálatait a *pióca teste* és *gyomorzaeszkója* izmain tette, nemkülönben béka hólyagján, de az előbbin tudta legszebben tanulmányozni az idegvégződéseket.



3. Az idegek durvább és finomabb fonatokat, de biztosan kimutathatólag reczékét is képeznek s ezek csomópontjait egy-két, vagy több nyulványú idegsejtek képezik.

4. A piócza gyomorzsákjának izomsejtjein kéreg- és velőállományt lehet megkülönböztetni; az utóbbi finom szemcsészetű protoplasma. Két-két izomsejtet számos vastag és vékony híd köt egybe, a mely hidak maguk is idegszállakat vezetnek az izomsejtekhez. A sejteken keresztül futó idegek *alaphálózatot* alkotnak, a mely vastagabb, sűrű fonatokból áll, a melyből *első-, másod- és többrendű* idegek mennek ki, végül sűrű reczét képezve. Az említett idegsejtek a reczében ovalisak vagy gömbölyűek, közepükön hólyagszerű maggal. Köztük ikerdúcsejtek is találhatók.

5. Az idegvégződés sok formában történik, de azért egy típusra vezethető az vissza; így egyszer a *Ranvier* állította *idegfoltocskák* képében, máskor ezek többszörösödött alakzatjában, a *fürtöcskék* módjára. Gyakori *Gscheidlen* értelmében az egyszerű *contactus* is, akként, hogy az idegszállacska az izomsejteken való lefutásában egyes csomócskák-kal érintkezik azzal. De nemcsak az izomsejteken, hanem annak a magján, sőt ebben benne is található idegvégződéseket, mint *Apáthy* és *Lustig* állította; de mindenkor visszavezethető e sokféle alakzat a *foltocskára*, a melyet először a nagy francia tudós, *Ranvier* mutatott ki.

2. A bélrohadás és zsírfelszívódás viszonyairól epesipolyos kutyán. *Hirschler* *Ágoston* dr. és *Terray* *Pál* dr. egyetemi magántanároktól. Közlemény a budapesti k. magy. tud. egyetem élettani intézetéből. Bemutatja *Klug* *Nándor* r. tag. Kísérletes vizsgálatok és a betegágnál tett tapasztalatok egyaránt bizonyítják azt a lényeges szerepet, mely az epének a szervezet háztartásában jut. A jelen század elejéig nyúlnak vissza azon experimentális vizsgálatok, melyekben állatokon a közös epevezeték lekötése által pangó epét sipolyon át kiírtván, illetve az epének a bélsátorrába jutását meggátolva, az epe hiányának befolyását tették a vizsgálók tanulmány tárgyává.

E kísérletek egyértelműleg azt bizonyították, hogy míg a szénhidratok és fehérjék felszívódása és emésztése epe hiányában zavart nem szenved, addig a zsír felszívódása lényegesen megváltozik, a mennyiben az epe hiányában a táplálékban nyújtott zsírnak 42—67%-a kihasználatlanul ürül ki a bélsárral.

Ez adja magyarázatát az utolsó évtizedekben végzett exact anyagcsere vizsgálatok által kimutatott azon ténynek, hogy epesipolyos állatok testsúlyuk egyensúlyban tartására fehérjének, onyvnek és szénhidratoknak ugyanazon mennyiségét igénylik, mint a sipoly készítése előtt, ha a nyújtott táplálék húsból vagy kenyérből áll. Ha ellenben a táplálék részben zsírból áll, az utóbbinak ki nem használása folytán az állatok testsúlyuk megtartására megfelelően több fehérjét és szénhidratot igényelnek, mint az epesipoly fennállása előtt. Az epének a zsírfelszívásban fontos szerepét igazoló állatkísérletek eredményeivel tökéletes összhangzásban állanak a betegágnál tett tapasztalatok. Az epeutak elzáródásával jár, illetve az epének a bélbe való jutását teljesen gátló megbetegedések eseteiben ki van mutatva, hogy míg a szénhidratok felszívódása épen nem, a fehérjéké csak igen kis mérvben szenved, addig a zsírok felszívódása tetemesen szenved. Míg ugyanis egészséges emberek bélsárában a táplálékban foglalt zsírok 6—10%-a ürül ki, addig az epének az emésztés folyamatából való teljes kizáráskor 55—78% kihasználatlan zsírt találunk a bélsárban, melynek túlnyomó része zsírsavakból és zsírsavas alkáliakból áll.

A mennyire kétségtelen bizonyítékokkal rendelkezünk az epe jelenlétének fontos szerepére nézve a zsír felszívódásában, ép oly eltérők a szerzők nézetei az epének a legrégebb időktől fogva feltételezett antifementatív hatására vonatkozólag. Azon régóta ismert tény, hogy a sárgaságban szenvedők, úgyisintén epesipolyos állatok bélsára penetrans bízt áraszt, az epe antiputrid hatásának felvételére vezetett. Míg egyes szerzők e felvételt támogatják és az epe rohadás gátló hatását az epesavaknak vagy az epesavas sóknak tulajdonítják, mások az epének e befolyását határozottan tagadják. Azon körülmény, hogy az epe maga nagyon könnyen rohad, ellene szól a bélben gyakorlott antiseptikus hatásának, melynek látszólagos fennállása csakis azon alapulhat, hogy epe jelenlétében a bélben foglalt anyagok a bélsátorrából gyorsabban távolítottatván el, kevesebb rohadási termék képződnek, mely felvételt támogatja az epének a bélmozgásokat fokozó hatása.

Ezen, úgy élettani, valamint kórtani szempontból fontos kérdésekkel foglalkoztak szerzők a vezetésem alatt álló élettani intézetben. Vizsgálataik céljával a bélrohadás viszonyainak és a zsír felszívódásának illetve kihasználásának tanulmányozását tűzték ki az epének teljes hiánya mellett e célból az általam a közös epevezeték lekötésével operált epesipolyos kutyán anyagcsere vizsgálatokat végeztek, melyek együttesen folytak segédemnek *Landauer* dr.-nak az epe szerepére vonatkozó vizsgálataival.

