

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM  
II. SEBÉSZETI KLINIKUS

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Faragó Ödön: A diphtheria ellenes serumtherapia értékének kritikai méltatásához. 161. l.  
Müller Kálmán: A dyspepsia praetuberculosa. 163. l.  
Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról. (Kétly Károly tanár.) A Basedow-kórról. 164. l.

Tárca. Högyes Endre: Elnöki megnyitó a magyar orvosi könyvkiadó társulat 1898. márczius 30-dikán tartott közgyűlésén. 165. l.  
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Dr. Julius Glaz: Lehrbuch der Balneotherapie. 167. l.  
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Külföldi egyetemek. — Az orosz egyetemi hallgatók sorsa. — Megbízások. — Kötüntetés. — Herezet dr. — Kuthy Dezső dr. — Szt. Lukács-fürdő. 168. l. — Pályázatok. — Hírdetések.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adatok a diphtheria-ellenes serumtherapia értékének kritikai méltatásához.

Faragó Ödön dr., Szeged szab. kir. város tiszti főorvosától.

Azon számtalan kérdés közül, mely a felszinen levő kérdések között a gyakorlati orvoslással foglalkozó szakférfiakat különösebben érdekli, elsősorú helyen áll a diphtheria-ellenes serumtherapia kérdése.

Nem ezélem ezúttal azon nagyobbára kedvező kísérleti eredményekkel foglalkozni, melyek a helyi és külföldi szak-sajtóban egyaránt ismertette lettek: hanem feladatombul tűztem ki a serumtherapia értékét azon adatok alapján tenni objectiv kritika tárgyává, mely adatokkal az immáron közel száz-ezernyi lakosságú Szeged szab. kir. város rendelkezik.

Szeged ugyanis a székesfőváros után egyike azon első — vagy legalább is a legelső — városoknak, melyekben a heveny-ragályos betegségeknek törvényileg kötelező bejelentése úgy a roncsoló toroklob ellen hozott 10,395/893. számú, mint általában a ragályos kórok bejelentése tárgyában kiadott 91,954/1894. számú belügyministeri rendeleteket jóval megelőzőleg már életbe léptette volt.

Az 1876. évi XIV. t. cz. 80-dik §-ának szigorú végrehajtása s így a bejelentési kötelezettség életbeléptetése tisztí működésem első teendői közé tartozván: azon kedvező helyzetben vagyok, hogy a roncsoló toroklobos megbetegedések s halálozások számának összehasonlítása tekintetében már az 1890-dik év II-dik felétől kezdve rendelkezem adatokkal. Minthogy azonban a csonka 1890-diki év megbetegedési adatai a kritikai méltatásra nem nyújtanak eléggé felhasználható támpontokat: ennél fogva fejtegetéseim tárgyát tulajdonképp az 1891-diki évtől 1897. december hó végeig tartó 7 egymásutáni év fogja képezni.

\*\*\*

Valamely alkalmazásba vett új gyógymód értékének elbírálásánál a gyakorló orvos előtt az a főkérdés: hogy vajjon a tudomány akkori álláspontja szerint indokolt s a megbízható szakférfiak által ugyanazon időben legkiterjedtebben alkalmazni szokott gyógymód, vagy gyógymódokkal szemben az új eljárás minő gyógyulási eredményt mutat fel? Ezen kérdés eldöntésénél kétségkívül a legnagyobb fontossággal bír azon adatoknak ismerete, melyek az illető betegség halálozási viszonyaira vonatkoznak. Ha tehát valamely betegség halálozási viszonyai egy bizonyos gyógymód alkalmazása óta feltűnő javu-

lást mutatnak, s ha az új gyógyítási mód szerint kezelt betegek elhalálozását jelentő relatív halálozási szám *nagymérvű csökkenést* tüntet fel azon halálozásokkal szemben, melyek ugyanazon időszak alatt olyan betegeknél következtek be, kik ezen gyógymódban nem részesültek: akkor ezen adatok birtokában joggal lehet az illető gyógymód értékére következtetést tenni.

Úgy hiszem, hogy ezen tétel felállításának helyessége tekintetében a nézetek alig divergálhatnak. Más kérdés azután az, hogy a levont következtetések értékét támogatni hivatott statisztikai adatok olyanok-e, melyek megbízhatóságához kétely nem fér, vagy oly irányban gyűjtettek-e, mely irány a felállított tétel bizonyítására alkalmas alap gyanánt elfogadható? Minden esetre igaz azonban az, hogy valamely bizonyítás csak annyit ér, mint a mennyi értéket a bizonyítékok képviselnek.

És én részemről csakis oly bizonyítékokkal állhatok elő, melyek a *közigazgatási élet keretében* gyűjthető s lelkiismeretesen feldolgozott adatokon alapulnak.

Minthogy pedig a kérdés tisztázása végett felette kívánatos, hogy *adatait mentél több város ismertesse*: ugyanezen indokokból ime előllok én is az enyéimmel.

Kinek-kinek szabad a tér úgy hinni bennök, mint a mennyire meggyőzők!

\*\*\*

Hogy ha a roncsoló toroklob okozta *halálozási* számokat vizsgáljuk, úgy azt látjuk, hogy Szegeden ezen betegségban 1891-től 1894-ig, vagyis azon idő alatt, a mikor a gyógyszer még nem, vagy nálunk csak kivételesen alkalmaztatott (1894), elhalt:

1891-ben . . . . .	106
1892 „ . . . . .	224
1893-ban . . . . .	343 <sup>1</sup>
1894-ben . . . . .	296

A mint az I. számú táblázaton látható, a *diphtheria-halálozás 1891-től bezárólag 1893-ig évről évre és pedig nem csak relative, de absolute is emelkedett*. Igaz, hogy 1894-ben esökkenni kezdett az abszolút halálozás, de még mindig ma-

<sup>1</sup> Az 1892 és 1893-dik évek betegedési és halálozási számai eltérők az ugyanezen évekről egybeállított belügyministeri jelentésekben található adatoktól. Ez évi belügyministeri jelentésekben ugyanis az illető címek alatt nem az egész évi, hanem csak azon roncsoló toroklob betegedési és halálozási adatok vannak feltüntetve, melyek az év közben előfordult járványok alatt kimutatva lettek. A fent kimutatott halálozások számának helyességét azonban a belügyministeri jelentés „halál-okok” táblázata bizonyítja.



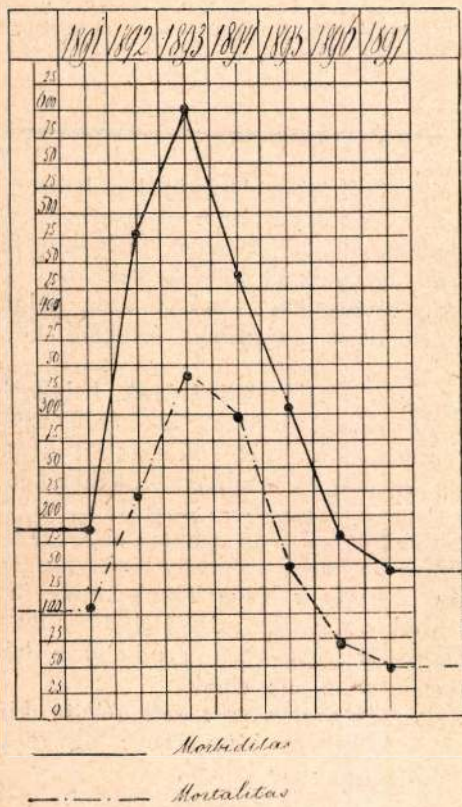
gasabb volt az, mint a 80-as évek, valamint az 1890 és 1891-diki évek diphtheria-halálózása! Az a statistikai tényeken alapuló vélemény tehát, mely azon mindenképen magas színvonalú eszmecsere közben, mely a kir. orvosegyesületben az elmúlt év utolján kifejezést nyert, hogy t. i. a roncsoló toroklob-halálózás az egész országban, úgy mint magában Budapesten is már a serum alkalmazását megelőző években — és pedig 1892-től kezdve — csökkenni kezdett s ez a csökkenés a genius epidemicus gyengülésének volna tekinthető: ez a vélemény — mondom — Szegedre vonatkozólag meg nem állhat. A serum alkalmazását közvetlenül megelőző évek nagy halálózása tehát semmikép sem volna kedvező egy oly feltevés megerősítésére, mintha a serum kiterjedtebb alkalmazásával egyidejűleg beállott nagy mérvben csökkenő halálózás az enyhülő diphtheria-ragály folytán s önmagától is bekövetkezett volna. Mert, a mint láttuk is, a diphtheria-halálózás Szegeden bezárólag 1893-ig nemesak, hogy nem

megbízható adatokkal 1894-ről visszamenőleg nem rendelkeznek.

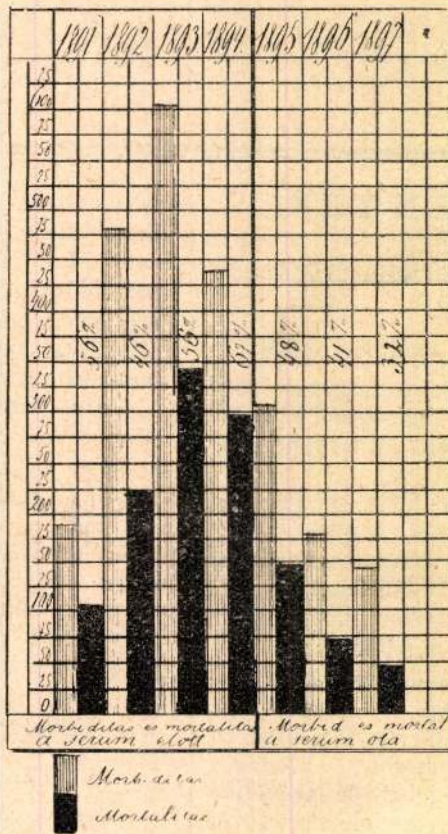
Távolról sem akarom azonban a betegedések és halálózások számának — de csak az 1894. évtől kezdve — nálunk is mutatózó apadását bármiféle elmagyarázással értékében csökkenteni. Úgy veszem a dolgot, a mint van. Tehát azon évben, melyben mi itt Szegeden a serumot csak elvétve használtuk, a diphtheria-betegedés és halálózás már magától csökkenni kezdett.

Volt ugyanis megbetegedés:

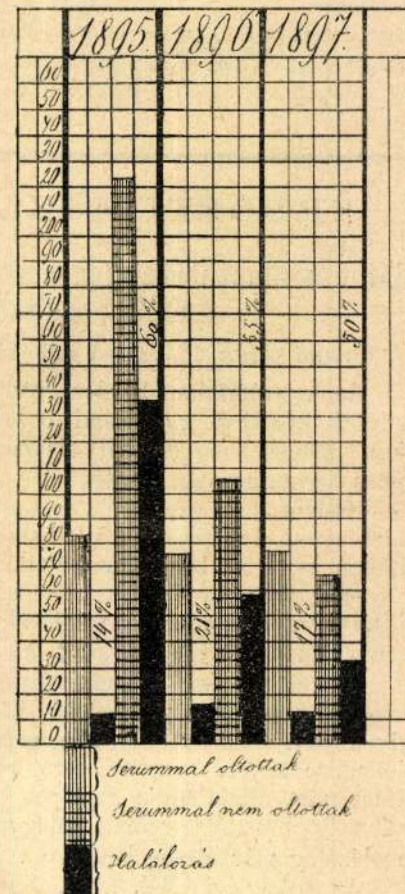
1891-ben	188
1892-ben	480
1893-ban	604
1894-ben	437
1895-ben	307
1896-ban	180
1897-ben	142



I. tábla.



II. tábla.



III. tábla.

csökkent, de folytonosan emelkedett; 1894-ben pedig, a midőn az absolut szám fogyni kezdett, a halálózási százalék eddig még soha nem észlelt magasságra hágott.

A miket a serumelőtti diphtheria-halálózásokra vonatkozólag kimutattam, állanak ugyanazok a diphtheria megbetegedésekre is. Az I-ső számú táblázat azon betegedéseket tünteti fel, melyek 1891-től kezdve 1897. végéig a törvényhatóság területén előfordultak. Ezen morbiditási görbe igen világosan mutatja, hogy 1892 és 1893-ban mily rohamosan emelkedett a megbetegedések száma s az 1894. és 1895. évek csökkenni kezdő megbetegedései még mindig jelentékenyen nagyobbak voltak az 1891. év betegedési számánál.

Az a tapasztalat tehát, hogy a diphtheria megbetegedések az egész országban és Budapesten jóval előbb hanyatlani kezdettek, s hogy 1892. óta folyton csökkennének: Szegedre vonatkozólag szintén nem áll. S ha ez így van nálunk, épen nincs kizárva, hogy így lehetett az ország több más városában is. Csakhogy ezt nehéz bizonyítani, mert a legtöbb városban a roncsoló toroklob és a többi ragályos betegségek kötelező bejelentését csak az 1893. és illetve 1894. évi kormányhatósági rendeletek után kezdték meg s így

Feltehető volna ezek után, hogy a megbetegedések s halálózások csökkenése — ha 1892-től nem is — de 1894-től kezdve a genius epidemicus enyhülését jelenti. De vajjon a betegedési számok csökkenése maga után vonta-e a halálózási százalék csökkenését? Nézzük újból a számokat és pedig az összehasonlítás kedvéért ismét 1891-től kezdve. (II-dik tábla.)

1891-ben meghalt	106	= 56%
1892 „ „	224	= 46%
1893-ban „ „	343	= 56%
1894-ben „ „	296	= 67%
1895 „ „	148	= 48%
1896-ban „ „	74	= 41%
1897-ben „ „	46	= 32%

Látjuk tehát, hogy a halálózási százalék sohasem volt még Szegeden akkora, mint azon évben, melyben a serumot mi még csak alig 1—2 esetben kezdtük alkalmazni. És feltevé, hogy már 1894-ben a serum kiterjedten alkalmaztatott,

<sup>1</sup> A százalék kiszámításánál a tizedes számértékek a könnyebb áttekinthetőség kedvéért egyáltalán elhagyattak.



a relativ halálozás, mely feltűnően esett volna: úgy bizonyára senkinek sem lenne joga a diphtheria-ragály *enyhüléséről* beszélni akkor, a mikor a halálozási százalék a megbetegedéseknek 67%-át tette ki.

A serum alkalmazásának idejével egybevetőleg azonban úgy a megbetegedések, mint a halálozások száma rohamosan fogyni kezdett. Hogy a betegedések száma évről évre így csökkent, ehhez természetesen a serumnak semmi köze. De, hogy vajjon a halálozás a serum alkalmazása nélkül is így fogyott volna-e? azt az alábbiak fogják a legjobban megvilágítani.

Minnek utána már fentebb kimutattam, hogy milyen volt a serumelőtti évek absolut halálozása, vizsgáljuk meg azt is, milyen volt a serumévek *relativ* halálozása? (III. tábla.)

1895-ben serummal kezeltetett	83,	meghalt	12 = 14%
1896-ban " " "	75,	" "	16 = 21%
1897-ben " " "	76,	" "	13 = 17%

Ugyanezen időszak alatt a *serummal nem kezelték* halálozási aránya volt:

1895-ben 224 serummal nem kezelt közül meghalt	136 = 60%
1896-ban 105 " " " " " "	58 = 55%
1897-ben 66 " " " " " "	33 = 50%

Minthogy tehát az 1895., 1896. és 1897. években serummal nem kezelték halálozási százaléka nem, vagy csak alig-alig mutat jobb viszonyokat ahhoz képest, mint a milyen halálozási viszonyok (II. táblán 1891-től 1894-ig) közvetlenül a serum alkalmazása előtti években mutatkoztak, ezek után alig hinném, hogy akada valaki, a ki Szegeden a diphtheria-ragály számba vehető enyhülését elhitetni s állítását objectiv alapokon megindokolni is tudná! Nem volna pedig megindokolható annyival kevésbbé, mert az a körülmény, hogy a betegedések és halálozások absolut száma következetesen fogyóban van, egyszersmind *nem azt jelenti, hogy a halálozási százalék is csökkent s így a diphtheria virus szükségkép enyhült*, hanem inkább azt, hogy a pontosabban véghez vitt óvó intézkedések a ragály terjedését s a betegedési szám növekedését meggátolják.

(Folytatása következik.)

## A dyspepsia praetuberculosa.

Müller Kálmán dr. egyetemi ny. rk. tanártól.

(Vége.)

A vázolt, egymástól néha meglehetősen eltérő vizsgálati eredményekből, a mint látható, biztos következtetések a phthisikusok dyspepsiájára nézve nem igen vonhatók le, annyi azonban mindenesetre mondható, hogy ezen tünetsoport *egy, általános érvényességű alapon nem igen magyarázható*. Vannak esetek, melyekben a gyomor chemismusa megváltozott, anatomikus elváltozások kapcsán, vagy ilyenek nélkül; és vannak — bizonyára nem kisebb számban — olyan esetek, hol a dyspeptikus zavarok sem vegyi, sem bonczani elváltozásokra nem vezethetők vissza. Az ily esetek értelmezésére némelyek azon régiebb szerzők (Budd, Bourdon) magyarázatát említik, hogy a nervus vagus tüdőbeli rostjai az ott lefolyó izgalmat a központba s innét reflectorice a gyomorvégződésekhez vezetik. E theoria ellenében jogosan veti fel Fenwick, hogy miért nem észlelhetők ily reflex jelenségek ily gyakran egyéb tüdőbetegségeknél is. Még kevésbbe fogadható el azon magyarázat, hogy a nervus vagus törzsének a megnagyobbodott mediastinalis mirigyek által való direct nyomása (Peter stb.) eredményezné a gyomortüneteket, noha újabban (1893.) egy bonczolt esete alapján ezen magyarázatnak kel védelmére Potain is. Egyes klinikusoknak az az állítása, hogy a tuberculosishalál fennálló anaemia oka a gastrikus zavaroknak (Trousseau, Sée, Marfan stb.), sok esetben bizonyára talál és mindenesetre figyelemre érdemes, érdemes erre különösen a kezelés módja miatt. Csakhogy egyrészt ezen anaemia sem mindig a primacr ok, sőt akárhányszor csak később — esetleg a kezelésnek nem megfelelő módja folytán — fejlődik; másrészt pedig sok esetben az anaemia foka és a dyspepsia

intenzitása közt hiányzik az arányos összhangzás; t. i. az utóbbi sokszor igen jelentékeny, míg az előbbi látszólag teljesen hiányozhat (Fenwick).

E szerint tehát, bár az okozati összefüggés a tuberculosishalál és dyspepsia közt kétségtelen, hiszen legjobban bizonyítják ezt azon esetek, melyekben a tuberculosishalál folyamat javulása után a dyspeptikus tünetek is megszűnnek, mindazonáltal ezen összefüggés *tulajdonképeni lényegét* általános érvényben értelmezni nem tudjuk, ez — az adott egyes esetben — ma még sokszor nyílt kérdésnek tekintendő.

Kórtani szempontból érdekesebb, diagnostikai szempontból még nehezebb és a gyógyítás szempontjából a bántalom fejlődési menetére és így a beteg további sorsára sokkal nagyobb horderejű azonban azon dyspepsia esetek elbirálása, melyek oly egyéneknél kerülnek észlelés alá, *kiknél a tüdőtuberculosis physikalisi jelei még egyáltalán nincsenek nemcsak kifejlődve, de még jelezve sem* (úgynevezett praetuberculosis, praephthisikus dyspepsia).