Szerzők vizsgálataikat a közel légenyegyensúlyban levő epesipolyos kutyánál két ciklusban végezték, melyek elseje 3 napra, másodikika 6 napra terjedt. Amabban az állat naponként 1500 gm. friss húst kapott egy adagban, a második ciklusban ugyanannyi húst 2 adagra osztva. A bélben lefolyó rohadási folyamatok megállapítása céljából a vizeletben *Baumann* eljárása szerint a praeformált és az aether kén-savakat — külön-külön — határozták meg, azokivül figyelemmel voltak az organikus vagyis neutralis kénre is, mely a vizeletben foglalt kén-sav mellett mint nem oxydált kén-tartalmú szerves vegyület a fehérje-bomlás folyamataira világot vet.

A zsírfelszívódás illetve kihasználás megállapítása céljából a táplálékul szolgáló húsnak zsírtartalmát és a bélsárban foglalt zsírmennyiségét határozták meg.

Kísérleteik eredményei a következőkben foglalhatók össze:

1. Kizárólagos hűsétrend mellett az epe teljes hiánya daczára a fehérjerohadás a bélben nem fokozódik; erre utal azon tény, hogy a vizelettel kiválasztott aetherkén-savak megszaporodva nem voltak, a mi annyival figyelemre méltóbb körülmény, a mennyiben a kísérleti állat kizárólag hússal táplálkozván, a várható fehérjebomlási termékek megszaporodására kedvező viszonyok állottak fenn.

2. A neutralis kén viselkedésében egyöntetűség nem ismerhető fel; az ingadozások ép úgy megvannak mint normalis viszonyok között.

3. Az epe hiánya daczára a táplálékban foglalt zsír kihasználása elég kedvező, a mennyiben a táplálékkal bevitt zsírnak csupán 27—30%-a távozott kihasználatlanul a bélsárral.

4. Kizárólagos fehérje táplálék mellett epesipolyos kutyán állandó testsúly elérhető.

3. A levegő oxigen tartalmának befolyása az anyagcserére. *Terray* *Pál* dr., egyetemi magántanártól. Bemutatja *Klug* *N. r.* tag. Az O-felvétel befolyásáról az anyagcsere vegyi folyamataira régenté nagyon sokat tartottak, mindaddig a míg *Hoppe-Seyley* *Felix* kiderítette, hogy a szervezetben nemcsak égési, élelyülesi, de hasadási fermentációs folyamatok is végbemennek. *Pflüger* azután kimutatta, hogy a békák O-mentes tiszta N-ből álló légkörben nem lehelnek ki kevesebb CO<sub>2</sub>-t, mint a tiszta O-ból álló légkörben tartózkodók. *Fraenkel* *Albert* 1876-ban kétségbe vonta az O-felvétele döntő szerepét az anyagcserére s a fehérje-bomlást mint kiválóan hasadási folyamatot állította oda, mely az O-felvételtől független. Ezen vizsgálatok óta lényegesen megváltoztak a nézetek az O-szerepéről az anyagcserében s ma mindinkább tért foglal az a felfogás, hogy az O-felvétele a szervezetbe nem első és főtényezője az anyagcsere alakulásának, hanem a sejtek működése az elsődleges s az ő szükségletük szabályozza az O-felvételt is.

Ámbár sokan tanulmányozták a belehelt levegő O-tartalmának az anyagcserére gyakorolt befolyását, még sem tudunk e téren biztos meg-egyező eredményeket felmutatni, úgy az embereken mint az állatokon végzett kísérletek adatai s a belőlük vont következtetések homlok-egyenest ellenkezők, minek oka a hiányos kísérleti berendezésben van.

*Terray* kísérleteinek célja volt megvizsgálni, vajjon meddig szállítható le a belehelt levegő O-tartalma a nélkül, hogy az a kísérleti állatokon kivethető változást idézne elő a lélegzés mechanikájában s anyagcseréjében, azután vizsgálni az állatokon észlelhető jelenségeket olyan körülmények között, a midőn szervezetük a lélegzés módosítása által nem képes többé compenzálni az O-felvétel megszorítását, vagyis a midőn a szövetek O-nel való hiányos ellátásának tünetei mutatkoznak, továbbá megállítani azt a hatást, meddig lehet csökkenteni a belehelt levegő O-tartalmát fulladás bekövetkezése nélkül. A felsoroltakon kívül célja volt a rendesen több O-t tartalmazó levegő befolyását az anyagcserére is megállapítani. Ha figyelembe vesszük, hogy azok, a kik előtte a tárggyal foglalkoztak, több kevesebb hibaforrással dolgoztak, akkor mindjárt kitűnik kísérleteinek jogosultsága. Arra törekedett ugyanis, hogy megvizsgálja az egész anyagcsere alakulását az említett tényező befolyása alatt, a N és CO<sub>2</sub> kiválasztás lefolyását megfigyelve, kiterjesztette vizsgálatait az anyagcsere közbeeső termékeinek, a tejsavnak és oxalsavnak meghatározására is. Anyagcsere vizsgálataiban semmit sem tévesztett szem elől, a mit az anyagcsere vizsgálatok pontossága ma megkíván: az állatokat N-egyensúlyban tartotta, 24 óránként egyenlő minőségű és mennyiségű táplálékot adott nekik, mely mellett testsúlyuk nem csökkent, vizeletüket 24 óránként pontosan gyűjtötte s úgy ebben, mint a kutya bélsárában foglalt N-mennyiségét *Kjeldahl* *Argutinsky* módszere szerint határozta meg. Azon kérdés eldöntésére is végzett vizsgálatokat, vajjon a tejsav és oxalsav normalis alkatrészei-e a húgynek vagy nem? Különösen alkalmasak kísérletei a *Hoppe-Seyley* *Felix* és tanítványa *Araki* közt egyfelől és *Minkowski* közt másfelől felmerült vita eldöntésére, mely a körül forog, vajjon az O-hiánynál a húgyban bőven fellépő tejsav-kiválasztás oka a szövetek O-nel való hiányos ellátása vagy a máj táplálkozási zavara, funkciójának csökkenése?