Már e század elején, különösen angol szerzők (Wilson, Philips, Todd, Clark, később Budd, Hutchinson stb.) hangsúlyozták, hogy sokszor a phthisist súlyos és tartós indigestio előzi meg, hogy az ily módon kifejlődő cachexia volna a tuberculosishalál oka, hogy a dyspepsia némely esetben phthisist okoz, azt megelőzi és bevezeti. Az újabb szerzők közül pedig Fenwick gazdag tapasztalatok alapján igen behatóan foglalkozik a praetuberculosis dyspepsiával.

Különösen ki kell emelnem, hogy nőknél a 13—25-dik életév közt ezen alak különösen gyakori. A gyomortünetek rendszerint valamely heveny lázas — igen számos esetben váltólázasanak, vagy legutóbb influenzának állított — megbetegedés után a reconvalescencia időszakában jelentkeznek először. Az étvágy csekély, néha szeszélyesen változó, esetleg teljesen hiányzik; evés után gyomorfájdalmak jelentkeznek, émelygés gyakori, a belek részéről rendszerint obstipatio van jelen. A kedélyállapot állandóan deprimált, a táplálkozás szenved és bár soványodás rendszeren csak később áll be, egyes esetekben a betegek hirtelen lesoványodnak. A menstruatio ezen idő alatt rendetlen, néha szünetel, a mely utóbbi tünet a többiek kapcsán már bizonyos jelentőséggel bír. Ez az állapot néha egy-két évig is elhúzódhatik, míg végül — köhögés, éjjeli izzadás stb. kíséretében — a tüdőbeli megbetegedés jelei mutatkoznak.

Férfiaknál szintén nem ritka a praetuberculosis dyspepsia. Rendszerint valamivel később, úgy a 25-dik életéven túl szokott fellépni. A tünetsoport ugyanaz, esetleg a fájdalmak és hányás gyakoribbak (úgynevezett irritabilis alak Fenwick szerint az előbbi atonikussal szemben). A kedélyállapot inkább izgatott, a beteg nyugtalan, türelmetlen, állandóan gyengének érzi magát, inkább egy neurasthenia gastrica kórképe. Különösen feltűnő Fenwick szerint egyes zsíros táplálékok iránt tanúsított ellenszenv úgy ezen, mint az atonikus alaknál. Néha apróbb remissiók mutatkoznak, a gastrikus zavarok csökkennek, hogy csakhamar újult erővel ismét fellépjenek, míg végül itt is kezdenek a tüdők részéről characteristikus tünetek mutatkozni. Hőemelkedés mindezeig egyik alaknál sem mutatkozik sohasem.

A gyomor chemismusában néha ily eseteknél is található változás; előfordul — majdnem csak kivételesen — csökkent, de sokkal gyakrabban fokozott aciditás, továbbá motorikus insufficiencia különböző fokozatban, de néha találunk normalis viszonyokat is.

Be kell vallanunk, hogy az ilyen praephthisikus dyspepsiák végökének értelmezésére még kevesebb támponttal bírnak, mint a kifejlődött tuberculosishalál esetekben. Minthogy az ily esetek rendszerint oly egyéneknél fordulnak elő, kik öröklékenységnél fogva a tuberculosishalálra hajlamosak, valószínű, hogy ezen dyspepsiák fellépésére az általános constitutió befolyása van.

Diagnostikus szempontból felette nagy nehézségeket okoznak éppen a praetuberculosis esetek, vagyis azok, melyeknél a tuberculosishalál úgyszólván még nyoma sincsen. Nőknél, minthogy ezen esetek — mint említve volt — főleg



a pubertas korától a 25-dik életévig a leggyakoribbak, tehát éppen azon időszakban, melyben a chloroanaemia is a leggyakoribb, az orvos igen gyakran ezen betegség rovására írja a gastrikus tüneteket; máskor pedig genuin gyomor-megbetegedésnek (hurut stb.), súlyosabb esetekben fekélynek is imponálhat a kórkép, főképen, ha a gyomorbennék vizsgálata is megfelelő eredményt mutat. Viszont számos beteg tisztán csak „ideges dyspepsia“ kórismével áll huzamos időn keresztül gyógykezelés alatt. A tüdők részéről ez időben még tünetek egyáltalán nem lévén jelen, nem esoda, ha a gyomorbéli zavarokat tuberculosissal okozatos összefüggésbe nem igen hozzuk.

*Csupán a legpontosabb és legrészletesebb anamnesis, minden körülménynek kellő figyelembe vétele (nem, kor stb.), a szervezetnek, főleg pedig a tüdőknek folyton megismételt és minutiosus átvizsgálása, többszörös gyomornedvizsgálat, egyformán negatív vagy gyakorta változó és így organikus megbetegedés felvételét nem támogató eredményeivel lesznek képesek a figyelmes orvos gondolatmenetét, vagy eleinte legalább is a gyanúját, a helyes irányba terelni.*

A betegek érdekében, a betegség lefolyását és tartamát illetőleg nem hangsúlyozhatom eléggé ezen vizsgálati eljárások fontosságát, mert ilyen — praetuberculosus — dyspepsiák eseteiben, a dyspeptikus tünetek helytelen értelmezése, azaz organikus, önálló gyomormegbetegedés felvétele és az ennek alapján inaugurált therapeutikus beavatkozások néha valósággal végzetes befolyással lehetnek a betegség lefolyására, tartamára s így a beteg sorsára. Értjük ez alatt a foganatosítani szokott medicinalis, diietetikus és klimatikus kezeléseket egyaránt.

A különböző gyógyszereknek és sablonos diietetikus megszorításoknak hatástalanságáról mindenkinek van alkalma ily esetekben meggyőződni és szerencséje a betegnek, ha csak a hatástalanságról győződünk meg.

Különösen óhajtom hangsúlyozni, mert kihatásában nagy horderejű lehet, az ily dyspepsiáknál nem ritkán észlelhető eredményeit a (téves indicatiók alapján alkalmazott) különböző ivó, kúráknak. Igen nagy azon betegek száma, a kik ilyen félreismert dyspepsiájuk miatt ivó kúrákra küldetnek. Közvetlen a gyógymód tartama alatt és talán röviddel utána is az egyes tünetek (étvágytalanság, obstipatio, gyomorégés) javulást mutathatnak, mint a hogy tényleg néha mutatnak is, de a mulékony és látszólagos javulást sok esetben csakhamar követi a súlyos, sok esetben vészes reactio. A gyomortünetek rosszabbodnak, a zavarok — első sorban, majdnem jellegzően a vérszegénység — fokozódnak és hova-tovább, néha rohamosan kifejlődnek a tünetek a tüdők részéről is. Mindazok az eljárások és ezek között első sorban a helytelenül alkalmazott ivókúrák, a melyek a táplálást csökkentését, a beteg soványodását, a vérszegénység fokozódását okozzák, rövid ideig tartó és látszólagos javulás után a legtöbb esetben rohamosan siettetik az alaphántalomnak fejlődését vagy rosszabbodását. A causalis és időbeli összefüggés az ilyen kúrák hatása és a rosszabbodás közt, sok esetben kézzel fogható, majdnem félreismerhetlen és egy ilyen eset is elegendő arra, hogy nem biztossággal diagnostizált, a fentebb leírt körülmények közt és tünetekkel fejlődött gyomorbajnál ezeknek elrendelésénél a legnagyobb óvatosságra intsen. Ugyanílyen káros visszahatása van a téves diagnostikus alapon helytelenül megállapított és berendezett étrendnek is.

Magától értetődik ezek alapján, hogy azon dyspepsiáknál, melyeket a vázolt viszonyok és cautelák szem előtt tartásával latens vagy manifest tuberculosisra sikerül visszavezetnünk, vagy a melyekben ezeknek csak gyanúja is eléggé indokolt, a therapeutikus irányelveknek egészen másféléknek kell lenniök.

A milyen általános érvényű az, a mit ezen esetekben nem szabad tennünk, annyira az egyes eset sajátosságaitól függ az, hogy mit kell és mit lehet tennünk.

Tekintettel a lappangó, vagy még inkább a manifest constitutionalis fertőző betegségre, rendkívül fontosak az általános hygienikus intézkedések. A bőr gondos ápolása és

edzése (lemosások, fürdők), gyakori mozgás (testgyakorlat), állandóan jó levegő (klimaváltoztatás) első sorban jönnek tekintetbe. A diietetikánál fontos, hogy főleg könnyen emészthető ételeket kapjon a beteg, mindamellett a kellő változatoság szem előtt tartásával. Igen fontos következtetések vonhatók az étrend meghatározásánál a vázolt diagnostikus vizsgálati adatok (gyomor chemismusa és motorikus képessége) birtokában az úgynevezett *túltáplálás* (suralimentation) szempontjából, a melynek okszerű keresztülvitelére sok esetben elengedhetetlen kellék a gyomornak szakszerűen és az egyes eset javalatának megfelelően végzett mechanikus kezelése.

Nyilvánvaló, hogy a míg oly esetekben, melyekben a gyomorbennék többszöri megvizsgálása után a gyomor elválasztó és motorikus képességének csökkenését constatáljuk, a túltáplálás nem sikerülhet és azért nem is alkalmazható, addig normalisnak talált chemismus és motorikus functio mellett, még subjectiv panaszok (étvágytalanság stb.) jelenléte esetén is a tápszerek qualitativ és quantitativ elrendelésében sokkal bátrabban járhatunk el.

Gyógyszerek adagolása az adott esetnek megfelelően, vagy a subaciditas (esetleg anaciditas) vagy a hyperaciditas corrigálását célozza és legyen ép oly figyelemmel esetleges erjedési folyamatokra és különösen a csökkent motorikus képességre. Mindig szem előtt tartandó azonban a tulajdonképeni alapbetegség, a tuberculosis, a melyhez kifejlődésének foka szerint kell az összes intézkedéseknek — mint minden egyes esetben, az eset külön javalatai szerint összeállított *rendszernek* — alkalmazatniok.

Nem szándékom ez alkalommal a gyógyeljárások részletes tárgyalásába belemenni, tulajdonképeni célokom ez alkalommal inkább csak az volt, hogy a különféle dyspepsiák közül különösen a tuberculosis kapcsán fellépő gyakori és sokoldalú — eddig figyelemre alig méltatott — kórképre a figyelmet felhíva, hangsúlyozzam a diagnostikus nehézségeket, de még inkább — most, a különféle ivókúrák ideje küszöbén — a therapeutikai veszélyeket és megjelöljem azokat a szempontokat, melyeknek figyelembe vételével e nehézségek legalább némileg leküzdhetők vagy elkerülhetők.

## Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról. (Kétly Károly tanár.)

### A Basedow-kórról.

Irta Kollarits Jenő dr., klinikai gyakornok.

Azon elméletek közül, melyeket a Basedow-kórról mai napig felállítottak, nem egy csak történeti nevezetességű már.

Nem hiszszük ma, mint Basedow hitte, hogy a betegség „eine fehlerhafte Krisis des Blutes, die durch noch vorhandene Skropheln Erethismus des Kreislaufs und krankhafte Drüsenvegetation und Zellgewebsanschoppungen bedinge“.<sup>76</sup> Trousseau<sup>75</sup> 1862-ben számolt le a chlorosishoz hasonló dyskrasiáról szóló elmélettel.

Ugyancsak ő, sőt már Graves 1843-ban kimondotta, hogy szervi szívhaj az első szakban jelen lenni nem szokott és így a Basedow-kórért felelősséget nem is vállalhat.

Az idegrendszerre Koeben<sup>40</sup> fordította először a figyelmet. A tüneteket a megnagyobbodott pajzsmirigynek a sympathicus nyaki részére gyakorolt nyomásából származtatta. E nézet, mely még egy évtized előtt is a legelterjedtebbnek volt mondható, ma már alig akad követőre. Megdőlt, mert a tünetek egy részét az ideg folytonos izgatásából, másikat bénulásából származtatta és így egyrészt önmagával jutott ellentmondásba, másrészt az élettannal is és mert a nyaki fonat egyik részének izgatása és másik részének bénulása együttvéve sem felelt meg a kóreseteknek. Bonezoláskor is csak néha vélték találhatni elváltozást a sympathicusban, Hamar<sup>40</sup> statistikája hét positiv mellett tizennyolcz negativot sorol fel.

Később a *neurosis*-elmélet jutott előtérbe. Charcot és iskolája nagy jelentőséget tulajdonítottak a Basedow-kór



pathogenesében a gyakran észlelhető hysteriás jelenségeknek. Majd a családi terheltségre irányult a figyelem. *Déjérine*<sup>40</sup> ismertett egy családot, melynek hat nemzedéke közül négyben fordult elő Basedow-kór, psychosisok és neurosisok. Újabban *Kronthal*<sup>56</sup> anyja és leánya, *H. Fränkel*<sup>23</sup> atya, fia és leánya, *Gadelius*<sup>23</sup> két leánytestvér Basedow-kórját említi. *Maude*<sup>45</sup> húsz, *Gram*<sup>24</sup> hét közül két elmekórral kapcsolatos esetet közöl. Ezekből és hasonló kórtörténetekből, a tünetek változóságából és abból, hogy a baj sokszor hirtelen, ijedség után közvetlenül köszönt be, sokan anatómiás elváltozás nélkül való működés-zavarra akartak következtetni De, mert a neurosis nem nagyon határozott fogalom és a mikroszkopi módszerek finomulásával naponként látunk olyan elváltozásokat, melyeket a durvább régi eljárások meg nem mutattak, ez elmélet pártolójának száma nem nagy.

Igy ma főleg két irány áll egymással szemben. Az egyik a középponti idegrendszerben, különösen a *nyúlt velő anyagi* elváltozásában látja a baj okát, a másik a megnagyobbodott *pajzsmirigyben* iparkodik keresni valami mérget, mely szerinte a Basedow-kór kútforrása.

Leginkább a kettővel kívánunk foglalkozni azon észleletek és tanulmányok alapján, a melyeket az elmúlt tanév folyamán a klinika idegbajosain szereztünk.

*Reverdin* 1882-ben pajzsmirigykiirtás után sajátságos tünetesoportot látott. Ezt *Kocher* később cachexia strumiprivának nevezte el. Nagy jelentőséget nyert e bántalom az által, hogy úgy a mesterséges cachexia strumiprivát, mint a természetes myxoedemát sikerült pajzsmirigy-etetéssel gyógyítani. Ezen viszonyok hatása alatt állott *Möbius*,<sup>44a</sup> midőn úgy tűnt fel neki, hogy a Basedow-kór és myxoedema között, azonkívül, hogy előbbiben nagyobb, utóbbiban kisebb a pajzsmirigy, más tünetek tekintetében is bizonyos ellentét van és 1886-ban kimondotta véleményét, mely szerint a Basedow-kór a pajzsmirigy megbetegedéséből ered. Ez a pajzsmirigy-theoria. Tőle függetlenül Franciaországban *Gauthier* körülbelül ugyanaz időben, ugyanezen véleménynek adott kifejezést, de tulajdonképpen *O'Neill*<sup>51</sup> volt az első (1878), a ki arra gondolt, hogy a pajzsmirigynek valami köze van (has something to do with . . .) a Basedow-kór létrehozásában vagy fenntartásában.

*Möbius*<sup>44c</sup> az összefüggést többféleképen tudja elképzelni. Lehet szerinte, hogy a pajzsmirigy rendes állapotban mérges váladékot termel, mely az anyagcsere szintén mérgező termékeit teszi kártalanokká, akár úgy, hogy ezek kerülnek az erek útján a pajzsmirigybe, akár úgy, hogy az kerül a vérbe és innen az egyes szervekbe. A Basedow-kórban a pajzsmirigy több váladékot termelhet, melynek csak egy része szükséges az anyagcsere-termékek közömbösítésére, a fennmaradó közömbösítésre fel nem használt okozhatja a Basedow-kórt. Lehetségesnek mondja, de nem valószínűnek, hogy ha az anyagcsere-termékek volnának kevesebbek, a különben rendes mennyiségű pajzsmirigy-váladéknak csak egy része volna szükséges közömbösítésükre és ezért maradna belőle az a rész, mely a mérgezést okozná. De nemcsak több, hanem más váladékot is termelhet a beteg szerv és ezzel magyarázná, hogy pajzsmirigy etetéssel a Basedow-kórnak csak egyes tüneteit tudja létrehozni, nem pedig a Basedow-kórt magát. A pajzsmirigynek nem is minden betegsége, hanem csak egy sajátos „Basedow elváltozása” lenne az oka. Szerinte különben minden golyva jár egy-két Basedow-tünettől, az meg épen gyakori, hogy a Basedow-kór régi golyvákhoz társul. Hogy e bántalom olykor hirtelen ijedségre, ingerültségre is támad, úgy magyarázza, hogy e mozzanatok akadályoznák a szervezetben végbemelő vegyi funkciókat. Ha a pajzsmirigy ilyenkor még nem is látszik betegnek, az nem bizonyítja, hogy tényleg nem volt az. A mérge szerint főleg a szívre, erekre, középponti idegrendszerre, különösen az agykéregre és idegmagvakra hat, mérgegre jellemző módon az idegrendszer sejtjeinek működését megszünteti a nélkül, hogy szétesésüket hozná létre. *Möbius* a bőrkiütéseket, a veseműködés zavarait, a hasmenést is magyarázza ez alapon, hogy a bőr, a vese és a belek választják ki azon toxint, mely ilyenkor bennük egyszersmind helybeli módon hat. Myxoedema pedig azért csatlakozhatik Basedow-kórhoz, mert

idővel a túltengett mirigy sorvadhat és így termelése csökken. Mérgezésre tartja bizonyítónak még a hirtelen szívdobogás-rohamokat, az értágulások pedig azért különbözők a test különféle részeiben, mert a mérge peripheriásan hat, a mint a vérben kering. Szerinte az érrendszernek különféle fokban való megtámadottsága maga is ellene szól az egy középpontból kiinduló eredetnek. Fajlagos méreghatásnak tartja még a pupilla és szemrés szűk vagy tág voltát, a bőrpírosságot és hőt, izzadását, halvány, hűvös vagy száraz voltát. Mérgezés lehet az egy-két esetben észlelt epilepsziás roham, de szövődé is. Néha a mérge szerint a szervezetet elárasztja, a bélesatorna ilyenkor iparkodik tőle megszabadítani a testet és rohamokban vizes váladékot választ el. Mérgehatás lenne a lesóványodás, mely az étvágytól teljesen független. A beteg egyéntől, talán a mérge minőségétől is függ szerinte, hogy kövér és sovány, viruló színű és sáppadt Basedow-kóros betegek vannak. A mint ezekből kitűnik, *Möbius* kifogyhatatlan leleményességgel alkalmazza nézetét az egyes tünetek magyarázására és a ki nem ügyeli meg, hogy teoriájának kiinduló pontja egyszerű, semmivel sem bizonyítható felvétel, hajlandóvá lesz e gondolatok továbbszövésére. Így *Martius* *Moebius* „határozottsága és lapidáros rövidsége” annyira befolyásolja, hogy szerinte komoly kétség a felvétellel szemben nem is lehet és így észre sem veszi, hogy *Moebius* meg sem kísérli teoriája adatokkal való bizonyítását, hanem álláspontját mint kétségbevonhatatlan dogmát állítja elének.