A kísérleti berendezés, a belehelt levegő O-tartalmának csökkentése és növelésének módja, az egyes kísérletek lefolyása a következő volt: a nitogen egyensúlyban levő állatokon először közönséges atmosphaerikus levegő belehelése közben vizsgálta a CO<sub>2</sub> kiválasztást; ez által több kísérletből egy átlagos számot nyert, a mely bizonyos időre vonatkoztatva a vizsgált nyúl és kutya normalis CO<sub>2</sub> kiválasztását fejezte ki, s melylyel össze lehetett hasonlítani azon CO<sub>2</sub> kiválasztást, a mely azonos külső körülmények között a belehelt levegő csökkent vagy növekedett O-tartalmának befolyása alatt mutatkozott. A kísérleti állatokat simára gyalult faállványra helyezve megfelelő nagy üvegharanggal borította be, mely utóbbinak laposan ráfekvő parkányát üveggel körülvéve a lélegző tér teljesen légmentes zárását biztosította. A faállvány egy pontján rövid fémcső van beillesztve, mely gummicsőben folytatódva a baryt-vizzel és kalilúggal megtöltött mosóüvegekhez vezetett; az atmosphaerikus levegő, vagy ha a mosóüvegek gummicső útján összekötötték a nagy gazometerrel, az ebben foglalt gázkeverék ezen az úton jutott az állathoz, miből kitűnik, hogy a belehelésre szolgáló levegőt az állatok szénsavától mindig teljesen megfosztva lélegezték be. A faállvány másik helyén az előbbinél hosszabb fémcső lett alkalmazva, mely gummicső útján gázorával, majd a vízvezetékhez illesztett szívó-készülékkel állott összekötöttesben. Az eddig leirt csőrendszer képezte a fűtőt. A mellékelt egy T-alakú elágazódásból kiindulva U-alakú, kén-savval átitatott horzszak darabkákat tartalmazó üvegcsőben, azután a kísérlet tartama szerint 2 vagy 3 egyenként 100 cm<sup>3</sup> barytvizet tartalmazó CO<sub>2</sub> elnyelő üvegcsőben folytatódott. Ezen üvegcsővek után Hg.



manometer, majd egy kisebb gazometer következett, mely utóbbi vízzel lett megtöltve s a kísérlet alatt lefolyt víz edényben felfogva és mennyisége lemérve. A beheltet levegő O-tartalmát az által változtatta, hogy ismert őrartalmú — 80 literes — nagy gazometerben, melynek oldalán 2 literes skála volt, levegőt és hydrogént bizonyos arányban összekevert; minél nagyobb részét a 80 liternyi őrartalomnak foglalta el a hydrogen, annál kevesebb O-t tartalmazott a gázkeverék. A rendesen nagyobb O-tartalmú levegőt úgy állította elő, hogy a gazometerben az atmosphaerikus levegőt több és több O-nel elegyítette. A kísérlet megkezdésekor a gazometer gázkieresztő nyílását gummicső segítségével a kalilúgot és barytvizet tartalmazó mosóüvegekkel kötötte össze, a midőn — ha egyidejűleg a vízvezetékhez illesztett szívókészüléket mozgásba hozta s az állatot fedő üvegharang légmentesen zárt — az állat azon gázkeveréket lehelte be, a mely az adott kísérlet alatt a nagy gazometerben foglaltatott.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**Megfigyelési minták orvosszakértői jegyzőkönyvek szerkesztéséhez.** Hatósági orvosok számára írta Kenyeres Balázs, a törvényszéki orvostan tanára a kolozsvári egyetemen. I. füzet. Budapest, 1896. Az Eggenberger-féle könyvkereskedés kiadása.

A munka célja a törvényszéki orvosi gyakorlatban felmerülő kérdések feldolgozására rövid útmutatást, mintegy megfigyelési mintát adni. Ily módon nem csupán a hatósági orvos munkája könnyített meg, de a jegyzőkönyvek tökéletessége s így az igazságszolgáltatás terén használhatósága is növekszik. A mint szerző előszavában megjegyzi, Lacassagne lyoni egyetemi tanárnak nagyon elterjedt és hasznosnak bizonyult hasonló műve indította a hazai szükségletekhez alkalmazott jelen művének megjelentetésére.

Az imént megjelent első füzet első fejezete röviden az orvosszakértői jegyzőkönyvekről szól általában, előtüntetvén egyúttal egy bonczjegyzőkönyv szerkezetét is. A további fejezetek erőszakos nemi közönség, fajtalanosság, ismeretlen egyén holttestének vizsgálata, csontvázak és csontok, akasztás, újszülöttek holttestének vizsgálata, vízbefulás, villámcsapás, lött sebek, égési sebek és elgázolás czímet viselnek. Minden fejezet általános tudnivalókkal kezdődik, majd a jegyzőkönyv mintája következik, illetve felsorolása azon pontoknak, melyekre az illető esetben különösen ügyelni kell; végül a vélemény szerkesztésnél tekintetbe veendő pontok vannak összeállítva.

A további füzeteket érdeklél várva, nagy jövőt jósolunk a munkának és pedig nemcsak azért, mert nagy szakértelemmel és ügyességgel van megszerkesztve, hanem azért is, mert csakugyan nagy gyakorlati szükséglet pótol és a hatósági orvosok munkáját tetemesen megkönnyíti, annyival is inkább, mert szerző mindenütt kellő rövidsége törekszik, a nélkül azonban, hogy e miatt művének alaposága csorbát szenvedne. Jelen első füzet ára 60 krajczár.

### II. Lapszemle.

#### Bőr- és bujakórtan.

További adatok a gonococcus biológiájához és a kankós folyamat kórboncztanához (endocarditis, arthritis, prostatitis follicularis gonorrhoeica) ezíme alatt Finger, Ghon és Schlagenhauser igen érdekes és értékes adatokat közölnek. Az utolsó években a betegészleletek és kórboncztanai buvárlatok mindinkább jobban és jobban azt látszanak kideríteni, hogy a kankós folyamat nem csupán localis bántalom, hanem hogy a gonococcus a a vérbe is hatolhat és ezen úton különféle szervekben igen komoly, sőt halálos kimeneteli complicatiókat is előidézhet. Szerzők dolgozatukban az eddig ismertett eseteket bíráló alá veszik; valamennyi esetben, Weichselbaum esetén kívül, melyben tüzetes bacteriologiai vizsgálat eszközöltetett és mely kevert infectiónak bizonyult, ezen az aetiologiai momentumnak biztos felderítésére szükségelt bacteriologiai vizsgálat hiányzik. Szerzőknek azonban alkalmazás volt egy esetben, melyben endocarditis maligna következtében halál következett be és mely a bonczszatlatra került, az endocardium vegetatióiból bacteriologiai úton endocarditis gonorrhoi-