A pajzsmirigy-theoriát azonban nemcsak érv nem támogatja, sőt vele igen sok esetet értelmezni képesek nem vagyunk, ellene pedig a klinikai megfigyelések nagy száma szól.

Maga a myxoedema és Basedow-kór tüneteinek szembeállítását is nagyon erőltetett, sőt a két betegség egyszerre is előfordul. Ilyen eseteket *Sollier*,<sup>68</sup> *Kovalevsky*, *Gauthier* és sok más szerző közölte. A fent említett magyarázó kísérletet azért sem fogadhatjuk el, mert sokszor nem a Basedow-kór visszafejlődésekor támadt a myxoedema, hanem vele egy időben fejlődtek ki tüneteik.

*Mannheim* azt is szemére veti a teoriának, hogy a pajzsmirigy betegségét elsődlegesnek mondja és így annak okáról felvilágosítást adni nem tud.

(Folytatása következik.)

## T Á R C Z A.

Elnöki megnyitó a magyar orvosi könyvkiadó társulat 1898. márczius 30-dikán tartott közgyűlésén.

Mondotta: *Högyes Endre* tanár.

Tisztelt közgyűlés!

Ötven esztendővel ezelőtt, az 1848-dik évnek márczius 15-dike után következő napjai élénk mozgalomba hozták volt orvosi rendünket is. A reformtörekvéseknek egész áradata indult meg, mely kisebb-nagyobb mértékben bejárta az orvosi ügyek legkülönbözőbb mezőit. Bár e reform-mozgalmak a bekövetkezett szabadságharcz folytán csakhamar szárnyaszegetten maradtak: mégis kiinduláspontját képezik azok sok olyan orvosi kulturái kérdésnek, a mely azóta már többé-kevésbé szerencsés megoldáshoz jutott, valamint megtalálhatjuk azokban csiráit sok olyan törekvésnek is, melyek mai napig is csak pia desideria és megoldásuk a messze jövő feladatát képezi.

E napokban, midőn a magyar nemzet politikai újrábredése ötven éves emlékezetének ünnepeit üli, talán nem időszerűtlen megemlékeznünk a magyar orvosi rend ama reform-mozgalmainak irányeszméiről és talán nincsen helyén kívül, ha az a megemlékezés épen e helyről történik, a magyar orvosi könyvkiadó társulat elnöki székéről, a mely társulat, úgy mint ama reform-mozgalom, a magyar orvosi kultúra megalkotásáért való munkálkodás eszményképét tüzte ki magának.

1815/16-tól kezdve 1848-ig az összes orvosi, úgy az egészségügyi kormányzatra, valamint az orvosi oktatásra vonatkozó ügyek vezetése, mint ismeretes, egyetlen egyén: az országos főorvos, a



protomedicus kezében volt letéve, ki a m. kir. helytartóság hivatalnokja volt; a helytartóság pedig instructióit az udvari cancellariától vevén, az összes közegészségi és orvosoktatási ügyek Bécsből kormányoztattak. A protomedicus egy személyben egészségügyi kormányzó és tanulmány-igazgató is volt, ki a kezében összehalmozott nagyszámú ügyeket tényleg a helytartóság kebelbeli alsóbbrendű hivatalnokaival intéztette, névleg azonban mint tanácsadó, mellette állott az ú. n. orvosi kar, melynek ő volt az állandó elnöke és a melynek tagjai voltak az egyetem tanárai és mindazon tudományos vagy társadalmi állása által kiűnt gyakorló orvos, ki magát az orvosi karba mint „kültag”, csekély taksa lefizetése mellett bizonyos formalitások mellett bekebelezte.

E Swift-féle rendszer, mely látszólag egyöntetűvé tette az orvosi rendet, a gyakorlatban nem vált be czélszerűnek sem Ausztriában, sem nálunk. Az a körülmény, hogy az így alkotott karban kétféle: bel- és kültagok voltak, csakhamar egyenetlenkedésekre vezettek. Ezen orvosi kar állandó testülete volt az orvostanártestület, a melynek tagjai végezték tanítói teendőiken kívül a karhoz érkezett törvényszéki és közegészségi ügyekben a felülvéleményezéseket; a kültagok vagy semmit sem dolgoztak, vagy a néha összehívott gyűléseken csak gánésoló kritikát gyakoroltak a tanártestület működése felett; főtevékenységük a dékánválasztásoknál a korteskedésben nyilatkozott, a mennyiben azon törekedtek — a mi sokszor sikerült is —, hogy nem tanár, hanem kültag legyen a dékán. Az egész kar a mellett mint az administratio mellé rendelt közeg nem volt független és e miatt nem is volt tekintélye sem felfelé, sem lefelé. Tudvalevőleg ezen egész rendszer uralma alatt az orvosi ügyek teljes pangásban sinlődtek.

A márcziusi napok után megindult orvosi reformtörekvések legelső tárgyává vált az orvosi karnak és ezzel az orvosi rend rendezésének kérdése. A felmerült reformjavaslatokban két homlok-egyenest ellenkező irányeszmé domborodott ki; az egyik a meglevőnél még szélesebb alapra kívánta fektetni az orvoskar szervezését, úgy hogy annak tagja lehessen három aranynak egyszer s mindenkorra való befizetése mellett minden okleveles orvosdoktor, sebész-mester és tulajdon gyógyszer-tárral bíró gyógyszerész, és az így összealkotott orvosi kar választott tisztikara és választmánya úján gyakorolja az orvosi rend képviselését a kormánynyal és az orvosi tanítótestülettel szemben, és adjon véleményt a hozzá utalt higiéniai és orvostörvényszéki ügyekben. A másik szűkebb, úgynevezett tisztán egyetemi orvosi kart akart, a mely álljon csupán az egyetemi nyilvános rendes, rendkívüli és magántanárokból, a mely testület főfeladata legyen a tanítás és tudományos buvárkodás, a mely ideiglenesen — addig míg a megfelelő kormányok más, ehhez hasonló testületeket alkothatnak — adjon véleményt a hozzáutalt közegészségi és törvényszéki kérdésekben. Az első tervnek szószólói voltak Bugát és Flór, emennek Balassa és követői. Az első terv a szélesebb alkotmányos alapra való fektetés, a második a tagok magasabb tudományos színvonala által akarta megadni és biztosítani az újra alakítandó orvostestületnek a tekintélyét.

Eltérő volt e két tábor felfogása a magyar orvosi tudományosság fejlesztésének módjaira nézve is.

Bugát azt tanította, hogy minden külföldi befolyástól menten egy individualis magyar medicinát kell teremteni, melyet ő az ország egyes vidékein uralkodó időjárás és kórjárat (genius epidemicus) pontos tanulmányozása és az ezekre alapítandó gyógyjavallatok megállapítása által gondolt elérhetőnek. Ezért ösztönözte ő az ország orvosait illetően tanulmányok tételére és ezért kívánta az ország valamennyi orvosát egy közös testületbe egyesíteni; és valóban követőkre is talált, az Orvosi tár 1848-diki évfolyama tele van az ország különböző megyéiből közölt idő- és kórjárat közleményekkel.

Balassák, kik az akkor már Francia-, Angol-, Németországban, sőt Ausztriában is gyökeret vert orvos-természettudományi iskola ismerői, hívei és követői voltak, gyermek-álmónak tekintették az individualis magyar medicinát, és a magyar orvosi tudományosság megteremtését a hazai önálló orvostudományi buvárkodás felkeltése és ennek alapján kifejlődő magyar irodalom létesítése által gondolták elérhetőnek. Ezért akartak ők egy a német egyetem mintájára alkotott független orvoskari tanár-

testületet a tanítás és tanulás szabadságának behozatala mellett, ezért sürgették, hogy a tanításra és a buvárkodásra az egyetem orvosi kara mihamarabb kellő intézetekkel és klinikákkal láttassék el.

A két irány közül a Balassáé győzött. Az első közoktatásügyi miniszter, Eötvös József báró Balassát nevezte ki az orvosi ügyek tanulmányi igazgatójává; az orvosi és egészségügyi közigazgatás ügyeit beosztották a földmívelés-, ipar- és kereskedelemügyi miniszteriumba, a melyben az egészségügyi osztály főnökévé a volt protomedicus, Stáhltyt nevezték ki, és ez osztályban alkalmazták Sauer tanárt is, a volt protomedicus teendőik egy részének vezetésére. Balassa, mint tanulmányi igazgató rögtön hozzáfogott a reformmunkálatokhoz; Reisinger legidősb tanár elnöklete alatt tanártestületi ülést hivatott össze, melyen előterjesztette reformjavaslatát a fennebb jelzett szellemben, a testület azt elfogadta és a közoktatásügyi miniszterhez felterjesztette. A régi orvosi kar a külső kari tagok közül való dékánja, Schmidt elnöklete alatt szintén üléseket tartott, melyeken elfogadták a szélesebb alapokra fektetett kari szervezetet és szintén felterjeszteni határozták azt a miniszteriumhoz. A miniszterium nemsokára rendeletileg megszüntetnek nyilváníttotta ki a régi orvosi kart, mely ellen a kar, azt törvénytelennek tartván, tiltakozott.

Az 1848. márczius 15-dikét követő rövid félév alatt az orvosi rend szervezetét illető eme nagy reformmozgalom mellett felmerültek még a rendet érdeklő sok más kérdések is; különböző tervek láttak a napilapokban és a szakajtóban napvilágot az orvosi nyugdíjról, az elszegényedett orvosok segélyezéséről, az orvosi gyakorlat államosításáról, a hivatalos orvosi személyzetről stb., melyek azonban mindannyian a fennebbi reformtörekvésekkel együtt az 1849-diki zavaros viszonyok között abban maradtak, szabadságharcunk leveretése után pedig sok időre teljesen elnémultak.

A nézetek ama szétágazódása, mely az 1848-diki márcziusi napok után, különösen az orvosi rend szervezés-módjára két táborba osztotta Magyarországot orvosait, újra meg újra felmerült azóta minden alkalommal, valahányszor országos mozgalom indult meg azokban egészen a legutolsó időkig.

A forradalom után következett német korszak tíz éve alatt apathia uralkodott ugyan e téren is, mégis az a körülmény, hogy az osztrák uralom legalább elvi szempontból meghonosította úgy Ausztriában, mint nálunk kissé módosított alakban a német egyetemi rendszert, a Balassa-féle eszmeirány megerősödvé vehette fel a harcot, midőn az orvosi ügyek fejlesztése körül a küzdelem a 60-as évek kezdetén és közepén, a provisorium idején és a 67-es kiegyezés beálltával magyar nemzeti alapon újra megkezdődött.

Magyar önálló orvosi irodalmat, ez által magyar önálló orvosi kulturát teremteni volt a kitűzött czél az alkotmányos élet újra felderülésének hajnalán. De hogyan? az volt a kérdés. Nem volt egyetlen szaklap sem. Az Orvosi tár még 1849-ben megszűnt. Fejletlen volt az orvosirodalmi nyelv. Szaklapot alapítottak még 1857-ben, az Orvosi Hetilapot, és igyekeztek orvosirodalmi nyelvet teremteni. Nem voltak orvosírók, különösen nem, a kik önálló tudományos buvárlatokkal és észleletekkel birtak volna előállani. Össze kellett toborozni azon keveseket, a kik léteztek és buzdítani az ifjúságot az önálló tudományos buvárlatokra. Nem voltak magyar orvosi könyvek: megalakították az orvosi könyvkiadó társulatot, mindenekelőtt hogy a nevezetesebb külföldi munkákat megismertessék a magyar orvosokkal és orvostanhallgatókkal, továbbá, hogy az önálló magyar orvosi munkák megjelenését elősegítvén, önálló tankönyvek írására buzdítsák az arra hivatott szakembereket. Nem voltak kellőleg felszerelt egyetemi intézetek és klinikák: felhívták e hiányra a kormányzat figyelmét és időről időre kitartóan sürgették ezt e hiányok fedezésére; nem voltak elegendő számú fiatal tanerők: körültekintéssel a fejlődő ifjú generációkból kiszemelték azokat; sürgették a második egyetem felállítását, hogy legyen hova elhelyezni azokat. Ez eszmeirány harmincz évi következetes munkája, hogy ma már az ország két egyetemének orvosi karai, ha még nem teljesen is, de jórészt el vannak látva kész és berendezett vagy még készülő és berendezés alatt álló intézetekkel és klinikákkal és a két egyetem orvosi kara el van látva kellő szakértőkkel, kik a magántanárokkal és a tanítói segédszemély-



zettel együtt már orvosi rendünkben egy tekintélyes számú tagokból álló magas tudományos színvonalú testületet alkotnak, mely szellemileg, anyagilag képesítve van arra, hogy a keletkezésében és kifejlődésében mindig internationalis orvosi tudományt ne csak recipiálja és azt magyar nyelven a magyar fiatal orvosi generációnak átadja, hanem hogy azt önállólag laboratóriumaiban és klinikáiban végzett buvárlataival mai nap már annak minden specialitásában maga is tovább fejlessze és irodalmilag is emelje.

Balassának negyvennyolcadiki reformeszméi az általa contemplant orvosi karra vonatkozólag immár teljesebben jutottak. Teljesebben jutottak azok más tekintetben is. Az 1876-diki közegészségügyi törvény alapján a belügyi egészségügyi kormányzat kapcsolatában felállított országos közegészségi és az igazságügyi kormányzat keretében létesített igazságügyi orvosi tanács felállítására felszabadtotta az egyetemek orvosi karait, a tanítói és buvárkodó munkásságaikat nagyban bénító közegészségügyi és törvényszéki fellépések terheitől, úgy hogy e testületek jelenleg már tisztán tudományos és tanítói működésüknek élhetnek, úgy miként azt Balassa 1848-ban contemplantáta.

Balassa és eszmeiránytársai 1848-ban mindenképp előtt legfontosabbnak tartották az orvosi reformok közül az oktatásügy fennebbi reformját, önálló felfelé, kifelé, lefelé független, csak a nyilvánosság ellenőrzése alatt álló orvosi kart terveztek, mely tudománya által imponáljon úgy a kormánynak, mint a nagy közönségnek; a többi orvosi ügyek ezélszerű továbbfejlődését ezután következőnek, ezekből maguktól folyónak gondolták. Az orvosi rend egyetemes szervezésére nézve hozzájárultak a szélesebb orvosi kar fennebb jelölt tervezetéhez, mely a 48 előtti tisztán bürokratikus berendezésű orvosi kartól abban különbözött volna, hogy a központi igazgató-választmány az elnök és tisztviselők választásában a korszellemnek megfelelőleg a kar külső tagjainak, az ú. n. orvostudoroknak megadta a döntő jogot. Ez utóbbi berendezés épen a Balassák befolyása alatt jött létre szemben a régi bürokratikus áramlattal, miután Balassák akkor azt a testületet is önállónak, a végrehajtó hatalomtól függetlennek contemplanták. E tervezet életbeléptetését is elseperték a bekövetkező események.

A német korszak, mint említettük, az által, hogy az 1848-diki törvény által elrendelt tanszabadságot — habár német tan nyelv mellett — behozta az egyetemre és a karokat a szerint rendezte be, az orvosi karnak a Balassa-féle tervek szerint contemplant fejlődésére principialiter erősítőleg hatott. Midőn 1860-ban a tanítás nyelve újra magyar lett, senki se gondolta, hogy az egyetem a 48 előtti szervezetre tereltesse vissza. Csak a 48 előtti orvosi kar volt tagjai indítottak meg újra mozgalmat, hogy karunkon a kültagok intézményét újra életbeléptessék azon ürügy alatt, hogy az egész orvosi rendet egyöntetűvé kell tenni, voltaképpen pedig azért, hogy úgy, mint 48 előtt a szigorlatokon való jelenlétel és a dékáni választásokban való részvétel útján újra befolyást akartak nyerni az egyetemi orvosi kar kormányzatában. Az orvostanár-testület tiltakozott ez újabb invasio ellen. Hosszas tanácskozások fejlődtek ki erre, melyek 1868-ig folytak, a midőn a kérdés eredmény nélkül elhallgatott és a volt kültagok teljes kihalása folytán jelenleg végleg letűnt a napirendről.

Az orvosi rend szervezetszervezésének kérdése azonban szönyegen maradt továbbra is. Az események fejlődése mellett 1860 után a szervezést létesíteni nem lehetett sem a 48 előtti tervezet, sem a 48-diki reform alapján, bár a pozsonyi vándorgyűlés a régi orvosi karnak, mint véleményező és indítványozó testületnek a kormányzat egészségügyi osztálya mellett való visszaállítását javaslatba hozta. E helyett azonban ezélszerűbbnek ítélte a szakvélemények többsége az országos közegészségi tanács felállítását. Az orvosi rend önkéntes országos egyesülés útján való szervezését tudtommal Balogh Kálmán indítványozta 1863-ban és ezt az Orvosi Hetilap folelevenítette 1868-ban; foglalkozott azzal az orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése is. Ujabb, mint ismeretes, az „Orvosi kamarák“ kérdése hozta szönyegre az ügyet. E kérdés fejlődése sokkal közelebb áll hozzánk, sokkal ismeretesebb, mintsem arról sokat kellene szólni, csak a fennebb vázolt eszmeirányok fejlődéstörténelme szempontjából jegyezhetjük fel, hogy ebben ismét az a két irány tört lándzsát öntudatosan vagy öntudatlanul, a mely már 1848-ban nyilatkozott a márczius 15-diki

napok után támadt orvosi reformmozgalmakban. Az *Országos orvosi szövetség* megalakulása azon eszmeirány győzelmét jelenti az orvosi rend szervezése terén is, a mely az önálló magyar orvosi tudományosság létesítését az öntevékenység felkeltése és lendületbe hozatala által inaurálta állami életünk alkotmányos újraébredésének hajnalán.

És most engedelmet kérek t. közgyűlés, hogy figyelmüket e reminiscenciákkal olyan soká fásasztottam. Elnök elődeim példáját követtem, kik ez évi közgyűlések megnyitói mindig valamely orvosi kulturát érdeklő eszmét tettek megbeszélésük tárgyává annak a jelöl, hogy társulatunkat soha sem tekintették egyszerű „könyvfogyasztó szervezetnek“, mely csupán arra törekszik, hogy minél jobb és olcsóbb könyveket juttasson tagjai birtokába, hanem missiót tulajdonítottak annak mindenha, missiót a magyar orvosi kultúra önálló fejlesztésének élesztésére. Azt hiszem, hogy társulatunk rendeltetése felől ugyanily felfogásban élünk mi is. E missiója meg marad tehát társulatunknak a jövőben is. És e missiót legjobban fogja szolgálni, ha az eszmeirányelvek fejlődéstörténetét, melyek működésének eddigi sikerére befolyással voltak, folytonosan szem előtt tartja, és annak tanúságait szükségleteihez mérten a jelenhez idomítja. Nekünk t. közgyűlés, a kik az önálló magyar orvosi kulturáért küzdő két, a már-már letűnt és a már-már felkelő és előretörő orvosi generáció között még ez idő szerint középen állunk, és egyik szemünkkel a múltba, a másikkal a jövőbe tekintünk, kötelességünk időről-időre hangsúlyozni e visszaemlékezések szükségességét, nemcsak kegyeletből az alkotó elődök eszméi iránt, hanem a jövő érdekében is, mert a nemzet kulturális életében is úgy, mint a jogi életben a folytonosság adja meg az egészséges továbbfejlődésre a rendületlen és szilárd alapot.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat ezidei közgyűlését ezennel megnyitom.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

Dr. Julius Glax: *Lehrbuch der Balneotherapie*. Zwei Bände. Erster Band: *Allgemeine Balneotherapie*. 99 Abbildungen. Stuttgart, Ferd. Enke, 1897.

Abbazia dirigens főorvosa hatalmas munkával készül gazdagítani a balneologiai irodalmat. A czímbe jelzett művének első kötetje legalább erre mutat. 416 oldalon át tárgyalja a fürdőtanba vágó ismereteket. Három csoportba sorakoztatja anyagát, ú. m.: hydrotherapia, szoros értelemben vett balneologia és klimatologia. E három nagy részlet főczimeibe elmésen úgy visz egyöntetűséget, hogy azt mondja: I. rész. A balneológiának vizgyógyászati és thermostherapiás orvosló eszközei. II. rész. A balneotherapie pharmakodynamias gyógyító eszközei (orvosságos források tana). III. rész. A balneotherapie gyógyklimás tényezői. Még egy negyedik rész is van tulajdonképpen a kötetben: balneodiaetetica néven, ez azonban csak mintegy rövid függelékként csatlakozik az előbbiekhöz.

A *hydrotherapia* nagy fejezetében (9—153. oldal) mindjárt szabatosággal és tiszta gondolatfűzéssel kalauzol végig tárgyán a szerző. Külön fogja a víz belső és külső alkalmazásánál mutatkozó jelenségeket, egyrészt a „physiologiai“, másrészt a „therapiás hatást“. E kifejezések körül természetesen nem szabad szerzőt félreértenünk. Jól tudja ő, hogy a „therapeutische Wirkung“ nem egyéb, mint a physiologiai hatás érvényesülése kóros viszonyok közt; csak rövidség okáért használja az idézett kitélt, jelezni akarván, hogy ime: a víznek az élettani kísérletekkel beigazolt ezen és ezen saját hatásai így és így értékesíthetők — pathologiai vizsgálatok alapján — az orvoslás terén. A vizalkalmazás hő- és tömeghatásának taglalása tisztán physiologiai keretben teszi mindennütt az alfejezetek törzsét, az idevágó fundamentalis kísérleti eredményekkel törekszik igen helyesen in extenso megismertetni szerző, az applicatio kifejtése aránylag röviden történik; de hisz iskolázott orvosi gondolkodással bírók számára ez így van jól. Szép sphygmogramok, lélekzés-görbék, *Vinaj* (nem Vinay, mint a hogy consequenter a szövegben van!) és *Maggiore* ergogramm-



jainak másolatai stb. adnak a résznek szemléltethetőséget. A vizgyógyászat technikáját ismertető fejezet igen tájékoztató, hasznos rajzokkal tarkázott. A *Lahmann* masszáló fürdőkádja, egy jó douch-nyomás szabályozó berendezés, a douch-massage kivitelének módja, valamint az egyes, nedves lepedővel végzett vizgyógyászati műveletek instructiv képekben tárulnak az olvasó elé. Hasonlóképpen a gőzapplicatiók (többek közt Battaglia természetes barlanggőzfürdőjében), borítások, hűtő és melegítő eszközök stb. A munka gyógyászati részéhez csatlakozik azon gyógyító beavatkozások leírása, a melyek ugyan a hőmérsékkel, mint ágenssel, dolgoznak, de víz alkalmazása nélkül (thermotherapiás procedurák). Ezek a forró levegő- és homok-fürdők.

A II. főrész (154—332. oldal) egy modern *balneotherapiát* ad kezünkbe. Az ásványos vizeket úgy törekszik csoportosítani, hogy a beosztásban ne csak physikai és klimai tulajdonságaik, de physiologiai és gyógyszerhatástani szerepük is irányadó legyen. E végből minden vízcsoporthoz ketté választ hőmérséke szerint, hidegre és melege s ezek alcsoportjaiképpen a szabad szénsavban bővelkedő és gázokban szegény forrásokat különbözteti meg. Mídon azután az akrothermáktól a vasas és keserűvizekig a különböző forrástermékeket ismerteti, az egyes vizeket pharmacodynamias hatásuk szerint felmenő sorozatban említi fel, ez által is lehetőleg átnézetes őhajtván lenni. Az egyes víznek tárgyalásánál körültekintő ecclectikát látunk a hatástani fejtegetésekben. A régi idők lehelletét az orvostudománynak talán egy ága sem viseli még annyira magán, mint épen a balneologia gyakorlati téren. Az orvosságos forrásoknak — mint a hogy a jó *Mikes* Kelemen a gyógyforrásokat nevezte volt — számos olyan hatást imputálnak még ma is, a melyek nem illetik meg, vagy legalább nem oly fokban illetik meg őket. A pontos differentiálás tagadhatatlanul nehéz művelete bizony a gyógyforrás vizek hatástanában még sokszor hiányzik. Holott alapos vizsgálatok, kísérletezések máris számos elfogadható támasztó pontot adtak a kezünkbe, melynek segítségével a látszólagos útvesztőben eligazodhatunk. Sok nyílt kérdés van ugyan még, igen sok helyütt ellentétes vizsgálati eredményekkel találkozunk a balneológiában, de már tudásunk a gyógyvizek hatásának megértése körül lassacskán mégis jelentékenyen tisztázódik. Olyan erős, objectiv kritikát gyakorló szerző, mint a minőnek *Glax* főleg könyvének e középső részében mutatkozik, valóban nagyot lendít a vitás kérdések helyes megvilágításán. Nagyon meglátszik a fejtegetéseken, hogy a munka írója maga is jó megfigyelő és experimentator, a ki a mellett egyenes gondolkodására támaszkodva, biztos fonalat talál az adatok sokszor nyomasztónak tetsző zavarában is.

A balneotherapiai részben az ásványos vizeknek először belső használatával, majd külső alkalmazásával foglalkozik szerző. Előrebocsátja mindenütt a physiologiai és pharmacodynamiai hatás taglalását, s utóbb ismerteti a gyógyvíz értékét a therapia szempontjából. Az ivó-, valamint a fürdő-kúrának külön tárgyalja az ásványos vízben foglalt gázok és külön a bennlévő fix alkotórészek jelentőségét. A glaubersós vizek sótartalmának ismertetésénél graphikus úton állítja elénk az egyes források töménységét és pedig *Struve* szemléltető módján, a mi az összehasonlítást az egyes vizek között igen megkönnyíti. Több hasznos rajz ékelődik bele a könyv e második részébe is: a *Czernicki*-féle calorimeter, a *Clar* által megadott inhalatorium-berendezés, a *gleichenbergi* ásványos víz-melegítő és gáztalanító apparatus képe, stb.

A magyar fürdők és gyógyvizek említésekor — a mi a dolog természetéből folyólag lépten-nyomon történik —, sajnos, még mindig német ruhában szereplünk. Fürdőink és ásványos forrásaink igazi neve még ebben a különben igen tiszteletreméltó munkában sem talált mindenütt alkalmazást. Hiába, csak nagy a megszokás hatalma! Mindamellett el kell ismernünk, hogy magyarnak van meghagyva a könyvben minden olyan fürdő- és forrás-nevünk, melynek német neve nem ismeretes. Ha itt-ott e pontot illetőleg megnyugtató kivételt is találunk, ezt a magyar szerzők munkája gyümölcsének tudhatjuk be, a kik németül is megjelenő közleményeikkel a valódi, hivatalos helymegnevezéseket lassacskán talán mégis csak el fogják terjeszthetni.

A mű III. főrésze: a *klimatologiai* rész (333—408 oldal), nemkülönböztetve használható fejezete az előttünk fekvő könyvnek. Kellő átlátszóssággal tárgyalja a klíma tényezőit (levegő

összetétele, temperaturája, fény-viszonyai, nedvessége, nyomása), a különböző éghajlatokat (tengeri klíma, szárazföldi-, hegyi és alföldi-éghajlat), majd áttér az égalji viszonyok therapiás értékesíthetőségére. Pótléklul csatlakozik e főrészhez a terrain-kúrák ismertetése, valamint az egész kötet eddigi anyagához egy kis rövid *balneodietetika*, a szőlő-gyógyításmód, a tej-, savó- és kefir-kúrák méltatásával.

Mindent összevéve, *Glax* balneotherapiájának az első kötetét elismerő sympathiával kell fogadnunk tagadhatatlan érdemeinél fogva. A nagy anyaghalmazzal szerencsésen megküzdött, mindent megfelelő tudományos világításba birt helyezni — a mennyire ez manapság csak lehető —, itt-ott szinte *Leichtenstern*-éhez hasonlóan kéréltelhetetlen kritikát is érzünk fejtegetései között, s a mivel könyve címének ígérését beváltja („Lehrbuch“ . . .), szintén nagy érdem: t. i. az egész mű anyagát áttekinthetővé is tudja tenni. Ez irányban a munka használhatóságát az egyes fejezetek végén adott összefoglalások („Resumé“-k) csak emelhetik.

*Kuthy* dr.

## Hetiszemle és vegyeselek.

**A főváros egészsége.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1898. márczius 13-dikától 1898. márczius 19-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 480 gyermek, elhalt 248 személy, a születések tehát 233 esettel múlták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 0, ronesoló toroklob 5, hökhurut 1, kanyaró 3, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 4, gyermekági láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykéreglob 10, agyvérömleny 5, rángások 5, szervi szívbaaj 22, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurhut 60, tüdőgümő és sorvadás 42, bélhurut és béllob 4, carcinomata et neoplasmata alia 16, méhrák 1, Bright-kór és veselob 8, angolkór 3, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 12, erőszakos haláleset 4. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2498 beteg, szaporodás 732, csökkenés 739, maradt e hét végén ápolás alatt 2491. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1898. márczius 19-dikétől márczius 26-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten elfordult megbetegedés: hagymázban 10 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 39 (meghalt —), vörhenyben 35 (meghalt 1), kanyaróban 82 (meghalt 0), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 23 (meghalt 4), trachomában 5, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 10 (meghalt 2), orbánczban 11 (meghalt 1), gyermekági lázban — (meghalt 1).

**Külföldi egyetemek.** Sage fivérek az amerikai Cornell egyetemnek klinikák építésére 100,000 dollárt ajándékoztak, W. C. Mc. Donald pedig a montreali egyetemnek új vegytani intézetre 240,000 dollárt, a természettudományi és jogi facultásoknak további negyedmilliót bocsátott rendelkezésre. Ward tanár számítása szerint Amerikában egyetlen év alatt 5 millió dollár alapítványt tettek tisztán tudományos célokra, a jótékony adományok ez összeg háromszorosát teszik. — Moszkvában a szentpétervárihoz hasonló orvosi iskolát terveznek nők számára.

**Az orosz egyetemi hallgatók sorsa** nagyon kedvezőtlen. Egy pétérvári orvos adatokat gyűjtött, hogy az egyetemi hallgatók hogyan táplálkoznak. 302 tanuló közül 62 otthon a családjánál étkezik, ezeken kívül 51 élelmezése türhető, míg a többiek tápláléka teljesen elégtelen, sőt nyomorúságos.

**Amerikában** még mindig vannak intézetek, melyek az orvosdoctori gradust pénzért adományozzák. A chicagói ilyen diploma-gyár rajta vesztett, mert kiderült, hogy az intézet (independant medical college) az orvosi tudományokat nem tanította s olyanoknak is adott diplomát, kik orvostant sohasem tanultak.

**Megbízások.** Az igazságügyiminister a soproni törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendőknél második törvényszéki orvosi minőségben való rendes ellátásával *Réthy Gusztáv* dr.-t, a beszterezsei törvényszék területére pedig *Haimann József* dr.-t bizta meg.

**Szabó Ferencz** dr. kaloccai gyakorló orvost a király a közegészségügy terén közel félszázadon át teljesített emberbaráti működéséért a Ferencz József-rend lovagkeresztjével tüntette ki.

**Dr. Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiű ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

## Fasor-sanatórium Vizgyógyintézete

**Budapesten, a Herczel-féle sanatóriumban** (városligeti fasor, 9. szám). Bejáró és belakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső** (lakik: VII., Erzsébet-körút 58).

**Téli kúra** rheumatikus bajok, kösvény, ischias stb. ellen **a Szt. Lukács-fürdőben Budapest.**

A szállodák és fürdők egy épületből képeznek. Minden helyiség jól fűtve van. Mőghülés kizárva. **Kénes iszapfürdő.** Külön fürdők. Douche-massage stb. Felvonó a vízben. Lift. Lakás és teljes ellátás hetenként (közepes ár 25 frt). Prospectust küld az igazgatóság.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A magyar szent korona országai balneologiai egyesülete (VIII. évi közgyűlés 1898. márczius 27-dikén.) 169. l. — VIII. magyar balneologiai congressus (I. ülés 1898. márczius 27-dikén.) 169. l. (II. ülés 1898. márczius 28-dikán d. e.) 170. l. (III. ülés márczius 28-dikán d. u.) 171. l. — Közkórházi orvostársulat (IV. bemutató szakülés 1898. február 23-dikán) 171. l. — Magyar orvosi könyvkiadó társulat, (Közgyűlés 1898. márczius 30-dikán.) 172. l.

## A magyar szent korona országai balneologiai egyesülete.

(VIII. évi közgyűlés 1898. márczius 27-dikén.)

Elnök: **Taufer Vilmos**; jegyző: **Lőw Sámuel**.

Elnök a közgyűlést a következő beszéddel nyitotta meg:

Tisztelt közgyűlés!

A mikor a balneologiai egyesület eme VIII. közgyűlése alkalmával az összegyűlt igen tisztelt tagtársakat üdvözölöm, egyszersmind örömmel adok kifejezést, azért az élénk érdeklődésért, a melyik most is nyilvánvaló egyesületünk ügyei iránt. Az igazgató tanács feladatának tartja beszámolni arról, hogy miként sáfárkodott azokban az ügyekben, melyeknek vezetését reája bizni méltóztattak; a főtítkár úr jelentésében méltóztatnak majd hallani, hogy mi mindennel foglalkoztunk az eltelt év alatt. Ez évnek működése nem annyira kifelé való hatásban, mind inkább a jövőnek előkészítésében állott; magam e helyről csak néhány mozzanatra akarok reámutatni, mi véleményem szerint a jövő előkészítésében fontossággal bír és jellemző a tekintetben, hogy a balneologia ügye mindinkább tért foglal a köztudatban.

A legfigyelemreméltóbb jelenség, hogy parlamentünkben, a földművelésügyi tárca költségvetésének tárgyalása alkalmával (talán először) hangzottak, képviselők, volt és jelenlegi ministerek ajkáról, balneologiai vonatkozású és érdekű, az ügy fontosságát bizonyító beszédek. Ha nem is tulajdonítunk túlságos nagy fontosságot az ilyen beszédeknek önmagukban, amny azonban bizonyos, hogy általuk a balneologiai érdekek országos jellege és méltánylásra érdemes volta hovatovább azokban a körökben is mindinkább felismertetik. Az ilyen természetű beszédek és viták a parlamentben előkészítik a tét arra, hogy utóbb jól megszerkesztett balneologiai érdekű előterjesztések ne legyenek egészen idegenek a parlament előtt.

Még nagyobb horderejű dolognak látszik előttem továbbá az, hogy egyesületünknek régebbi kezdeményezése és nem szűnő buzgólkodása folytán, a belügyministerium kebelében, az igazságügyi, pénzügyministeri delegatusok és saját egyesületi szakképviselőink közreműködésével csaknem elkészült „a fürdőügyi törvényjavaslat”, melyben összes érdekeink méltányolva lesznek.

Nem volna még most idősebbi annak részletezésébe boesátkozni, hogy mi mindent várunk e törvényjavaslat törvénynyé lételetől, legyen elég annyit mondani, hogy jóformán mindaz méltányolva van benne, a mit mi ily irányban kezdettől fogva programunkba írtunk. Az én felfogásom szerint a magyar balneologiai és törvénynyel egy új korszaka fog kezdődni és a balneologiai egyesületé leendő kezdeményezés érdeme, ha az ige testté váland valaha.

Egyesületünk tagjainak egy szűkebb körére, t. i. a fürdő- és ásványviz-tulajdonosokra nézve bir fontossággal az a körülmény, hogy az igazgatótanács a fürdők megadóztatásának kérdésében összegyűjtve a konkrét panaszokat, szakszerűen kidolgozott felterjesztést készített a pénzügyi minsterhez és a törvényre hivatkozva, kérte ki nem egy szempontból fontos, elvi jelentőségű elhatározását, illetve rendelkezését. Hogy mi eredménye lesz fellépésünknek, azt természetesen ma még megítélni nem tudhatjuk; mi sem bizonyítja azonban jobban a társulásnak, az egyesülésnek súlyát, mint az, hogy ime van hazánkban egy erkölcsi testület, mely önzetlen és érdeknélküliségének önzertes, tehát meggyőző hangján léphet sorompóba tagjai érdekeinek védelmezésében.

Végül örömmel tölt el, mondhatni, hogy a congressus alkalmára a szaktudósoknak olyan tekintélyes száma jelentett be előadást, hogy az igazgatótanács csaknem zavarban volt az anyagának rendelkezésre álló idő keretén belül való elrendezésében és nem egy jelentkező urat kellett kérnünk, hogy tudományos előadását a jövőre halasztassa.

Mindez uraim biztató a jövőre és örvendetes a jelenben reánk nézve, kiket az önök bizodalma az ügyek vezetésének élére állított, mert kecsgetet azzal a reménnyel, hogy önök a balneologiai egyesület jelenirányát talán nem találndják rossznak és reménnyel kecsgetet az iránt is, hogy a balneologiai egyesület az őt megillető befolyást a társadalomban hova-tovább mindinkább el fogja érni és képes lesz üdvösen munkálkodni a kitűzött célok érdekében.

Bizva a jövőben és számítva az önök buzgó támogatására, van szerencsém az országos balneologiai egyesület VIII. közgyűlését ezenel megnyitni.

\*\*\*

Mielőtt napirendünkre áttérnénk, engedje meg a tisztelt közgyűlés, hogy egy kegyeletes szomorú kötelességet teljesítsék.

Köztudomású a szomorú tény, hogy utolsó közgyűlésünk óta sorainkból a kéréhetlen halál egészen váratlanul kiragadta az egyesületnek egyik buzgó és fáradhatlan alelnökét: Schwimmer Ernő dr. tanárt.

Schwimmer Ernő egyesületünk szervezésének egyik főtényezője volt; első naptól kezdve szeretettel és odaadással állott ügyünk szolgálatában, időt és fáradságot nem kimélve még személyes tekintélyének mérlegbe vetésével is buzgólkodott a balneologiai egyesület-

nek felvirágzásán; számosan közülünk benne a jóbarátot, az egyesület pedig egyik fő támaszt oszlopát veszítette.

Azt hiszem, hogy a közérületnek adok kifejezést, a mikor a következő indítványt vagyok bátor az igen tisztelt közgyűlésnek elfogadás végett előterjeszteni:

1. Indítványozom, illetve kérem a t. közgyűlést, hogy az elhunyt érdemes alelnöknek emlékéit felállással tisztelje meg.

2. Indítványozom a következőket: az országos balneologiai egyesület VIII. közgyűlése Schwimmer Ernő dr. egyetemi tanár, egyesületi alelnöknek halála alkalmával kegyeletét kifejezendő, jegyzőkönyvében hálával emlékezik meg azokról az érdemeiről, a melyeket az elhunyt az egyesület alapítása és felvirágoztatása körül a kezdet nehéz idejében magának szerzett és mély sajnálatát fejezi ki azon veszteség felett, a mely a hazai orvostudományt, a szenvedő emberiséget, de különösen az országos balneologia egyesületet az érdemes férfiú halálával érte.