cára biztos kórismét tenni. A tenyésztési eredmény annyiban nem szolgáltatott eléggé biztos támpontokat, hogy jelen esetben a bántalom gonorrhoeikus eredetű, a mennyiben gonococcus culturákat nem kaptak; de tekintve azon körülményt, hogy más genyedetést előidéző bacterium sem tenyészett, biztosan kizárta azon aetiologiai momentumot, hogy ezen endocarditis genyedetést előidéző bacteriumok által keletkezett volna, annál praegnansabb volt a mikroszkopiai vizsgálat, melynek alapján szerzők ezen esetet minden kétségen kívül gonococcusok által előidézettnek tartják. A mikroszkopiai vizsgálat t. i. kiderített diplococcusokat, melyek úgy alakra, csoportokban való elrendeződésre és a genysejtekhez való viszonyukra nézve, valamint, hogy Gram szerint szintelenítettnek, a gonococcusoknak azon typikus képét adták, melyet a tisztán tenyésztett gonococcus culturáknál láthatunk. A mikroszkopiai vizsgálat, valamint a tenyésztési kísérlet az izület-izzadmányból, a vérből és a húgycsőből teljesen negatív volt, kivéven a prostatát, melyben góresővileg gonococcusok gyéren voltak kimutathatók. Hogy a gonococcusok a szokásos tenyésztési anyagokon nem fogamzóttak, szerzők abból vélik magyarázhatni, hogy a gonococcusok a magas láz következtében életképességüket elvesztették. Az észlelt eset a következő. Egy 19 éves borbélylegény, ki azelőtt sohasem volt beteg (rheumatismusban, szív-bántalomban, syphillisben vagy alkoholismusban sohasem szenvedett), 1895. márczius végén másodizben gonorrhoeát szerzett. Rövid időre a kankós folyamat kiterjedt a húgycső hátsó részére és a hólyagra is. Beteg mindezek dacára többször közönsült és rendetlen életmódot élt. Április 15-dikén állítólag meghülés következtében láz kíséretében a jobb térdizületben fájdalmak és duzzanat lépett fel. Április 27-dikén a kórházba felvétellett, midőn nagyfokú térdaganat, 40°20 C. láz, a húgycsőből bő genyes kifolyás typikus gonococcusokkal volt kimutatható. A szív és tüdők rendes kopogtatási és hallgatódzasi leletet adtak. Április 30-dikán az insufficiencia valvularum aortae már biztosan megállapítható. Ezen napon a húgycsőfolyás teljesen szűnt, a nélkül, hogy helyileg kezelte volt. Beteg a következő napokban többszörös rázó hideg és 39°50 C. hőemelkedések közben erejében mindig jobban hanyatlott, míg május 3-dikán este felé oedema pulmonum tünetei alatt meghalt. A klinikai kórisme endocarditis és arthritis gonorrhoeica volt, a bonczolás 10 órával a halál után történt. (Archiv f. Dermat. u. Syphilis. Bd. XXXIII., Heft 1., 2., 3.)

Aschner Arthur dr.

#### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Heveny gyomor-bélhurut eseteiben Dörffler jó eredményeket ér el bismuthum phosphoricum solubile-vel, melyet cholera infantum esetén következőkép rendel: Rp. Bismuthi phosphor. sol. 1'5—2'0; Aquae destill. 90'0; Syr. diacodii 10'0. M. D. S. 1/2—1 óránként egy gyermekkanálnyt. Felnőttnek 3—4 grammot rendel 200 gramm vízzel és syrupus diacodii-val; ebből óránként egy evőkanálnyi veendő be. (Corr.-Blatt f. Schweiz. Aerzte, 1896. 9. sz.)

2. A gallobromolt Lépine már két évvel ezelőtt ajánlotta volt neurastheniás bajoknál a bromsók pótszeréül. Stein újabban megerősíti Lépine tapasztalatait, sőt még meg is toldja azzal, hogy a gallobromol spastikus jellegű idegbántalmaknál és góresős állapotoknál szintén jó eredménnyel használható. A rendelés módja következő: Rp. Gallobromoli 5'0; Aquae destill. 120'0; Syr. rub. idaei 30'0 M. D. S. 2 óránként egy evőkanálnyt. A gallobromol hypnotikus adagja 3 gramm, mely poralakban két részletben adandó be a lefekvés előtt. (Wiener mediz. Presse, 1896. 19. sz.)

3. Guajacolum aethylenatum elnevezés alatt egy új készítmény jött forgalomba, melynek előnye a guajacol fölött, hogy közönséges hőmérséknél szagtalan, hatása gyorsabb és erélyesebb és hogy a gyomor nagyon jól tűri. Naponként 1—2 gramm adható 1/2—1 grammos adagokban porban vagy labdaes-alakban: Rp. Guajacoli aethylenati 5'0 Div. in dos. Nr. X. D. ad chartas amyloaceas. S. Naponként 2—4 port. — Rp. Guajacoli aethylenati 4'0; Pulv. cinnamomi 2'0; Syr. cinnamomi qu. s. ut fiant pil. Nr. 60. Consperg. pulv. cinnamomi. S. 2 óránként egy labdaesot. (Wiener med. Presse, 1896. 19. sz.)



## TÁR C Z A.

Dr. Benczur Dénes.

Kartársaink sorából élete delén egy kitünő munkás dőlt ki *Benczur Dénes*-ben. Nagy reményekre jogosított bennünket páratlan munkaszeretettel, nagy inventionalis észjárásával, alapos készségével és megbízható igazságszeretettel a körünkől jobb hazába tért tudós barátunk. Ő példányképe lehet minden fiatalabb törekvő tudósunk, hogy mily alapokat s mily odaadással kell elsajátítania, ha egy pályára állandóan át akar lépni, s hogy miképpen lehet hivatalos elfoglaltság mellett is, habár nem rohamosan, de mégis szép és sikeres eredménnyel munkálkodni. Alulírott, ki őt belül s kívül, erényeivel és hibáival együtt jól ismertem, mert több éven át figyelemmel kísérhettem, nem tudtam eléggé bámulni benne az alapos tudóst, már medikus korában a sok irányú és szép ismeretekkel bíró törekvő, szerény, de azért önérzetes s ritka becsületességű és kötelességérzetű ifjút.