3. Indítványozom, hogy e kegyeletes megemlékezésről az elhunytak családja, a jegyzőkönyvi kivonatnak csatolása mellett, az igazgatótanács útján egy részvételtjes átiratban értesíttessék.

A közgyűlés a Schwimmerre vonatkozó indítványokat magáévá tette.

Lőw Sámuel főtítkár jelentése szerint az egyesület igazgatótanácsa a lefolyt évben is számos fürdőügyi kérdéssel foglalkozott, nevezetesen a gyógyfürdők betegforgalmi kimutatásaival, a kereskedelmiügyi minster által elrendelt statisztikai adatokkal, a fürdők megadóztatásával, egy hitelszövetkezet megalkotásának kérdésével stb.

A brüsszeli nemzetközi kiállításon az egyesület saját költségén a magyar ásványvizek gyűjteményét állította ki.

A moszkvai nemzetközi orvosi congressus alkalmára *Boleman István* dr. ismertető munkáját a magyar fürdőkről és ásványvizekről német és francia kiadásban több ezer példányban Moszkvába küldötte és a congressus tagjai között szétosztatta.

A folyó évre az egyesület balneologiai fali naptárt adott ki, mely a hazai orvosok között díjtalanul terjesztetett.

Az egyesületi tagok száma: az orvostudományi osztályban 273, a gazdaságiban 83, összesen 356 rendes tag.

Jelentése végén a főtítkár az egyesület keretén kívül eső fürdőügyi mozgalmakról és az újabb balneologiai irodalomról emlékszik meg.

A pénztáros jelentése szerint bevétel volt 3765 frt 13 kr., kiadás 2149 frt 75 kr. Pénztári maradvány 1615 frt 38 kr.

*Hankó Vilmos* „Magyarország fürdői és ásványvizei az 1900-diki kiállításon” címen tart előadást. A kiállításnak tisztán tudományos jellege lesz, nem reklamszerű, mert a rendelkezésre álló tér és pénz csekély. A közgyűlés a tervek kivitellel megbizta továbbra is az igazgatótanácsot.

Ezután *Szilvássy János* (Borszék) és *Masa István* (Szeged) indítványai kerültek sorra, melyeket a közgyűlés, az igazgatótanács véleményének acceptálása mellett, mellőz.

Végül a gazdasági osztály elnökét választják meg *Papp Sámuel* dr. országgyűlési képviselő személyében.

## VIII. magyar balneologiai congressus.

(I. ülés 1898. márczius 27-dikén.)

Elnök: **Bókay Árpád**. Jegyző: **Lőw Sámuel**.

**Ónodi Adolf**: „Tüdőbajosok sanatoriumokban és klimatikus helyeken” című értekezést olvas fel, melyet lapunk más rovatában fogunk közölni.

*Kuthy Dezső*: Egyetért előadóval, hogy a sanatoriumi kezelés az egyedül célravezető, bár nem specificum a tüdővész kezelésében, de ezt nem is állította senki. A sanatoriumi iskola befolyása a tüdővészre igen értékes vívmány. A kezdet nehézségei és tévedései is előfordultak. Szóló hajlandó a sanatorium fekvő folyosóival aequivalensnek tekinteni a rivierai hétel nyílt folyosóját, ha a betegre vigyáznak.

Hogy kénytelenek vagyunk öszintébbek lenni a beteg iránt, mint különben, ez onnan van, mert különben a beteg el sem megy a sanatoriumba; de mert gyógyítható szívesen megy. A leprakórházak sem lehettek kellemes tartózkodási helyek és a lepra eltiint, úgy hogy a norvég kormány most a leprakórházakat a tüdővészeseknek engedti át.

A betegek iránt különösen humanusnak kell lenni és itt nagy szerepet játszik az orvos egyénisége. A klimatikus gyógyhelyekkel egybekapcsolt sanatoriumok a legjobban megfelelnek a célznak, és a beteg a tartózkodási helyét az évszak szerint változtatassa.

A Korányi által megindított mozgalom gyümölcseként nemsokára megnyílik a szegény tüdőbetegkórház, ezt követni fogják a vidéken is ilyen kórházak, csak a társadalom érdeklődését kell felkelteni.

*Papp Sámuel*: Egyetért előadóval, hogy a sanatoriumi kezeléstől a legtöbbet lehet várni; de nem annyira a sanatoriumokra helyezendő a fűsúly, hanem a nép jólétének fokozatos emelésére közgazdasági esz-



közökkel, továbbá olyan közegészségügyi intézkedésekre, melyek alkalmasak arra, hogy a városokban lakó népnek, kiváltképpen a serdülő ifjúságnak biztosítsák a szükséges levegőt, napsugarat és mozgást. Gyermekjátóshelyek felállításáról kell gondoskodni, a gyermeknevelést kell helyes alapokra fektetni.

Szól ezután a tüdővész theromoterapiájáról, mely *Jakoby* nevéhez fűződik. Mesterséges hyperaemiát idéz elő a csúcsokban, gumimellény és a test közé bocsátván meleg gőzt. Állítólag javulásokat értek el. Szólónak nincs ez irányú tapasztalata.

*Tauffer Vámos*: Kiemeli a fürdőorvosoknak e tanulmányokra való hivatottságát és hogy a publicum lehető legnagyobb mértékben való felvilágosítása, mint Norvégiában, nálunk is megtörténjen. A balneologiai egyesület minden ilyen lépést szívesen támogat.

#### Balneologiai kirándulások a magyar fürdők érdekében.

*Sümei József*: Szükségnek tartja, hogy az orvosok a fürdők viszonyaival ismerősek legyenek. Tekintve, hogy Magyarországon szálló igévé nőtte ki magát az az állítás, hogy gyógyhelyeink nélkülöznek minden kényelmet, kellemetlenek és drágák, noha nagyon sok fürdőhely nagy áldozatok árán oda fejlődött, hogy vetélkedik a külföld legelőkelőbb fürdőivel, ezek csak akkor fognak kellő támogatásban részesülni, ha az orvosok megismerkednek velük. Ez okból tartja cél-szerűnek a balneologiai kirándulásokat, természetesen csak azon gyógyhelyekre, melyek a következő feltételeknek megfelelnek: 1. berendezésük, fekvésük, higiéniájuk kifogástalan, 2. jó lakás, 3. jó étkezés, 4. nincsen osztálykülönbség és a fürdővendégek egyformán jó bánásmódban részesülnek.

Az ily fürdők megismerése szükséges és közgazdasági szempontból fontos.

*Csapodi István* indítványára elhatározza a congressus, hogy Bókay tanár balneologiai kirándulásait, hogy a szegényebb medicusoknak is lehetővé tegye az azokban való részvételt, a pénztár állásához mérten támogatni fogja.

#### Minő kedvezményben részesüljenek az orvosok fürdőinkben?

*Sümei József*: Ezránti javaslata oda terjed, hogy orvosok és családtagjaik teljesen gyógy- és zenedíjmentesek legyenek, díjtalanul használhassanak bármely fürdőt vagy gyógyudort, a fürdőtelep bármely szállodája vagy lakásában tartózkodjanak is.

Lakásra vonatkozólag: tekintve, hogy fürdőinknek több mint 50%-a a nyújt kedvezményt, a következőt ajánlja: orvos a fősaiszonban 25%, elő- és utósaiszonban 50 százalék engedményt kapjon, családtagok 15 és 30%-ot.

*Fenyves* (Bártfa), *Szmialovszky* (Rajecz), *Bosányi* (Budapest), *Tauffer* hozzászólásai után az indítványok az igazgatótanácshoz utasítottak.

(II. ülés 1898. márczius 28-dikán d. e.)

Elnök: *Papp Sámuel*; jegyző: *Löw Sámuel*.

#### A szívbetegek balneoterapiája.

*Tauszk Ferencz*: A balneoterapia alkalmazása csak akkor járhat igazi sikerrel, ha az arra alkalmas egyéneket egy megbízható eljárás segítségével áll módunkban kiválasztani és a gyógyudor sikerét vagy ártalmát felülvizsgálhatni akkor lehetséges, midőn azok még kezdetlegesen és nem nyilvánulnak irreparabilis szívátulaton, szívgyengeségben. Ezen módszer az I. belkórórában *Korányi Sándor* által kidolgozott fagyasztási eljárásban gyökeredzik. Lényege, hogy szívbetegnél a vizelet normalis lehet, a miből az következik, hogy a beteg vérkeringésének 24 órára vonatkoztatott középsebessége szükségleteinek megfelelő. Ha ez a középsebesség, a szükségletnek megfelelő, aláüllyed,

ha tehát a szív működés elégtelenné válik, a  $\frac{A}{NaCl}$  emelkedik: a vize-

let relatív konyhasótartalma leszáll. Kísérletek kimutatták, hogy azon szívbetegnél, a kinél a vérkeringésebbesség a szívbaj daczára még normalis, egészséges emberre nézve jelentéktelen munka már elegendő a vérkeringés sebességének nagyfokú kisebbitésére. A szív állapotának megítélésére e munkával szemben szerző 1891-ben *Friedrich dr.-ral* egyetemben egy eljárást hozott alkalmazásba, a mely klinikailag felette értékes, de érzékenység tekintetében a fagyasztás mögött marad.

A balneoterapeutikus eljárások közül első helyen említendő a klimatikus viszonyok. A hideg levegő az anyagcsere élenkítőleg hat, a szív munkáját fokozza és catarrhalis állapotokra disponál. Eppen ellenkező hatással van a meleg levegő: az izomzatra, az edényidegekre és az összes funetióra hűdtőleg hat. Miután a szívizom serkentése hasznossal is van, a mérsékelt hőmérsékkel bíró klímák a túleleg klímák fölé helyezendők. A légnyomás a klimatikus gyógyhely szempontjából mint légnyomásosökkenés érvényesíthető. Hatása izgató. A vérsjétek megszaporodására vonatkozó észleletet szerző a mechanikus viszonyok figyelembe vételével fejti meg.

A pneumatoterapia alkalmazása nagy elővigyázatot igényel: ritkított levegő belégzésére a belégzés nehezül, a kilégzés könnyítettik, a tüdő vitalcapacitása, a vérnyomás, az élyenfelvétel, a szénsavkiadás csökken, az anyagcsere lassított, a vér a periphéria felé tódul. A sűrített levegő hatása ellenkező.

Behatóan tárgyalja ezután az *Oertel-féle* terrain-gyógyudort. Azon kifogások közül, melyeket egyes külföldi szerzők, így kivált *Lichtheim* ellene felhoztak, kivált kettővel foglalkozik, t. i., hogy kívánatos-e

a fehérjedús táplálék súlyos pangás eseteiben és hogy a vízelvonás tanácsos-e?

A fagyasztási methodus eredményei szerint a fennálló molecularis oligoemia következménye az osmosis nyomás emelkedése, a mely fokozott folyadékfelvételt eredményez, a miért is az *Oertel-féle* gyógyudor ezen részlete elvetendő. Míg, habár a vízelvonás szívbetegeknél a különben is magas osmosisnyomást fokozza, a vízkór létrejöttének mechanizmusa és a fennálló hypalbuminaemia a vízelvonás észszerűsége mellett szól.

A vízfelvétel mint gyógyhatány immár ismételt tanulmány tárgyává tetetett és ez irányban *Friedrich* és *Stricker* vizsgálatai ma is mérvadóknak tekinthetők. Bő vízfelvétel egészséges embernél rövid időre szaporítja és hígítja a vért, míg hiányos szív működésnél a hydraemiahoz közeli állapot fejlődhet annak összes káros utókövetkezményeivel. Részletesen ismerteti ezek után a szívbetegeknél alkalmazott gymnasticát. *Senator* szerint ez mindenekelőtt a légzési és vérkeringési szervek fokozott működésében nyilvánul. *Ortner* szerint a vér a periphériáról a visszerek útján könnyebben jut a szívbe, de a vér a légzési izmok fokozott működése következtében a jobb szívből a tüdőkön át a bal szívbe és aortarendszerbe is könnyebben jut és a szívizom reflectoricé erősebb összehúzódnásokra lesz serkentve.

Könnyen érthető, hogy ily módon a szív erősebb összehúzódnásai folytán jobban kiürül, de hogy forciozott izommunka még az ép szívet is károsan befolyásolhatja, arra vonatkozólag szerző hivatkozik azon tapasztalataira, melyeket a hygienikus congressus alkalmával rendezett evező-versenyeken gyűjteni alkalmá volt.

Szerzőnek *Friedrich dr.-ral* egyetemben végzett kísérleteiből az is kitűnik, hogy a szívbelfelületen elszorított nyomás az izommunka tartama alatt igen jelentékeny és hogy már élettani és még fokozottabb mérvben kórtani körülmények között a szívizomzat tágulását feltételezhetjük. De ezen vizsgálatok igazolták egyszersmind azt is, a mi mindezen gymnastikus eljárások alapját képezi, hogy a dilatált szív, ha más körülmények a tágulatot nem állandósítják, teljesen visszafelújtható.

A balneoterapia keretébe tartozó utolsó részlet a fürdők alkalmazása. A fürdők hatásánál annak hőfoka, mozgása és vegyi összetétele jön leginkább szóba. Mérvadóknak tekintendők e tekintetben *Winternitz* fejtegetései, melyek a *Röhrig-féle* kísérleteken alapszanak. Gyenge, az érzióidegkre ható ingerek a kis üterek szíkkületét eredményezik, az ellentállás növekedik, a szív működése gyorsabb lesz, erősebb bőringerek a véredényekre hűdtő befolyással vannak, a vérnyomás alábbszáll, de miután a vagus gátló rostjait is izgatják, a szívösszehúzódnások bár lassulnak, de e mellett egyszersmind erősbödnek is.

A bőrre ható ingert a víz hőfoka képviseli. A vasomotorikus idegek a hő és mechanikus ingerek útján úgy direct, mint a különböző érzióidegek részéről reflectoricé izgathatók. Thermikus ingerek a szívre direct alkalmazva a szívizom tonusát növelik. Látható tehát, hogy túl meleg vagy hideg fürdők az akadályok leküzdésére képtelen szívvel hiányos vagy káros beidegzés eseteiben veszélylyel járnak, de másrészt azt is igazolják, hogy arra alkalmas esetekben a szív tonizálására sikerrel alkalmazhatók.

Hogy a meleg fürdők nem feltétlenül ártalmasak, azt egyéb szerzők között *Pártos* is igazolja. A víz mozgásának hatása azon hatalmas bőringerekben fekszik, mely a testhez való ütögetések következtében létesül és itt a thermikus és mechanikus ingerek bizonyos tekintetben találkoznak.

Hogy a vízben foglalt gyógyhatányok hatása miben rejlik, az végleg nem tisztázott, de szerző a bőr feltétlen átjárhatlanságát, támaszkodva a vizaknai hullaletekre, nem hajlandó elfogadni. Egyes fürdőknek, mint pl. a szénsavasoknak a szívre kísérletileg igazolt tonizáló hatása annak a bőr peripherikus idegeire gyakorolt hatásából kielégítően megmagyarázható még akkor is, ha azokból tényleg felszívódásra semmi sem jutna. A divó magyarázat szerint a hűvös szénsavas fürdők a bőr edényeinek szíkkületét és ezzel a szív működés fokozódását eredményezik, de csakhamar az edények tágulnak, a fürdő só- és szénsavtartalmának a bőrre gyakorolt izgató hatásának eredményeképpen, a mi a szív elé háruló akadályok kisebbedésével azonos.

Szerző utal rá, hogy mindezen eljárások nem schematizálhatók és úgyszólván mindig pillanatnyilag az individuum szív működési képességéhez alkalmazandók. Utal rá, hogy mindezen methodusok még a *Nauheimban* gyakoroltak is nincsenek helyhez vagy személyhez kötve és sikerrel alkalmazhatók nálunk is, hol a természet ezen balneoterapeutikus eljárások keresztülvitelére oly kedvező alkalmakban bővelkedik.

*Kuthy Dezső* köszönetet mond előadónak, hogy a physiologiai ismeretek fontosságát kiemelte.

Tudjuk, hogy a szívre alkalmazott hideg borogatás a szívet megnyugtató képes, de ne legyen az nagyon hideg, mert nekrosist hozhat létre. *Winternitz* azt ajánlja, 10°-nál ne menjünk lejjebb. Az indifferens fürdőket előadó valószínűleg a hőfokra értette.

Az izzasztó fürdők szívbajnál csak akkor indicáltak, mikor a szívizom már oly gyenge, hogy belső szervekkel nem befolyásolható, ezért a periphériás részen felhalmozódott filtratumot ily módon izzasztással kell eltávolítanunk, hogy a szív a nagy munka egy része alól felszabaduljon.

*Tauszk Ferencz*: Az indifferens fürdő kifejezést a hőfokra értette, mert ásványtartalmuknál fogva nem gyakorolhatnak a fürdők semmiféle hatást.

#### Az erdélyi sósfürdőkről.

*Bikfalvi Károly* (Maros-Újvár): Felemlíti konyhasós fürdőink fejletlenségét és ennek okait egyfelől a sómonopoliumban, másfelől a



konyhasós fürdő berendezésével járó nehézségekben találja. Sós vizet mellett a befásítás nem igen sikerül és a talajszűnyedés miatt az építkezés is több költséggel és nehézséggel jár.

Az erdélyrészi sós fürdők berendezésüket illetőleg két csoportba oszthatók. Az első nagy csoportba tartoznak a *sóstavakra épített fürdők* (Kolozs, Görögnyásokna, Szováta, Torda és Vizakna). A másik csoportba a *vezetett vízzel sós fürdők* tartoznak. Ilyen Erdélyben a *marosújvári sós fürdő*, amely a m. kir. kincstár tulajdona.

A maros-újvári sós fürdő igen sok előnnyel rendelkezik. A befásítás lehetséges, és már igen sok befásított tere és sétatere van. Vizei kiváló tiszták és bő mennyiségben vannak. Maros-Ujvár vasúti fővonal mentén fekszik, fürdője mondhatni a községben van. Már is igen sokan látogatják. Kedvező fekvésénél fogva előad nagyobb sós fürdő kifejlesztésére a maros-újvári sós fürdőt tartja legalkalmasabbnak, mert ott kis költséggel, könnyen, igen sokat lehetne segíteni azon a hiányon, mely hazánkban a konyhasós fürdők dolgában fennforog.

**Bókay Árpád:** Felhívja a figyelmet arra, hogy az országban legalább egy sós fürdő legyen, ez pedig csak nagyobb áldozatok útján lehetséges, azért a balneologiai egyesület hívja fel erre a maros-újvári sós fürdő tulajdonosát, a magyar kincstárt.

#### A hidegvízgyógymód kombinálva massage és gyógygymnastikával fürdőinkben.

**Kelen István (Uj-Tátrafüred):** Felolvasása elején hangsúlyozza, hogy a minden téren való haladás főleg a legutóbbi időben hazai fürdőinkben is élenként nyilvánult, a mennyiben a hosszú évszázadokon át való stagnálást feltűnő fejlődés követte. Így pl. alig van fürdőnk, ahol többé-kevésbé fényes berendezésű hidegvíz-gyógyintézetek ne volnának. Hiány azonban még mindig constatálható, mely felolvasó szerint főleg abban nyilvánul, hogy nincsenek még massage és svéd gyógygymnastikai intézetek berendezve fürdőinkben, ép úgy, mint az ismeretesebb külföldiekben, mert bármi nagy hatásokat lehet elérni a levegő- és hidegvízkezeléssel, azokat csak fokozni lehet kombinált mechanoterapeutikus kezeléssel. Felolvasó fürdőorvosi tapasztalatai és tanulmányai alapján hivatkozva a kiválóbb szakemberek erre vonatkozó nézeteire, bővebben méltatta a főbetegségeket, első sorban az idegbajokat, a melyeket csodás biztonsággal és meglepő eredménnyel gyógyít a hidegvízkezelés kombinálva massage és gyógygymnastikával.

A következő előadó **Pollák Manó** volt, aki a **pöstyéni Ferencz József-fürdőházat** ismertette.

(III. ülés 1898. márczius 28-dikán d. u.)

Elnök: **Bókay Árpád**, később **Taufer Vilmos**; jegyző: **Löw Sámuel**.

#### A gyermekbetegségek hyperchlorhydriás alakjainak diaeto- és balneoterapiája.

**Aldor Lajos (Karlsbad):** (Egész terjedelmében közölni fogjuk.)

**Kövesi:** Előadó szerint hazánkban a hyperchlorhydria nem ritka. Az I. belklinika 61 gyomorbeteg közül 60—70 total gyomoraciditással gyomornedv volt 16·50%-ban; 70—80 11·50%-ban, 80—90 50%-ban, 90—100 1·50%-ban. Tehát nem ritka e bántalom, de excessiv magas értékek nincsenek. A gázfejlődést a hyperaciditás nem gátolja meg. A hyperchlorhydria és pepsinikiválasztás közt nincs parallelismus, a pepsinikiválasztás hátráltatva van.

**Bosányi Béla:** Fontosnak tartja a diétát nemesak ivókúráknál, de a víz külső alkalmazásánál is.

Ohajtandónak tartja, hogy a Franciaországban megindult table de regime, mely a dietetice élők számára külön osztályt rendez be a vendéglőkben, nálunk is meghonosíttassék.

**Gáman Béla:** A hyperchlorhydriás állapotot első sorban ideges bántalomnak tekinti. De ez megkülönböztetendő azon alaktól, melynél bővebb sósav kiválasztás van már étkezés előtt is; ezeknél a szénhidratok rosszul türetnék. Fehérjéket bőven kell adni, hogy a sósavat megküssék. Fontosnak tartja szólni, hogy a beteg a diétát megtartsa később is.

**Bókay Árpád:** Azt hiszi, hogy ulcus ventricularis a hyperchlorhydria nemesak főtünet, de aetiologiai momentum. Szólv azt hiszi továbbá, hogy a különböző országokban a hyperchlorhydria a só élvázolással függ össze, legalább ezt saját magán tapasztalta. Így állván a dolog hyperchlorhydriánál, a konyhasós, szénsavas natronsós vizek kerülendők és jobbak a sulfatos vizek.

**Aldor Lajos:** Az ulcus és hyperchlorhydria közti összefüggés tárgyalásába nem akart belemenni, a klinikusok nagy része Bókay nézetén van. Oszta Bókay nézetét a hyperchlorhydria előfordulását illetőleg, pl. Javorszky a legtöbb hyperchlorhydriát észlelte a lengyel zsidóknál, kik igen fűszeres ételkkel élnek.

Kövesi adatait köszöni, tiszta hyperchlorhydria esetén nem tapasztalta, hogy a pepsinikiválasztás csökkent volna.

Gáman szemben megjegyzi, hogy tiszta hyperchlorhydria esetéről szólvott, és ezektől elválasztja a gastrocnisist és a Reichmann által leirt gastrosuccorrhoeát. A gyógyítás csak symptomatikus lehet. Nem fogadhatja el kísérletei alapján, hogy az ivókúráknak specialis diéta kellene.

#### A balesetek által sérülteknek fürdővel való utókezeléséről.

**Weisz Ede (Pöstyén):** A törés, ficam, inrándulás s zúzódás után visszamaradni szokott fájdalmas állapotoknak s izületi merevségeknek kén- s iszapfürdőkkel való sikeres kezelését behatóan tárgyalja s megfelelő kóresetek felsorolásával bizonyítja.

**Russay Gábor Lajos:** „Innen-onnan“ cím alatt a fürdői élet félszégeit, a fürdőorvos sanyarú helyzetét vázolja, a kúrtakság gondatlan kezelését felpanaszolja, élénken és humorosan, mely előadás élénkebb vitát provocal, melyből kitűnik, hogy a kúrtaksát a törvény és a megye szabályrendeletei szabályozzák.

#### A magyar fürdők vendégforgalma és néhány magyar fürdő betegedési statistikája az 1897-dik évbe.

**Boleman István:** Az elmúlt 1897. évben volt 160 magyar fürdőhelyen 78,319 állandó vendég, ezek között 66,598 belföldi és 11,721 külföldi. Nem szerint 29,546 férfi, 37,768 nő és 11,005 gyermek. Az ideiglenes vendégek száma kitett 103,850-et, ezek között 86,508 belföldi és 17,342 külföldi. Az összes állandó és ideiglenes vendégek száma tehát volt 182,169.

Mindössze 153 fürdőhelyről van az 1896. és 1897. évről forgalmi kimutatásunk. Ha a két évi forgalmat összehasonlítjuk, azt találjuk, hogy az állandó vendégek száma fokozódott 111 fürdőhelyen, ellenben fogyott 39 helyen, míg 3 helyen nem változott.

A gyarapodás összesen 6001 személyt tett ki az állandó vendégeknél, az állandó és ideiglenes vendégek összegénél pedig 32,156 volt az emelkedés. Legfeltűnőbb a fejlődés a balatonparti fürdők-nél, azután a vasas hévíví és vasas savanyúvíví fürdőhelyeken. Ellenben a hegyi klimatikus gyógyhelyeken és a földes és kénes hévívíví fürdőknél majdnem stagnatio állott be.

A gyógyhelyeken kezelt betegek kimutatását 33 fürdőhelyről küldték be és így részletes tudósításunk van 19,135 betegről; a legtöbb ezek közül, t. i. 4443, vagyis 27·16% anyagforgalmi betegségben — izületesűz, köszvény, görvélykór, elhízás stb. — szenvedett, ezek után következnek a női bajokban szenvedők: 2338 vagy 12·22%. Harmadik sorban állanak az idegbetegek 11·36%-kal, 2173 beteg. Közel állanak ezekhez az emésztési szervek bántalmaiban szenvedő betegek, ú. m. 2164 vagy 11·31%. A többi bajokban szenvedők egyes csoportjai mind 10% alatt maradnak.

**Weisz Ede, Bosányi Béla** ellenzik, hogy a fürdőorvosoktól betegek számát bekérjük. Elengedőnek tartják, ha az orvos csak a százalék számot mondja meg. **Litsek (Herkulesfürdő)** és **Bókay Árpád** ellenkező nézetet vannak.

Végül **elnök** köszönetet mondva az előadónak, a VIII. balneologiai congressust berekeszti.

#### Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1898. február 23-dikén.)

Elnök: **Boleman István**, később **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál**.

(Vége.)

#### Croup laryngis gyógyult esete hosszú intubálási tartammal.

**Gerlóczy Zsigmond:** Bemutat egy 4 éves fiúcskát, kit croup laryngis diagnózissal 1897. december 19-dikén vettek föl a szt. László-kórházba. A gyermek felvétele után csakhamar intubáltatott és 8 óra múlva, az első extubálás után pár óra múlva újból szükségessé vált az intubálás; sőt ezentúl alig néhány perczig volt képes a beteg tubus nélkül lélekezni. December 20-dikától január 2-dikáig 11 izben kellett őt újból intubálni. Január 2-dikától 23-dikáig tubus nélkül volt ugyan, de lélekzése ezen idő alatt is állandóan nehezített, sőt időnként jelentékenyen stenotikus, úgy hogy január 23-dikán újból kellett intubálni. Véglegesen csak január 28-dikán lehetett a tubust eltávolítani. A gyermek 14 izben intubáltatott s a tubus bennlétének időtartama 324 órát tett ki. Január 28-dikától kezdve lélekzése fokról fokra javul, s február 10-dike óta teljesen jól érzi magát. A gégetükri vizsgálat decubitusnak semmi nyoma sem mutatja ki. Érdekesnek tartotta az eset bemutatását, mert ily szerfölött hosszú intubálási tartammal tracheotomia nélkül igen ritkán következik be a gyógyulás; és mert ez az eset is támogatja annak az álláspontnak a helyességét, a melyet Bókay tanár e kérdésben elfoglalt, t. i. hogy a decubitus elkerülése céljából végzendő másodlagos léges-metszés időpontját terminushoz kötni nem lehet, és nem helyesíthető egyes észlelőknek az a merev álláspontja, melylyel a tubus bennhagyási időtartamát 4 illetőleg 5-ször 24 órában kívánják megállapítani, s ha ezen idő elteltével sem távolítható el a tubus véglegesen, akkor föltétlenül a tracheotomiát ajánlják. A secundaer tracheotomia végzésére, mint Bókay tanár is hangsúlyozza, súlyosabb jellegű decubitus jelenléte fogja megadni az indiciót, mely az egyik esetben a jelzett merev terminusnál jóval hamarabb bekövetkeztetik, míg más esetben annál jóval későbbben sem áll elő.

**Grósz Gyula:** Hogy mikor végezzünk secundaer tracheotomiát, ezt eldönteni igen nehéz és szólv csatlakozik előadó véleményéhez, hogy az eset maga határozza meg, hogy végezzünk-e tracheotomiát vagy ne. Csatlakozik szólv Bókay nézetéhez is, a ki azt mondja, hogy nem lehet olyan mereven megállapítani a secundaer tracheotomia időpontját, mint ezt Escherich és Heubner teszik.

Szólv utóbbi időben akárhányszor meggyőződött arról, hogy rövid intubatio után az extubatio sikerült és már a második vagy harmadik napon 4—6 óráig volt a beteg tubus nélkül tartható. Ez annyival inkább fontos, mert így a decubitusok elkerültének. A Bayeux által javaslatba hozott ezen intermittens intubatiót szólv osztályán két hó óta sikerrel alkalmazza.

#### Tarsitis palpebrarum e lue congenita 3 hónapos csecsemőnél.

**Feuer Náthán:** Ez év január 20-dikán a székesfővárosi szt. István-kórházba csekély belbaj miatt egy fiatal cseléd lett felvéve, ki



2 hónapos csecsemőjét magával hozta. Akkor a gyermekek szembej nem tünt fel.

Három héttel később az anya a gyermeket osztályomra hozta, hol ez — különben is fejletlen voltánál fogva fiatalabbnak látszva — az első megtekintésre oly benyomást tett, mintha a bal szemén és némileg a jobbon is blennorrhoea neonatorumban szenvedne.

A satnya gyermek egészen halvány, viaszszerűen fénylő bőrrel. A jobb szemén, a szemhéjrésein kevés nyák, a kötőhártya duzzadt, de oly halvány, hogy átlátszóságáról, illetőleg netaláni beszűrődéséről mi sem állítható. A porczok itt egyelőre nem tüntek fel nagyobbnak. A bal szemén azonban, hol a szemhéjak párnaszerűen dagadvák, a szemhéjrések megnyitása végett reájuk tett ujjak azonnal áttapintják a nagyobbodott és megvastagodott porczokat.

Ezen nagyobbodás oly nagy mérvű, hogy a porczok domború szélei az orbita szélét érintik. A porczok e nagyobbodása következtében a szemhéjrések alig 5 mm-re nyithatók, s az alsó szemhéj kifordítása is lehetetlen. Így csak az alsó szemhéjnak tarsalis része volt meg szemlélhető, mely egész látható kiterjedésében szintén nagy sápadtság mellett ulcerálnak tünt fel. A bulbaris conjunctiva nem belövelt, kissé vastagabb, az alsó limbus — csak ez volt látható — szélesebb és csipkés szélű. A szaruhártya közepén könnyű felhámzavarodás. Az egész szem a kötőhártya ulceratiója daczára inkább szárazabbnak mutatkozott.

Visszatérve a jobb szemhez, most ott is a szemhéjporczok némi nagyobbodását constatálhattam. Csak ezután néztem meg az egész gyermeket, midőn is mély rhagadések a felső ajkon, mindkét fülkagylón pedig bab nagyságú, élesen elhatárolt fekély és a fül melletti nyirkmirigyek daganata tüntek fel.

Tehát lues congenita volt jelen és ennek következményeül *tarsitis palpebrarum*. Az anyán lues nem volt kimutatható.

*Tarsitis palpebrae* már magában véve ritka bántalom; de a mennyire az irodalmat ismerem, csecsemőnél még nem észleltem.

Vogel 1873-ban észlelte ezen bajt 8 éves fiúnál; Fuchs pedig 1878-ban három *tarsitis* esetet irt le acquirált luesnél.

A csecsemő az első vizsgálat utáni harmadik napon meghalt; de előbb a bal cornea közepében szétmált, úgy hogy átfürdés jött létre. Minthogy Genersich tanár az egész fejét kórbonczani muzeuma számára requirálta, görcsövi vizsgálat nem lesz végezhető.

*Genersich Antal*: Az elasztott 50 cm. hosszú három hónapos csecsemő hulláján a veleszületett bujakór következő tüneteit találta. A bőrön gyéren elszórt lenese, rajszeg nagyságú, kissé duzzadt vörös foltok, melyeken a hám petyhüdt hólyagokban van felemelve és könnyen lehántható. Itt-ott kerek vagy ovalis bőrhányok vannak, meredek, éles szélekkel és sima alappal, melyet többnyire csak kevésbé belövelt, hóralatti kötőszövet képez, néhol vékony sarj nyomai látszanak. A fejbőr kissé koszos. A szempillák vastagabbak, különösen a bal szemén, hol a pilla bőre is kevésbé savósan beszűrődött, a kötőhártya vastagabb, tömöttebb, szenyesszürkés és vöröses foltoktól tarka, kevés szürkés csapadékkal fedett; a szaruhártya ellapult, petyhüdt, fellazult, átlátszatlan, szenyesszürkés, közepén egy kölesnyi lyukat mutat, hol az iris fekete folt közepében meztelenül látszik, míg a jobb szemén a kötőhártya halvány, a szaruhártya átlátszó, a láta középtáig. A felső ajak pirján több apró és a filtrum széleinek megfelelő egy-egy mélyebb barázdászerű behúzódság, melyben a nedvező hám levállott. Az orr gyöke kissé lapos, az orrlyukak tiszták, de belől az orr nyákhártyája erősen duzzadt, úgy hogy a felső orrjáratban a nyákhártya felületek szorosan egymáshoz nyomultak és csak az alsó orrjárat mint szűk, 3-4 cm. átmérőjű nyílt csatorna maradt meg, melynek falát képező duzzadt nyákhártya korpás, szenyesszürkés csapadékkal van bevonva és hasonlóan változott meg a felső garatúr nyákhártyája is. A külfülön jobbról-balról egy-egy babnyi, a porczig hatoló, éles, meredek szélű bőrhány van; a külfüljárt halvány, a dobhártya kívülül vastag hámlepedékekkel bevont, ellapult, kissé duzzadt, szenyesszürkés és vörösen elszínesedett, de nincsen áttörve. A dobhártya nyákhártyája megduzzadt, halványszürkés, sarjszöveteszerű, úgy hogy a dobhártya majdnem teljesen kitölti, a fennmaradt részek kevés genyennyel vannak kitöltve. A gége halvány. A tüdőben néhány légtelen, halvány folt van s ezekben kissé tömöttek, törékeny részletek. A szív izma igen halvány, szürkés-sárgás, áttűnő, szívósabb, mikroszkop alatt a lebenyek közt és bennük is sűrűn elszórt gömbsejtű beszűrődés látható.

A lép nagy, 64 gm. nehéz, tömött, vörös; mellette mogorónyi mellékes lép. A hasnyálmirigy feje kissé megvastagodott, fehéres színű (interstitialis pancreatitis). A csontok elmeszesedési vonala általában vastagabb (0.5—1 mm) sárgás-fehéres csik gyanánt látható és az alkar alsó epiphysise felé a külső oldalon akár 2 mm. vastag réteget képez, mely a velős csont felé piros határral van elkülönítve (Wagner-féle elfajulás); a csontok egyébként könnyen metszhetők, velejük halvány (paidatrophia). Az egész test felette vérszegény.

Mindezekben a veleszületett bujakór jellegzetes képét kapjuk és mi sem szól az ellen, hogy a bal szempillán lévő eltérés is az általános syphillis részjelensége. A szaruhártya pusztulása azonban az általános senyves állapottal függ össze.

## Magyar orvosi könyvkiadó társulat.

(Közgyűlés 1898. márczius 30-dikán.)

1. *Hügyes Endre* elnök az ülést megnyitotta (l. a megnyitó beszéd szövegét a tárczarovatban).

2. *Koller Gyula* I. titkár bemutatta a közgyűlésnek az igazgatótanács következő jelentését:

Tisztelt közgyűlés!

A magyar orvosi könyvkiadó társulat mult 1897-dik évi kiadványai a következő két munkából állottak:

I. *A belgyógyászat kézikönyve*. Szerkesztik: *Bókay Árpád* dr., *Kétyl Károly* dr. és *Korányi Frigyes* dr. IV. kötet: Vérkeringési és légzési szervek betegségei. XIX. és 1042 l. Számos fametszetű ábrával és két színes táblával. Budapest, 1897.

II. *A tüdővész sanatoriumi gyógyítása*. Irta *Kuthy Dezső* dr. Előszóval ellátta *Korányi Frigyes* tanár. Bevezetőt irt hozzá *Dr. E. P. Léon-Petit* főorvos Párisban. IX. és 299 l. 48. részben saját fényképfelvétel után készült rajzzal és két térképpel. Budapest, 1897.

Ezen két munka a társulat kiadványainak LXXVI. és LXXVII-dik kötetét képezi és az 1897-dik év második felében elkészülvén, a társulat tagjainak az év végén megküldetett.

A belgyógyászat kézikönyvének IV-dik kötetében a vérkeringési és légzési szervek betegségeit találjuk tárgyalva *Kétyl Károly*, *Stiller Bertalan*, *Baumgarten Egmont*, *Irsai Arthur*, *Jendrassik Ernő*, *Lóri Ede*, *Terray Pál*, *Korányi Frigyes*, *Dollinger Gyula* és *Navratil Imre* szerzők tollából. Ezen dolgozatok valamennyie a kézikönyv megelőző kötetiben foglalt cikkek magas színvonalán áll és bármely külföldi hasonírányú belgyógyászati kézikönyvvel kiállja a versenyt.