Korán elhunyt kartársunk Nyiregyházán, Szabolcsmegyében született s gymnasiumi tanulmányai bevégeztével az orvosi szakmára lépett s tanulmányait a mi egyetemünkön végezve 1881-ben egyetemes orvosdoktorrá promoveáltatott. 1877—1880. szeptemberéig még medikus korában az állatorvosi akadémia élet-szövettani tanszéke mellett volt 400 frt fizetéssel mint praeparator alkalmazva, az intézet és a szaktanár legnagyobb meglepedésére működven ott s a szaktanárral a tenyésztésügyre vonatkozó kutatásokban vevén részt. Ugyancsak nevezett intézetben 1882-ig assistens volt s a mellett klinikai tanulmányait sem hanyagolta el. Ilyen alapos bonczani és élettani tanulmányok után adta magát rá a belgyógyászati szakmára, már medikus korában felismerén azt, mennyire szükséges a klinikusnak az anatómia, kórbonczani és kísérleti élettani alapos ismerete.

1882-től kezdve 3 éven át Münchenben *Ziemssen* laboratoriumában és klinikáján látjuk őt munkálkodni. *Ziemssen* első pillanattól kezdve meglátta benne az alapos képzettségű és nagytehetségű fiatal tudóst s a bonyolultabb laboratoriumi dolgokat ő reá bízta, megkezdve azt spektroszkopí vizsgálatokkal s haemoglobin meghatározásokkal. Első évben saját költségén tartotta fenn magát Münchenben, a második és harmadik évben pedig államösztöndíjjal, a melyet *Ziemssen* melegen ajánló levelére nyert el.

Most már, megtanulva hazájában azt, a mi alapul kellett neki s megtanulva egy elsőrangú tudóstól azt, a mi a klinikusnak szükséges: nem ment nagyhangú reklámok mellett mindjárt tudományával a gyakorlatra, hanem hazajött ismét tanulni. Először is bold. *Wagner* tanár klinikáján lett 1885-ben gyakornok és kedves embere; mint *Wagner*től magától tudom, boldogultunkat ő nagyrabecsülte; csakhamar II. és azután I-ső assistens lett a belklinikán s végig capitulálta nemcsak *Angyán* tanár helyettesi tanárságát, hanem még *Kélli* tanár is örökébe fogadta, a kinél szintén assistenskedett s nála nagyszabású thermopalpatió hőelektromossági kísérleteit végezte úgy kísérleti állatokon, mint embereken is.

Ha csak ezen curriculum vitae-jét tekintjük is, méltán kalapot emelhetünk boldogult kartársunk erős jelleme, akaratereje, igazságos buvárkodási hajlama és rengeteg tanulmányi készsége előtt. Előbb 6 éven át ép- és kórbonczani, szövettani tanulmányokat, s élettani vizsgálatokat tenni, azután 3 évet 4 elsőrangú klinikusnál, mint gyakornok, majd mind 1-ső és 2-dik assistens tölteni éveken át, nem kis feladat; de elképzelhető ennek folytán az a sok alapos tudás, a melylyel rendelkezett s az is, hogy a sok theoretikus ismeret mellett ő kitünő gyakorló orvos is tudott lenni s mindenütt, a hol a közönség körében, mint jó barát vagy orvos szerepelt, egyáltalán elismerőleg nyilatkoztak róla s keresett ügytárs is volt, mindaddig, míg betegsége és nagy becsületessége következtében ő maga fel nem mondta házeit. Még legjobb barátjai betegeit is ellanyagolta, kijelentve, hogy ő

nem képes addig, míg meg nem gyógyul, bármi házi orvosi teendőt elvállalni.

*Ziemssen*, a mikor az orvosgyesület tiszt. tagjának választotta, köszönő levelében a melynek kíséretében intézeti személyzetének munkássága eredményét is beküldé egy vaskos kiadványban, hangsúlyozza, hogy mennyire örül, hogy könyvében az „*Önök honfitársának, Benczurnak is egy igen kitünő dolgozata van*“. Egy ajánló levelében pedig *Ziemssen* Benczurt mint „lelkiismeretes és ismeretgazdag bűvart“ említi.

Munkáinak száma aránylag nem nagy, nem is nagy terjedelműek s ha mázsálóval mérnök, mint szomorú, de nálunk még ez az ázsiai mérték itt-ott szerepel, nem is sokat nyomnának. Azonban, ha azt a hangyaszorgalmat nézzük, a melylyel ő mind-egyikhez az adatokat egybe hozta, ha azt a beható mélységet nézzük, a melylyel tárgyát kutatta, akkor azt mondhatni, hogy a 7 dolgozat, a miket közre boesátott, sok vaskos irodalmi könyvtermékkel nemesak felér, hanem azt felül is mulja.

Legnevezetesebbek dolgozatai közül azok, a melyeket *Ziemssen* laboratoriumában készített (*A vér quantitativ kimutatása a vizeletben*. Orvosi Hetilap 1883. *A gyomorba bevitt haemoglobin befolyása chlorotikusok vérének haemoglobin tartalmára*. Orvosi Hetilap 1884. *Ueber die Einwirkung subcutan einverleibten menschlichen und thierischen Blutes sowie reinen Haemoglobins auf den Haemoglobingehalt des Blutes anaemischer Individuen*. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. XXXVI.)

Szintügy igen nevezetes s a külföldi irodalomban is pro és contra megbeszélte felfedezése a *Jónás* doktorral együtt itthon készített következő dolgozata: *Thermopalpatio*. Orvosi Hetilap 1889. (Ugyanez németül a „Deutsches Archiv f. klin. Med.“ 46. kötetében jelent meg.)

Mult években ismét egy mondhatni sensatiós felfedezést tett, a mit először csakis velem, az ő „kedves tanár barátjával“ közölt s ez abban állott, hogy festőszerekkel praeparált papirosokat fektetett a szívtájra élön s a szív határait színváltozásokban tudta fixálni. Ugyancsak üveglemezeken is tudta azokat rögzíteni. Sajnos, hogy több rendbeli sürgetésemre sem közölte ez igen fontos s a gyakorlatra nagy fontosságú, bár szerinte is még tökéletesítendő módszert. Végre mégis, hogy nyoma legyen felfedezésének, 5—6 soros közlemény közzétételére kérte fel e lapok szerkesztőjét s a rövid értesítés az Orvosi Hetilapban akkoriban meg is jelent, de sajnos, hogy ott részletezve az eljárás nem levén, e fontos felfedezés is vele együtt sirba szállt.

További értekezései a következők: *A pilocarpium muriaticum hatása Morbus Brightiánál; Az oedemák kiürülését bevezető vérsűrűségi változások*. (Orvosi Hetilap 1888.) *Mogyorónagyságú solitaer gümő a jobboldali gyrus paracentralisban. Pneumothorax szivbaj következtében. Loocsanó szivhangok*. Orvosi Hetilap 1888.

Erdemeinek elismerésül az orvoskari tanártestület 1889-ben magántanárrá képesítette s előadását ugyanaz év június 14-dikén tartotta: „*A szíbillentyű-bántalmak diagnostikájáról*“. A tanári kar képesítését „jeles“ osztályzattal terjesztette fel.

A klinikát elhagyva majd Budán, majd későbbben a Terézvárosban rendőrorvossá neveztetett ki s betegsége, mely egészségét egészen aláásta, ott ez állása alatt, különösen a cholera idejében, midőn szigorú ellenőrzéssel bízott meg és sem éjjele, sem nappala nem volt, tört ki nagyobb fokban, de már régente lapangott benne. Már assistens korában erős neuralgiái voltak s feltünő halvány színezete elárulta azt, hogy nem egészen egészséges ember; csakhamar nagyfokú asthmás rohamokban is szenvedett, a melyeket némelyek a felette sok elszítt virginia szivarnak voltak hajlandók tulajdonítani, míg ő azokat emphysemától származtatta s a szt. Gellérthegyen való gyors sétákkal coupírozta.

Mintegy 2 év óta azonban nagyfokú idegessége mellett phthisis támadta meg s jól tudtuk, hogy napjai meg vannak számlálva. Egyszer a Rivierán azután Arcóban keresett enyhülést, a mit kisebb-nagyobb fokban meg is talált. Midőn Arcóból hazajött, meglátogattam, igen köhögött, arca palaszürkés-sárgás volt s beesett; láttam rajta ülni a biztos halált; ő bár remélt enyhülést a magas Tátrától, a hova készült, de nagyon hidegen s bátran kijelentette előttem, hogy ő állapotát jól ismeri s nem fogja azt



fel oly tragikusan, s hogy az élethez öt csakis szeretett neje és gyermeke köti. Ebből láthatjuk, hogy ő már, mielőtt családja lőrinczi nyaralójába kiment, el volt mindenre készülve.

Bár mindnyájan tudtuk, hogy el van veszve, halálának híre mégis lesújtó volt mindenkire s főleg reám, egykori főnökére, ki benne egyik legkitünőbb tanítványomat s legnemesebb barátaim egyikét veszítettem. Köny esordult szemembe, midőn a hírt hallám, s most is, midőn e sorokat a Balaton partján írom, a hol több ízben meglátogattam, s a hol a kék ég, a nagy víz, a himes rét, vagyis az élet oly mosolygással intett felénk, s a hol nem gondoltunk a memento mori-ra, nem arra, hogy a lét öléből a halálnak csak egyetlen kaecintása is kiszóllt bennünket. Éljen soká közöttünk a kitünő tudós, a jó collega és a hű barát emlékezete. Adjon neki az ég és föld békés nyugodalmat.

Thanhoffer dr.

## Újabb külföldi úton tett tapasztalataim.

Thanhoffer Lajos dr., egyet. ny. r. tanártól.

(Vége.)

11. *Zürich.* A zürichi anatómiai intézet a technika mögött, a Cantonspital végén van a kórbonczani intézet előtt elhelyezve. Tanára a kitünő histologus *Stöhr*. Assistense *Felix* dr. 1200 frankkal dotált intézeti praeparatora van (*Jean Keller*) és assistense. Költő-kályhával a bacteriologiai kutatásokhoz való thermostatot használ. Érdekes hogyan teszi el a paraffinos készítményeket sok rekeszű skatulyákba későbbi használatra és hogy miként demonstrálja hallgatóinak drót mutatóival a bemutatott tárgy egyes helyeit. Megtanítottam őt arra, hogyan kell, mint már intézetemben 8—10 év előtt behoztuk, a paraffinos készítményeket minden xyloban való kiáztatás nélkül egyszerre mindjárt a metszés után xylolos damarlakba elzárni; valamint *Weigert* velem közölt módszerére is, hogyan kell az immersiók használata után a fedőüvegről a xylolt eltávolítani (l. fentebb); valamint több fogást tanultam én is viszont tőle a tanítás intensivebb tételére. A holttesteket carbol-glycerinnel fecskendezik be. *Stöhr* készítményeimet igen alaposan megtekintette és kifogásolta, hogy congressusokra nem járok s ott nem mutatom be készítményeimet, a melyeknek így minden tekintetben hitelt ad.

12. *Innsbruck.* Az innsbrücki intézet egyike a legesinosabb és jól berendezett intézeteknek. Tanár *Roux*, a kit ott létemkor hívtak meg *Halle* ba *Eberth* helyett boncztanárnak. *Eberth* ugyanis visszament ismét régi szakmájára, a kórboncztanra. Mellette a histologiai tanítja mint rk. tanár *Herschner* dr., most helyettese; továbbá mint rendes tanár *Nervini* dr. tanítja ott az embriologiai. A bonczani intézet II. emeletének felét e két utóbb nevezett tanár, másik felét pedig a pharmacologia tanára foglalja el. E szerint a souterrain, a földszint és I. emelet szolgálnak kizárólag a boncztan oktatására és búvárlására.

Az egész intézet, még a szolgálakása és a pineze is elektromosan van világítva. A bonczoló asztalok tömött márványtalajúak, mint *Bécsben*. Igen czélszerű mosdók, hullamosók, gyors hevítők és öblítők vannak minden helyiségben s ott, hol bonczolnak, mindenütt aszfaltozott podium van alkalmazva lefolyóval. Szekrényei is a czélnak igen megfelelőleg vannak alkotva. Ismétlődő szoba, nagy és kis bonczoló termek s az assistens és tanár számára külön-külön dolgozó helyek és tágas muzeum van az intézetben. A bonczoló teremben naponként 60—70-en dolgoznak (200-an vannak beiratkozva) s benne a 8 márványasztalon kívül 4 mosdó s belek, szervek mosására szekrényben elzárható mosdók vannak alkalmazva; nemkülönben víznyomásra berendezett kitünő, vasból szerkesztett felhúzó gép van használatban. Az ablakok felső kettős táblája a szobából vasrúd-constructio által nyitható és zárható.