A mi a második művet, *Kuthy Dezső* dr. „*A tüdővész sanatoriumi gyógyítása*” című monographiáját illeti, ennek tartalma jellemzésére legyen szabad időznem egyik bírálója, *Kétyl* tanár véleményes jelentéséből a következő pontokat:

„A nagyobb szabású munka az állandóan pusztító betegségek egyik legveszedelmesebbjével, a tüdővésszel és annak orvoslásával foglalkozik s most, midőn az egész művelt világ az öldről betegség ellen szervezkedően védekezik, mi sem maradhatunk el ezen üdvös mozgalomtól. E mű célja az orvossal és társadalommal megismertetni a tüdővész elleni védekezés és orvoslás újabb hathatós irányát és eszközeit s ez által buzdítással odahatni, hogy úgy az orvosok, mint a társadalom teljes tudással és igyekezettel sorakozzanak az ellenség leküzdésére. *Kuthy* munkája a legaktuálisabb orvostársadalmi kérdéseket és feladatokat öleli fel. A szerző e kérdések és ezekkel kapcsolatos intézmények tanulmányozására az orvoskari tanártestület által egy évre stipendiummal lett kiküldve s így személyesen a helyszínen volt módja és alkalmja mindezekről meggyőződni s azokat tanulmányozni. Feladatának meg is felelt s a művet elismerésre méltó szorgalommal és kitartással állította össze.”

A munkához igen számos sikerült ábra is van csatolva, melyek részben a szerző saját felvételei, részben a különféle külföldi sanatoriumok vezetőinek szívesége folytán küldött fényképek után készültek és nagyban hozzájárulnak az egyes intézetek berendezései megértéséhez.

Az 1897. évi leirt könyvilletményen kívül az igazgató tanács mult évben még egy harmadik munkát is adott ki, ú. m. *Moravcsik E. Emil* tanár „*Gyakorlati elmekörtana*”-t. A társulat tisztelt tagjai emlékezni fognak, hogy b. *Bély János* tanár 1895-ben kiadott „*Törvénytörési orvostan*”-ból a szerző váratlanul bekövetkezett kora halála miatt kimaradt az elemkörosokra vonatkozó törvénytörési orvostani rész tárgyalása. Ezen hiány pótlására felszólítva, *Moravcsik* tanár felajánlotta társulatunknak fent említett munkáját, mely hasonezímű, több év előtt megjelent művének újonnan átdolgozott és tetemesen bővített kiadása és az V. részében: az *elmekörtana alkalmazása az igazságszolgáltatás keretében* című fejezetben mintegy 50 lapon a *törvénytörési elmekörtana és lélektan* anyagát kimerítően tárgyalja. Eneke fogva a mult évben a Franklin-társulatnál megjelent 35 ívre terjedő munkát tagjaink számának megfelelő példányszámban előnyös áron megvettük. Minthogy azonban az 1897-dik évre kiadott művek, t. i. a belgyógyászat IV. köteté és *Kuthy* munkája kiadási költségei máris túlhaladták az alapítványi bizottmány által egy-egy évre engedélyezett összeget, t. i. 8000 frtot, *Moravcsik* tanár *elmekörtana*t az 1898-dik könyvilletményhez kellett beosztani. Erről a társulat tagjait mult év végén körözvényen tudósítottuk s felkérve őket a folyó évi tagsági díj bekioldására, a jelentkezőknek február hóban meg is küldtük a szóban forgó könyvet, mintegy 400 példányban.

Az 1898. év könyvilletménye e szerint *Moravcsik* gyakorlati *elmekörtana*ból és a belgyógyászati kézikönyv V. kötetéből fog állni. A beosztási terv értelmében ezen 5-dik kötetben a húgy-ivarszervek betegségei, a veneriás és syphilitikus és a bőrbetegségek lesznek tárgyalva. Az utóbbiakra nézve, a mély sajnálatunkra oly váratlanul elhunyt *Schwimmer* tanárnak a belgyógyászat szerkesztősége és igazgatótanácsunk beleegyezésével szándéka volt ezen oly fontos szakmát, a bőrbetegségeket, nem ezen kötet keretében, hanem egy külön pótkötetben behatóbban és részletesen tárgyalva megírni és a kézikönyv befejezése után, önálló kötetben megjelentetni. A jeles szakférfi elhunyt ezen tervet is meghíúsította s így a belgyógyászat szerkesztői a bőrbetegségek tanát más szakférfi tollából ugyancsak az 5-dik kötetben oly terjedelemben fogják közölni, mint mely azt egy kézikönyv keretében megilleti.

A mi a jövőben a folyó VI. cyclus hátralevő évében kilátásba vett kiadványokat illeti, van szerencsénk jelenteni, hogy *Mihákovics Géza* tanár mult évi jelentésünkben jelzett fejlődéstana elkészült, az első ívek szedés alatt vannak s a munka előreláthatólag az év végéig el fog készülni.

Végül jelentjük, hogy *Hirschler* és *Terray* kartársaktól az igazgató tanácshoz ajánlat érkezett be egy orvosi dietetikai kézikönyv megírására. A könyv 30—45 ívre van tervezve. A szerzők a munka előrajzát, beosztását s nagyobb terjedelmű próbakéziratot mellékelve,



kéri azt a társulat kiadványai közé felvenni. Az igazgató tanács ily irányú munka szükségességéről maga is áthatva lévén, a próbakéziratot az alapszabályok értelmében két bírálónak véleményes jelentéstétel végett kiadta s annak idejében határozni fog a kiadás iránt, melynek elfogadása esetében az illető munka a jövő 1899. évi illetménybe fog felvétetni.

3. Jendrassik Ernő II. titkár bemutatta az „Alapítványi bizottmány“ következő jelentését:

Tisztelt közgyűlés!

Az alapítványi bizottság örömmel jelenti, hogy az elmúlt 1897. évben a társulati alapítványok száma ismét egygyel szaporodott, ú. m. Müller Kálmán úr igazgatósági tag alapítványával, melyet azonnal készpénzben befizetett. Részletfizetést tett Goldzieher Vilmos dr. 50 frttal. A rendes tagok száma ez évben is ürvendetes szaporodást mutat, a mennyiben ismét 19 új tag csatlakozott hozzá.

A társulat bevételei a múlt évben lényegesen emelkedtek, a mennyiben a rendes tagok díjaiból 10,528 frtnyi összeg folyt be, kamatokból 140 frt, és értékpapírok szelvényeiből 2346 frt volt a bevétel. Ellenben az 1897. évi könyvilletményre fordított összeg csak kevés haladta túl az alapítványi bizottság által egy évre megállapított összeget. Az 1897. évi kiadványok költségei összesen 8752 frt 57 krt vettek igénybe.

Mindamellott, hogy a társulat rendes kiadásain felül már a társulat által az 1898. évi illetmény fejében kiadott Moravcsik gyakorlati kórtana is 2174 frtnyi összeggel ki van fizetve, a társulat vagyoni mérlege igen kedvezően záródott, a mennyiben abban a társulat vagyoni állománya 66,158 frt 89 krral van kimutatva (+ 2565 frt 81 kr.). Ezen összegből 57,120 frt 20 kr. értékpapírokban a m. földhitelintézetben van letéve mint tőke, azonkívül a nevezett intézetben kamatozásra van elhelyezve 4974 frt 14 kr., a budapesti takarékpénztárban pedig 1864 frt 27 kr., összesen 6838 frt 41 kr.

Végre fájdalommal kell megemlékeznünk azon súlyos veszteségekről, a melyek tagjaink sorát az 1897. év folyamán halál által érzékenyen gyéritették.

Meghaltak ugyanis az alapító tagok közül: Kovács József, Poór Imre, Schwimmer Ernő és Feuer Dávid. A rendes tagok sorából: Alföldi Izidor, Barabás Albert, Bodor Zsigmond, Burián Aladár, Hirschl László, Kelen József, Molnár Antal, Szöbl Armin, Török János és Török László. 136 alapító tag közül meghalt 49.

Ezen elköltözötték sorában külön kell emlékeznünk Feuer Dávid kartársunkról, a ki a társulat alapításában is élénk részt vett s főleg Schwimmer Ernőről, a ki szaktudományának nemesac hazánk határain belül volt megalkotója s nagy tudományú művelője, hanem még a külföld előtt is elismert tudós nevét vivta ki s így hazánk jó hírnevét gyarapította. Schwimmer társulatunk második folyamában két-kötetes Borkórtant adott ki, oly időben tehát, a midőn még eredeti munkák alig akadtak kiadásra; halála annyival is inkább nagy veszteség társulatunkra, mert a Belgyógyászat kézikönyvének éppen készülő kötetébe ő irta volna meg a borkórtani részeket, s így régibb művének mintegy új kiadását juttatta volna nagy tapasztalatai és ismereteivel gazdagítva birtokunkba.

4. Ugyancsak a II-od titkár bemutatja a számvizsgálói záradékkal ellátott pénztárosi forgalmi kimutatást 1897-ről 1898. márczius 20-dikáig, mely a következő:

A magyar orvosi könyvkiadó társulat forgalmi kimutatása 1897. márczius 15-dikétől 1898. márczius 20-dikáig.

Bevételek:		frt
Pénztári egyenleg 1897. márczius hó 14-dikén	...	342.48
Magyar Tudományos Akadémia adománya	...	1,000.—
Kamatozásra elhelyezett betétekből	...	12,609.93
Szelvények beváltásából	...	2,346.72
Kamatokból	...	140.71
Tagsági díjakból:		
a) Alapító	...	250.—
b) Rendes	...	10,528.—
Kisorsolt értékpapír	...	1,000.—
Folyószámla-egyenleg	...	4,293.—
		<b>32,510.86</b>
Kiadások:		
Kamatozásra elhelyezett betétek	...	20,434.34
Lakbér	...	200.—
Évi jelentés nyomtatása és egyéb nyomtatványok	...	180.63
Kezelési kiadások:		
Titkári kiadások könyvek szétküldésére	...	124.53
Bankok kezelési költségei	...	29.05
Szolga díja	...	20.—
		<b>173.58</b>
1897-diki kiadványokért:		
Belgyógyászat kézikönyve IV. kötet	...	6,993.25
A tüdővész sanatoriumi gyógyítása	...	1,759.34
		<b>8,752.59</b>
1898. évi kiadványok:		
Elmekórtan Moravcsik tanártól	...	2,174.50
Pénztári egyenleg	...	329.28
		<b>32,510.86</b>
Vagyonsmérleg:		
Kamatozásra elhelyezett betétek:		
a) Budapesti takarékpénztár részvénytársaságnál	...	1,864.27
a) Magyar földhitelintézetnél	...	4,974.14
		<b>6,838.41</b>

Értékpapírok:

n. é. frt	10,400.—	4%	M. földteherm. kötv.	97.50	10,140.—
"	4,300.—	4%	" földhit. int. záogl.	98.—	4,214.—
"	10,000.—	4 1/2%	" regále-kötvény	100.75	10,075.—
"	11,000.—	4%	" földhit. talajj. kötv.	96.75	10,642.—
"	38,800.—	4%	" földhit. k. é. záogl.	98.—	19,012.—
"	4,700.—	4%	" korona-járadék	99.50	2,338.25
Iidőközi kamatok márczius 14-dikéig	---	---	---	---	698.45
					<b>57,120.20</b>

Hátralékok:

a) alapító tagok után	...	225.—
b) rendes tagok után 1897. évről	...	950.—
c) " " " 1896. " " "	...	480.—
d) " " " 1895. " " "	...	184.—
e) " " " 1894. " " "	...	32.—
		<b>1,871.—</b>

Behajthatlan az V. folyamról (1888—93.) évekről 1752.—  
Pénztári készlet 1898. márczius 15-dikén --- 342.48

Egyleti vagyon-állomány 1898. márczius 15-dikén --- 66,158.89  
Török Sándor, e. i. pénztárnok.

Alulírottak a fentebbi kimutatást a társulati könyvekkel összehasonlítván, a társulati számadásokat 1897. márczius 15-dikétől 1897. márczius 20-dikáig megvizsgálván és úgy a takarékpénztárban, valamint a m. földhitelintézetnél elhelyezett készpénz és értékpapírok érintetlenségéről meggyőződve, a pénztár pontos és rendes vitelét elismerjük. Budapest, 1897. márczius hó 22-dikén. Böke Gyula dr. s. k. és Koller Gyula dr. s. k. mint az alapító-bizottmány által kiküldött számvizsgálók.

5. Bemutatták továbbá a múlt évi közgyűlésből kiküldött pénztárvizsgáló bizottság következő jegyzőkönyvét.

Tisztelettel alulírottak mint a magyar orvosi könyvkiadó társulat múlt évi közgyűlése által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság tisztelettel jelentjük, hogy folyó évi márczius hó 12-dikén Török Sándor pénztárnok úrnál megjelentünk és az 1896. évi márczius hó 17-dikétől 1897. évi márczius hó 17-dikéig terjedő időre vonatkozó pénztári könyveket és számadást megvizsgáltuk és azokat teljesen rendben lévőeknek és kifogástalanoknak találtuk.

Miért is indítatva érezzük magunkat a tisztelt közgyűlésnek javasolni, hogy a pénztárnok úrnak a szokásos felmentvényt megadni és egyúttal buzgó és lelkiismeretes működéséért köszönetet nyilvánítani méltóztassék.

Kelt Budapesten, 1898. márczius 12-dikén.  
Szontagh Ábrahám dr. bizottsági tag, Batizfalvi Sámuel dr. bizottsági elnök, Tóth Lajos dr. bizottsági jegyző.

Mindezen jelentéseket a közgyűlés tudomásul vette, Török Sándor pénztárnok a felmentvényt megadta, egyszersmind jegyzőkönyvi köszönetet szavazott meg neki a pénztár buzgó kezeléséért.

6. A közgyűlés az 1897. évi számadások megvizsgálására felkéri Batizfalvy Sámuel, Szontagh Ábris és Tóth Lajos tagtársakat.

7. Azután elnök bejelentette, hogy Schwimmer Ernő elhunyt alapítványi bizottmányi tag helyébe az alapszabályok értelmében választásra összehívott alapítók Stiller Bertalant választották meg.

8. Az alapszabályok értelmében az igazgató tanács tagjainak egy harmada kilépve, a Böke Gyula, Temesváry Ödön és Mohr Ferenc tagokból álló szavazatszedő bizottság az új választás szavazatait összehívva, kiderült, hogy az igazgató tanács tagjainul megválasztottak: budapesti tagokul: Fodor József, Mihalkovics Géza, Genersich Antal, Navratil Imre; vidéki tagokul: Konrád Márk, Bolemann István, Petz Lajos, Tóth Imre.

9. Elnök a közgyűlés jegyzőkönyvének hitelesítésére Róna Sámuel és Tihanyi Mór tagtársakat felkérve, az ülést berekesztette.

PÁLYÁZATOK.

208/1898. sz.

Debreczen sz. kir. város közkórháza belgyógyászati osztályánál megüresedett kiegészítő orvosi állás, mely állás évi 400 frt fizetéssel, lakással bent a kórházban, fűtés, világítással és teljes ellátással van összekötve, pályázathirdetetik. Megjegyeztetik, miszerint ezen orvosi állás ideiglenes kinevezés útján fog betöltetni, s a kinevezett orvos állása állandósítására igény nem tarthat.

Felhivatnak az ezen orvosi állásra pályázni kívánók, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. évi április hó 15-dikének d. u. 5 órájáig annyival inkább benyujtsák, mert a később érkező pályázati kérvények tekintetbe vétetni nem fognak.

Debreczen, 1898. évi márczius hó 14-dikén.

2-2

Gróf Degenfeld József, főispán.

697/I. 1898. sz.

Alulírott járási főszolgabíró a szinnai járás területén a szinnai, sztarinai, ulyesi és ublyai körgyűzőségek alá csoportosított összesen 18,131 lelket számláló községből Sztakcsin székhellyel rendszeresített orvosi körben üresedésben levő évi 700 frt fizetés, 200 frt úti átalány, 30 kr. beteglátogatási, 20 kr. rendelési díj és ezenkívül távolsági pótlékkal javadalmozott kórorvosi állásnak választás útjánai betöltésére nézve ezenel pályázatot hirdetek.

A választás határidejéül folyó évi április hó 21-dik napjának délelőtti 10 óráját Sztakcsin községbe kitűzöm, s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi április hó 15-dik napjáig hivatalomhoz adják be, mivel később beérkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Zemplén-Szinna, 1898. évi márczius hó 17-dikén.

3-3

Kossuth Elek, főszolgabíró.



# BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-6339, kénsavas natron 7-1917, szénsavas mész 4-1050, chlornatrium 3-8146, szénsavas kali 2-3496, szénsavas Magn. 1-7157, szénsavas Lithion 0-1089; szilárd alkotórészek, 53-3941 összes sav-tartalom 47-5567, hőmérsék 12-30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérel stb.

Kitünő diaetikus ital.

## Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**  
A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

## DR. KELEN ISTVÁN

gyógymechanikai intézete:

### Svédgymnastika, massage és testgyógyászat.

Budapest, V., Váci-körút 16., I. em. (Andrássy-úttal szemközt.)

Nyáron: **Uj-Tátrafüreden.**

# CSÁSZÁRFÜRDŐ BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévívíz gyógyfürdő páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdővel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdővel, 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kívánatra ingyen és bérmentve. 14

## Orvos urak figyelmébe!

Azon tisztelt orvos urak, kik magukat önállósítani akarják

**KELETI J. BUDAPEST, IV., Koronaherozeg-utca 17. szám alatti sebészeti műszergyártó cégnél**

orvos-sebészeti műszereket, valamint teljes berendezéseket mindennemű magángyógyintézetek részére, havi vagy negyedévi részletfizetésre kaphatnak, szavatolt legjobb kivitelben és a legcélravezetőbb feltételek mellett.

Prospektusok és képes árjegyzékek ingyen.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, gócsói- és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13-15. szám.

VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI nyilvános

## TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

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

50 egyénre (kb. 1 gramm)	3.-
100 " (kb. 2 gramm)	6.-
1 phiola 2 3 egyénre	-.60
10 vagy több ilyen phiola á	-5.0
1 phiola 15 egyénre	2.50

— Csomagolásért 20 krajczár. —



## Dr. JÉKEL LÁSZLÓ

min. eng. nyilvános

### VÉDHIMLŐNYIRK-TERMELŐ INTÉZETE

Nagy-Károlyban.

A m. kir. honvédség és m. kir. államvasutak egyezményes szállítója. Egységes árak:

3 egyénre	1 phiolában	frt	4.40
10 " "	1 " "	"	1.-
20 " "	1 " "	"	1.50
50 " "	1 " "	"	2.50
100 " "	2 " "	"	4.-
100 " "	5-10 " "	"	5.-

Csomagolás 10 kr. Ajánlási díj 20 kr.

Oltó eszközök gyári árban. Tartó készülék tömeges oltáshoz díjtalanul.

Hitel megegyezés szerint.