A muzeumban láttam először *Strasser* és *Gassmann* új eszközét, a melylyel a mozgásoknál az izmok actióit lehet feltüntetni, s a melyről a következő műben tettek ők jelentést: „Hülfsmittel u. Normen der Bestimmung und Veranschaulichung der Stellungen, Bewegungen etc.“ 1893. (Merkel és Bonnet Anatom. Hefte-jéből); valamint jó gypsmodelleket láttam ott a

muzeumban. Végül a souterrainben a holttest hosszú időre (novembertől-augusztusig) való conserválási módját láttam ott, a mely a következő. A messziről (többnyire Klagenfurtból) pléh és faladában hozott holttestet 4 liter glycerin, 800 ccm. carbolsav és 600 ccm. alkohol-keverékkel befecskendezik; erre ugyanez oldatba mártott kőczezal takargatják be az egész testet s végül bepólyázva, szekrényekbe vagy nyitott polczokon a pinezében helyezik el. Egy rakás holttestet láttam ott így kezelve s azoknak semmi rothadási szaguk nem volt.

13. *Grác.* Grác egyetemi képe nagyon változott néhány év alatt. Ugyanis remek egyetemi központi épülete van: „Hauptgebäude der Universität“ ezímen a következő felirással: „Universität litterarum Carola Franciscæ“. Ez épület a mult nyáron lett készen s 1895. június hó 4-dikén avattatott fel ünnepélylyel, a melyről a „Festschrift“ emlékszik meg. Jobbról tőle a chemiai, általános és kísérleti kórtani, balról pedig a természettani intézet van, míg kevéssel messzebb a *Harrachgassen* levő kertben a bonczani és élettani intézetek vannak egy 2 emeletes épületben elhelyezve. A bonczani intézet 6 év előtt át lett újból építve és czélszerűen berendezve. Igazgató-tanár *Holl* dr. A berendezés a szokott: bonczteremmel, tanári, assistensi dolgozókkal, muzeummal, stb. A muzeumban érdekesek a könyutak befecskendezett készítménye, *Eberstaller* agykészítményei és az előbbi tanár, *Zuckerkanndl*, most bécsi tanár, igen szép agyidegpraeparatuma. A souterrainben a szokásos maceráló készületeken különösen érdekelt a mérlegszerű és vízesurgással regulázható gázvezeték.

\*\*\*

A mi 2 havi utazásom alatt tett tapasztalataim alapján a tanítást, a dotatiókat, a berendezést, a tanító személyzetet stb. illeti, azt a következőkben foglalhatom egybe:

1. Mindenütt, még a legkisebb intézet berendezésén is lehet okulni; azért az ilyen állami utaztatások többször is haszonnal járnának minden szakmát illetőleg.

2. Meggyőződtem, hogy gyakorlati szakmák laboratoriumi oktatásánál, de különösen a bonczannál és kísérletek közben, de meg tanterekben is mennyire fontos az elektromos világítás.

3. Meggyőződtem, hogy dotatióra nézve a világon legszegényebbul vagyunk mi budapesti egyetemi tanárok (bizonyonyal Kolozsvár is). Így Berlinben az élettani és physikai intézet évi dotatiója 22,000 márka; a würzburgi anatómiai intézeté 16,000, a Strassburgié 8000—11,000 márka stb.

4. Minden anatómiai intézetben van 2 assistens, egy prosector, többnyire rk. tanári fizetéssel, sok helyütt 1—2 rk. tanár (egyik topographiát, a másik a szövettant vezeti), custos, praeparator, modelleur, gépész, photograph, állandó rajzó alkalmazva.

5. Mindenütt a világon emelni igyeksenek előléptetések, fizetésemelés, vagy címek által a tanárok állás-niveaúját. Még a dorpatii állatorvosi tanintézet volt igazgatója is valóságos Staatsrath volt.

Ezeknek megfelelően külföldön belterjesebb is a munka, többen is dolgoznak, nagyobb is levén a megélhetési és elismerési kilátás.

## Heti szemle.

Budapest, 1896. június 25-dikén.

**Budapest székes főváros közegészségi állapota 1896. évi április hóban.** A tisztii főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz általános halálozás tekintetében a nagyobb mértékben történt légzőszervi bántalmakbani halálozás folytán kevésbé volt kedvező. Elhalt e hóban 1426 egyén. A heveny ragályos kórok lényeges eltérést nem mutatnak. Elveszületett e hóban 1763, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 125 egyén levonásával 1426, így a születések 337-tel multák felül a halálozási esetek számát. A kötelezőleg fennálló bejelentések szerint a heveny ragályos kórok betegedési esetei következő számmal fordultak elő: hasi hagymáz 40, hólyagos himlő 11, álhimlő 1, báránymimlő 56, vörheny 113, kanyaró 654, ronsoló toroklob és torokgyík 94, számarhurut 50, gyermekágyi láz 9, orbáncz 90, trachoma 92, járványos fültömrigy-gyuladás 18, járványos gerinczagy gyuladás 7. Április hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6944 fekvő és 7572 járóbeteg. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 749 fekvő és 2073 járóbeteg, összesen 2822. Április hóban a lipótmezei országos tébolydában 829, az angyalföldi elmebeteg



ápolásban 319, az irtalmasoknál 196, a megfigyelő osztályon 132, dr. Schwartz-féle elme- és ideggyógyintézetben 142 elmebeteg ápolatott. A székes fővárosi „Erzsébet” szegényházban 916 egyén közül beteg volt 392 (elme- és eskóros 163), a székes fővárosi „Josephinum” fiárvaházban 105 növendék közül 2 volt beteg; a „Klotild” szeretetházban 58 növendék közül, a „Mayer”-féle árvaházban 72 növendék közül 4 volt beteg, az „Elisabethinum” leányárvaházban 108 növendék közül 1 volt beteg. A lelecz és dajkaságba adott gyermekekre nézve a budapesti első gyermekmenhelyben április hóban ápolatott összesen 373 gyermek. A székes fővárosi összes kerületeiben volt 1027 csecsemő, lelecz és árva. Hét éven aluli gyermekeknél a gyógykezelés elmaradt 12 esetben. Beoltott 40 fiú, 53 leány, összesen 93, újraoltott 659 fiú, 317 leány, összesen 976. Ebmarás előfordult 10, veszett ebmarás 3 esetben. Macskamarás 1 esetben. A köztisztaság általában kielégítő volt. A vízvezetési víz jó volt. Kéjnő vizsgáltott 1149 (bordélyos 440, magán 582), ezek közül kórházba küldetett 127. Orvosrendőri boncolás végeztetett 77, orvostörvényszéki 36 esetben. Öngyilkosság 16 esetben fordult elő, még pedig: lővés 7, akasztás 4, mérgezés 3, egyéb módon 2. A Dunából 2 hullá fogatott ki. A kerületi szülésznek e hóban 70 szegény szülőnőnél segédkeztek. Egyéni fertőtlenítés alatt volt 150 személy. Gőzzel fertőtlenített összesen 13,183 drb. tárgy. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Andreánszky Jenő, Lipscher Sándor, Thassy Béla, Nobel Róbert, Rechaitz Emil, Gerő Leó, Mészáros Gábor, Schwartz Lajos, Gebhardt Xávr Ferencz, Goldner Adolf, Matinszky Sándor, Gerő Armin, Rajmann Kálmán, Dembitz Sándor, Herczogh Adolf, Horovicz János, Nagy Lajos, egyet. orrostudorok és 4 szülész.*

### Vegyesek.

Budapest, 1896. június 25-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. június 7-dikétől június 13-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 362 gyermek, elhalt 269 személy, a születések tehát 93 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 7, hökhurut —, kanyaró 6, vörheny 6, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 5, agykéreg 21, agyvérömleny 6, rángások 9, szervi szívbaaj 10, tüdő-, mellhártya- és hörglob és hörgurut 49, tüdőgümő és sorvadás 46, bélhurut és bélob 15, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 1, Brighth-kór és veselob 6, angolkór 3, görvélykór —, velszületett gyengeség és alkathiba 19, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 8, erőszakos haláletet 14. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2143 beteg, szaporodás 716, csökkenés 762, maradt e hét végén ápolás alatt 2097. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1896. június 17-dikétől június 24-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 15 (meghalt 2), himlőben 1 (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 2, vörhenyben 45 (meghalt 8), kanyaróban 90 (meghalt 2), ronesoló toroklobban és torokgyikban 16 (meghalt 2), trachomában 16, hökhurutban 17 (meghalt —), orbánczban 21 (meghalt 1), gyermekágiilázban 2 (meghalt 1).

— Lange Károly dr. honvéd ezredorvost a pénzügyminister a szőlaknai bányahivatalhoz bányaróvossá nevezte ki.

— A budapesti önkéntes mentő-egyesületet május hóban összesen 1293 alkalommal vették igénybe.

— A háromszékvármegyei „Ferencz József-kórház”-ban az 1895. évben *Daday Vilmos* dr. kimutatása szerint összesen 641 beteget (430 férfi és 211 nő) ápoltak. A halálozási százalék 6.2 volt. Sebészeti műtétet összesen 148 esetben hajtottak végre.

— A nagykárolyi nyilvános közkórházban — a mint azt *Aldor Adolf* dr. kórházi igazgató-főorvos kimutatásában olvassuk — az 1895. évben összesen 893 beteget (451 férfi és 442 nő) ápoltak. A halálozás 5% volt. Egy betegre átlag 21 ápolási nap esett. Nagyobb sebészi műtét 42 esetben, szemészeti pedig szintén 42 esetben végeztetett.

— A kolozsvári „Karolina” országos kórházban *Engel Gábor* dr. igazgató kimutatása szerint az 1895. évben összesen 2709 beteget (1530 férfi és 1179 nő) ápoltak. Egy betegre átlag 24.83 ápolási nap esett. A halálozás 5.79% volt. Sebészeti műtét 761 esetben, szemészeti pedig 101 esetben végeztetett. Az országos kórházban elhelyezett egyetemi klinikákon összesen 9883 bejáró beteg kezeltetett és pedig a belklinikán 3814, a sebklinikán 3726, a szemklinikán 1748, a bőr- és bujakórházban pedig 595.

— Megjelent és a szerkesztőségnek beküldött füzetek: Temesvár szab. kir. város területén építendő új városi közkórház előmunkálatai. Kiadta a városi tiszti főorvosi hivatal. Temesvár. 1896. — Temesvár szab. kir. város vízzel való ellátásának előmunkálatai. Első füzet. 1896. — Magyar fürdők és ásványos vizek. Az ezredéves országos kiállítás alkalmából a magyar szent korona országai balneológiai egyesületének megbízása folytán összeállította *Boleman István* dr. Budapest, 1896. — *Thuróczy Károly*: Nyitra vármegye 1895—1896. évben épült érsekújvári közkórházának leírása. Nyitra. 1896. — *Thim József*: Az egészségügyi közigazgatás kézikönyve, különös tekintettel a gyakorlati eljárásra. 1. füzet. Zombor, 1896.

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.

**Téli kura**  
rheuma, köszvény,  
ischias stb. ellen.  
Szt.-Lukácsfürdő

r.-t Budapest.

**Kénes iszapfürdő,**

douche-massage iszapborogatások. Meghűlés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olesó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla* dr. Prospektust küld az igazgatóság.

### HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

## BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikusavanyuvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenként növeli elismert jó hírnevét s azonkívül a legkitűnőbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L. úr ivócsarnokában** a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

**Pastilles digestives de Bilin**  
(Bilini emésztési cukorkák) biztos szer mindennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

**EDESKUTY L.** cs. és kir. és szerb kir. udv. szállítónál BUDAPESTEN.

Kapható azonkívül minden gyógyszerárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. Pastilles de Bilin a legtöbb gyógyszerárban és gyógyszerár-kereskedésben.

**AUSSEE,**

Dr. **SCHREIBER ALPENHEIM-je,** hidegvizkúra, lúgsó-fürdők, gyógygymnastika, hiszáló-kúra. — **Június 1-től októberig.** — 5

Modern, minden orvosi segédeszközzel berendezett magángyógyintézet sebészi és belbajos betegek számára,

BÉCS, Schmidgasse 14 (előbb dr. Eder).

Kitűnő ápolás. Mindenemű felvilágosítással készségesen szolgál a tulajdonos és orvosi igazgató

**Dr. Julius Fürth.**

BUDAPEST, V. kerület, Erzsébet-tér 8. szám

**DR. REICH MIKLÓS**  
TESTEGYENÉSZETI ÉS GYMNASTIKAI  
GYÓGYINTÉZETE

BUDAPEST, V. kerület, Erzsébet-tér 8. szám

**DR. DOLLINGER GYULA**

TESTEGYENÉSZETI  
ÉS  
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST

VII., KEREPESI-ÚT 52.