## Homoki szőlőtelepítőknek igen fontos.



## A cég 16 év óta áll fenn

most már az országon kívül is, elterjedt a híre, amennyiben ma már sok némes és vadoncz csemetét szállít Horvát-, Szlavonország, Bosznia, Cseh-Morvaország, Galiczia, Bukovina, Stájerország, Alsó- és Felső-Ausztria, valamint Szerbia, Bulgária, Románia és Németország részére. Nemesfa-állománya ezúttal 700,000 drb; vadoncz-állománya 10 millió. A cég évenként 4500-5000 rendelésnek küld szállítmányokat. A gyümölcsfa-iskola teljesen homoktalajon létesült s így az főkent a

**homoki szőlőtelepítőknek kincses háza** azért, mert mint tudva van a homoktalajból kikerült fa a homokföldben éppen úgy, mint az agyagos, köveces talajban, nemkülönbben a lapos és magas (hegyes) fekvésnél mindig biztosabban ered meg és fejlődik, mint az, mely agyagos iszaplerakodású vagy túlságosan kövérített talajban állítatik elő. A gyümölcsfajok boldogult **Bereczki Máté** mezőkovácsi hírneves telepéről valók **Ugy magasderekű, valamint törpe csemeték megrendelhetők körte, alma, szilva, őszibarack, kajszin-barack, cseresznye, meggy, lasponya, birs, dió és eperből.** Az 1-2-3-4 éves, gazdag gyökertű, fajhiteles, igen szép csemeték darabja azok erőssége szerint 15 krtól 40 krig. A 4-5 éves igen erős koronás sorfák darabja 40-50 kr. Nagyban vételénél az árak külön megállapodás tárgyát képezik. Fentirt gyümölcsfajokból tábláitítás folytán 1-2-3-4 éves selejtezett minőségű csemeték is kaphatók, erősség szerint 2-5-7-10-15 krtól, melyek gazdag gyökerezésként fogva főkent nagyban telepítésekhez olosóságuk folytán igen ajánlatosak. A fenti minőségű csemeték vadonczai is bármily számban és erősségben megrendelhetők a fentirt cégnél. A gazdag gyökerezeti vadonczok 1000 azok erőssége szerint 5 frt 85 krtól 19 frtig terjed. Nagyobb vételnél 5-10-15% engedmény. — Levél-cím:

## UNGHVÁRY LÁSZLÓ

gyümölcsfa-iskolája, Czeplédén.

: Tessék árjegyzéket kérni!



# GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM  
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

TARTALOM. Eredeti közlemények: *Loewy Leó* dr.: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekórházból. Újabb mozzanatok az intubatio terén. (Enucleatio, écouvillonnage, tubage intermittens.) — *Baumgarten Egmont* dr.: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekórházból. A gyermekek gégepapillómáiról. — Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekórházból. Veleszületett dextrocardia esete. — Irodalomszemle: I. *Könyvismertetés*. — II. *Lapszemle*. — *Vegyesek*.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekórházból.

#### Újabb mozzanatok az intubatio terén. (Enucleatio, écouvillonnage, tubage intermittens.)<sup>1</sup>

Közlő: *Dr. Loewy Leó* segédorvos.

Tisztelt orvosegyesület!

Azon lényeges újítások, melyeket francia szerzők a legutóbbi időkben az állhártyás gégeob mütéti kezelésében létesítettek, érdekességüknel s esetleges nagy horderejüknel fogva megérdemlik, hogy szélesebb körben ismertessenek. Ezen új módszerek elvileg eltérnek az intubatio amerikai felfedezőjének eljárásától, s sok részben különböznek az európai klinikusoktól gyakorolt intubatiótól. Ez okból lesznek bátor a tisztelt kartárs urak figyelmét ezen új módszerekre felhívni s a fenförgő különbségekre rámutatni. Előadásom célja lesz az enucleatioval, az écouvillonnage-val s a tubage intermittens-tal foglalkozni; az ismertetésre való megbízást tisztelt főnökömnek, *Bókay János* egyetemi tanárnak köszönöm, kinek ezért, valamint a rendelkezésére álló szakbavágó irodalom átengedéseért és szíves támogatásaért hálás köszönetemet nyílvanítom.

Azon veszélyek közül, melyek intubatio folyamán előállhatnak, az állhártyaletolás eshetősége a tubus bevezetése közben, valamint a már intubált gyermeknél a fekvő tubusnak hirtelenül fellépett eldugulása látszólag a legkomolyabbak. Az állhártyaletolás kérdése később az écouvillonnage tárgyalásánál fogunk visszatérni, e helyütt röviden a tubus obstructiójával szándékunk foglalkozni, melynek fontosságát maga *O'Dwyer*<sup>1</sup> is elismerte, melyet azonban a francia szerzők, közülök különösen *Bayeux* nézetünk szerint túlbecsülnek.

A fekvő tubus obstructiója előállhat oly módon, hogy a légutak faláról levált állhártyarészlet légzés közben a fekvő tubus alsó nyílásába kerülhet, s ha a beteg ezen állhártyacsafatot a tubus lumenén át kiköbögni nem képes, akkor az ennek ürét el fogja zárni, s a gátolt légesere következtében hirtelen fuladás fog beállani. Előállhat azon eshetőség is, hogy a légesőben flottáló nagyobb állhártyatömeg a tubusnak aránylag szűk nyílásába nem hatol be, hanem csak odafekszik kilégzés közben a nyílás elé s így a kilégzést akadályozza, míg a belégzésnél beáramló levegő azt onnan szelep módjára eltávolítja, s ekkor is kínos fuladás lép fel. A legtöbb esetben ugyan maga a szervezet védekezik a tubus eldugulása ellen, az által, hogy erős köhögési rohamok állanak elő, melyek közben a gyermek úgy a tubust, mint az azt eldugó állhártyát egyszerre vagy külön-külön kivetí; ha azonban a beteg az előzetesen fennálló légszomjjal való küzdelmében annyira kimerült, hogy eléggé intenzív köhögési rohamra, s az eldugult tubus kiköböghésére nem képes, akkor csak a tubusnak rögtön eltávolítása, vagy momentán légszomyszűrés mentheti meg a gyermek életét. S ha ily esetben a beteg nem áll oly felügyelet alatt, mely az extubatiót gyorsan végezni tudja, nem lesz idő arra, hogy orvos előhívassék. A gyermeknek sátor alá való helyezése és folytonos vízgőz-inhalatio által képesek leszünk ugyan az esetek egy részében ezen complicatio fellépését meggátolni, úgy hogy ezt ritka szövődménynek tekinthetjük, de ha mégis fellép, gyorsan kell a

tubust eltávolítanunk. A műszeres extubatióra nézve azonban a szerzők nézete majdnem kivétel nélkül egybehangzó, hogy az az intubatióval jóval nehezebb művelet; egyedül *Carstens*,<sup>1</sup> *Wakerle*<sup>2</sup> és *Galatti*<sup>3</sup> nem tartják nehezebben kivihetőnek.

Ez okból számos kísérletező igyekezett a tubuskivétel egyszerűbbé s könnyebbé tenni, részben az által, hogy az *O'Dwyer*-féle extractoron tetek különböző módosításokat, részben a tubusok alakját változtatták. Mindezen változtatások azonban nem vezettek a kívánt eredményhez, miért is *Raoul Bayeux*, a párisi Hôpital Trousseau internistája magukat az *O'Dwyer*-tubusokat módosította. Megtartván mintául ezek alakját, azon részletüket, mely hasas kidomborodásuk alatt volt, elvágta s elvetette, s ez által az amerikai hosszú tubusokból rövid, hasas tubusait készíttette. (Tube court ventriculaire.) Ezen *Bayeux*-féle, vagy a műszerész után elnevezett *Collin*-féle rövid tubusok az extubatio kivételét külső műfogások által engedik meg. *Bayeux* a párisi Hôpital Trousseau-ban 1895. április hó 13-dikán végezte először e tubusnak műszernélküli eltávolítását; ezen módszerét *enucleation digitale*-nak nevezte el, magyarul a tubus kibuktatásának mondhatjuk ezen eljárást.

Mielőtt a tubus kibuktatását s annak technikáját leírni, *O'Dwyer* és *Bayeux* tubusai közt lévő néhány különbségre kell a figyelmet felhívni. Míg a beillesztett *O'Dwyer*-tubus a légeső 7-ik vagy 8-ik gyűrűjéig ér le, addig a *Bayeux* tubus nem terjed mélyebbre, mint a 3-ik gyűrű; s míg a hosszú tubusnak a légeső lumenébe nyúló része a tubus hasa, s a domborulat alatti rész a második kidomborodással (annak alsó végén), addig a rövid tubusnak, ha in situ fekszik, csak hasas kidomborodása, alján letompítva nyúlik be a légesőbe. Ha a tubus helyesen fekszik, akkor feje alsó conicus felületével a hangszalagokon nyugszik, s subventricularis részlete egy magasságú a hangréssel, s a hasas kidomborodás a gyűrűporoz alsó széle alatt van elhelyezve. A tubus besülyedését a légeső üre felé a hangszalagok gátolják, a kiköböghetésnek pedig a gége legszűkebb részlete, a gyűrűporoz alsó része, mint körülfogó ruganyos gyűrű áll ellen; így tehát egy részről a hangszalagok, másrészről a gyűrűporoz között bizonyos antagonismus mutatkozik olyformán, hogy ezek a tubust felfüggesztve s könnyen fogva tartják, mintha két végén ruganyos szalagok által volna rögzítve. Ez adja magyarázatát *Bayeux* szerint az enucleatio mechanizmusának. Ha átmetszett gégénél a fekvő tubus alsó vége magasságában gyenge nyomást gyakorolunk, a tubus felfelé fog emelkedni, előbb lassan, később mihelyest a tubus hasa a gyűrűporoz szűkületét áthaladta, ezen ruganyos gyűrű összehúzódása folytán erősebben fogja kinyomni a tubust, eltávolítván azt a hüvelyk nyomása helyéről. A tubus feje azonban nem fog az epiglottis csúcsánál magasabbra emelkedni, s ez azt bizonyítja, hogy a tubus alsó vége magasságában gyakorolt nyomás nem elegendő az enucleatiohoz; ha pedig hüvelykünket felfelé simítva toljuk, a tubus tengelye körül megfordul, de kibuktatását nem segítjük elő. Ha azonban a hüvelyk nyomását az első légesőgyűrű magasságában alkalmazzuk, s magára a gyűrűporozra is gyakorolunk nyomást, akkor a tubus az átmetszett gégénél rögtön elhagyja laryngeális helyzetét. A gégeből kihajtott tubus a garatírbe jutna, ha a fejet nem hajtánók előre. *Bayeux* ezen tanulmánya alapján állapította meg az enucleatio keresztülvitelének módját.

Az extubáló gyermekről leszabadítja mindazt, a mi nyakát

<sup>1</sup> Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1898. január hó 8-dikán tartott ülésén.

<sup>2</sup> *O'Dwyer*. The evolution of intubation. Archives of Pediatrics. June 1896.

<sup>1</sup> *Carstens*. Über das Verfahren der Intubation bei der diphtherischen Kehlkopfstenose. Jahrb. f. Kinderheilkunde. N. F. XXXVIII. 1894.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> *Demetrio Galatti*. Über einige Neuerungen im Intubationsverfahren. Wiener medic. Blätter. Nr. 37. 1895.



s mellkasának felső részét fedi s ezek mozgását gátolhatná. A beteget segéd ülbe ülteti, kinek egyedüli feladata a törzs alsó részét s a kezeket rögzíteni. Czélszerűen fogja ezt tenni, ha kezével a gyermek csuklóit fogja körül s azokat a medence oldalához szorítja, miközben igyekszik azokat lefelé húzni, hogy ez által a gyermek vállai lesímuljanak. A műtő a gyermekkel szemben székre ül vagy állva is maradhat. A tubus kibuktatását két szakaszban kell eszközölni. Az első szakasz a gyermek fejének hátrafesztése s a hüvelyk feltevése. A műtő bal kezével a gyermek fejét oly módon fogja meg, hogy hüvelykét a homlokra, többi ujját a tarkóra helyezi. Jobb kezét ugyanekkor laposan a gyermek bal vállára teszi fel, s azt lehetőleg lenyomja, a jobb hüvelyket a légesőre, még pedig a nyak középvonalában a gyűrűporez alsó széle magasságában illeszti, a többi ujj a tarkó felé jut. A kellő helyet könnyen találhatjuk meg, ha előbb mindkét kezünket magunk felé vonja, a gyermek törzsét 45°-ú szögletben meghajlítjuk, s azután a fejet erőlyesen felfelé s hátrafelé emeljük, miközben a gége kiemelkedik, s ha most jobb hüvelykünket a nyak mellő részén egy kétszer gyengéden végig vonjuk, a tubus kiöblösödését a légesőn keresztül pontosan kiérezhetjük. A tubus kibuktatásának második szakasza lesz a jobb hüvelyk működése és a fej előreahajlítása, ez tehát két egyidejű actiót foglal magában. A jobb hüvelyk mérsékelt, de állandó nyomást gyakorol a gégre mindaddig, míg a tubus kisiklását alóla megérzi; a bal kézzel ugyanekkor hirtelen előreahajlítjuk a gyermek fejét mindaddig, míg az a föld felé nem tekint. E két működés tehát valóságban ellenkező irányú s egyidejű, míg a jobb hüvelyk nyomása előlről hátrafelé irányul, a bal kéz a fejet hátulról mellfelé húzza. E működés közben a tubus laryngealis helyzetét gyorsan elhagyja s a nyelv gyökén s hátán végig csúszik s a nyitott szájon át a gyermek öklöndözése közben ivalakban kirepül.

A tubus kibuktatása szükség esetén segédlet nélkül is végezhető, miközben a gyermek ágyában fekvé maradhat; tartama csak néhány másodperc, s ezek által az enucleatio a sürgösen kiviendő extubatio feltételeinek s követelményeinek megfelel. Sürgős esetekben a párisi kórházi ápolónok végezték; *Sevestre* és *Variot* elismerőleg nyilatkoznak ezen extubatio módról, felemlítvén, hogy attól káros következményt nem láttak.

Míg *Bayeux* saját rövid tubusaival végezte ezen enucleatiót, s épen ezen módszer kivihetősége adja meg szerinte tubusai főelőnyét, sőt létjogosultságát, addig találunk oly közleményt, mely arról értesít, hogy a tubusnak külső műfogással való eltávolítása az eredeti *O'Dwyer*-féle hosszú tubusokkal is eszközölhető. *Trumpp*<sup>1</sup> rövid közlésében hozzáteszi, hogy a gráci egyetemi gyermek-klinikán 1896 óta a tubus expressióját alkalmazzák, a mely eljárás oly esetben vezetett sikerhez, melyben a tubus mélyen ült s extractorral nem volt eltávolítható. Az expressiót oly módon végzi, hogy a gyermek élé áll, melyet ápolónó ülve ölben tart, s egyik vagy mindkét hüvelykét a gyermek légesővére, közvetlenül a gyűrűporez alá helyezi, míg többi ujjai a nyakon találnak támaszt. Ily módon a tubus vége gyakran kitapintható. Az orvos ezután mérsékelt nyomást gyakorol hüvelykével hátrafelé és ferdén felfelé, mire az előidézett köhögési s fuladási roham a tubust a szájjür felé hajtja, esetleg ívben messze kivetí. A tubus ilyenmő kisajtolásától sohasem láttak káros következményt.

Midőn *Bókay* tanár a budapesti kir. orvosegyesület 1893. okt. 21-diki ülésén az álhártya letolásának s a tubus álhártyával való eldugulásának kérdésével foglalkozott,<sup>2</sup> s e szövegmények jelentőségét mérlegelte, megjelölte azon módot is, melylyel utóbbi ellen védekezik s ez: a tubust rögzítő selyemfonál meghagyása. Előadásában kifejtette, hogy: „Intubált egyénnél a tubusnak álhártyával való eldugaszolása nem gyakori jelenség, s ha elő is fordul, a legtöbbször kedvező megoldást nyer az által, hogy az obturált tubus az eldugaszoló álhártyával együtt, erős köhögéssel a légesőből kiküszöböltetik. Hogy az esetleges obturatio végzetessé ne válhassék, a continuus felügyelet, vagyis kellőleg instrudált ápoló folytonos ügyelete elengedhetetlenül szükséges. A tubust rögzítő fonálnak meghagyása s rögzítése a nyakon intubatio után lehetővé teszi, hogy rögzíteni extubatio, obturatio esetén, esetleg nem orvos által is végezhető legyen“.

zító fonálnak meghagyása s rögzítése a nyakon intubatio után lehetővé teszi, hogy rögzíteni extubatio, obturatio esetén, esetleg nem orvos által is végezhető legyen“.

A rögzítő fonál megtartását az extubatio egyszerűsítése czéljából *Guyer*<sup>1</sup> Zürichben hozta először javaslatba. Eljárását *Ganghofner* Prágában követte s *Bókay* tanár tanácsukat elfogadta s 1890 augusztusa óta, mióta az intubatiót Magyarországon meghonosította, a tubus eltávolítását rendszeresen a fonál segítségével eszközöli. *Wyss* tanár<sup>2</sup> Zürichben, *Van Nes*<sup>3</sup> Hannoverben, *Massei*<sup>4</sup> Nápolyban és *Heubner* tanár lipcei osztályából *Carstens*<sup>5</sup> az extubatio könnyítése szempontjából, tekintettel a tubus esetleges obstructiójára a fonál meghagyását pártolják. *O'Dwyer*, a ki közvetlenül a tubus bevezetése után a fonalat eltávolítja, serummal kezelt intubáltak gyógyulásáról szólva, következőképen nyilatkozik:<sup>6</sup> „The best statistics on this point will come from the other side, where it is customary to leave the string attached and to remove the tube every twenty four to forty eight hours. I however do not consider it good practice, unless the string is removed“.

Ezek szerint *O'Dwyer* a legjobb eredményeket az intubatiótól azok részéről várja, kik a fonalat meghagyják, bár ő maga a fonál eltávolítását tartja helyesebbnek. Kétségtelen, hogy a fonalas extubatio, melyet orvos távollétében az ápolónó is könnyen végezhet, a műszeres extubatio fölé helyezhető, annál inkább, mert gyors kivihetősége által a tubus esetleges obstructiójából előállható veszélyt elkerülhetővé teszi, nézzük mik képezik hátrányait. Ha sikeres intubatio után a rögzítő fonalat lazán a gyermek nyaka köré megerősítettük, kénytelenek leszünk a beteg kezeit az ágy széléhez kikötöni, nehogy az a fonál segítségével a tubust kirántsa. Még értelmesebb gyermek is köhögés közben önkéntelenül szájához kap, s ellenkező ígérete dacára a tubust kihúzhajja. A kezeknek ezen kikötése *Ferroud*<sup>7</sup> szerint a gyermek kedélybeli lehangoltságát idézheti elő, a mit ily súlyos természetű megbetegedésnél, mint a diphtheria elkerülendőnek tart. A fonál az epiglottist izgatja, egy ideig bő salivatiót okoz, szájmosások végzését lehetlenné teszi, s a nyelést nehezíti. *Galatti*<sup>8</sup> a fonál meghagyásának ezen árnyoldalait megerősíti.

Részünkről nem akarjuk tagadni, hogy a megtartott fonál az első intubatio után ezen kellemetlenségeket előidézheti, de mondhatjuk, hogy a gyermek rendszeren már az első negyedóra után hozzászokik ezen szájában levő idegen testhez; értelmesebb gyermeknél pedig néhány óra mulva a kezek kikötését is elhagyhatjuk. A felhozott ellenvetéseket a fonál meghagyása ellen csak kisebb jelentőségű kellemetlenségeknek tekinthetjük azon hátrányokkal szemben, melyeket a fonál meghagyása által biztosan elkerülhetünk. S ha *Sevestre* felemlíti, hogy egy esetben, melyben a gyermek a fonalat átrágtá, ez visszaesés a tubus lumenébe azt eltömszelte, úgy hogy a gyermek fuladás folytán meghalt, mit a bonczlelet is bizonyított, úgy kénytelenek vagyunk a hiányos s meg nem felelő ápolói felügyeletnek betudni ezen halálesetet, melyet a tubusnak idejekorán eszközölt műszeres eltávolítása által bizonyára el lehetett volna kerülni.

A budapesti *Stefánia*-gyermekkorházban a fonalas extubatio kezdettől fogva, 1890 augusztusa óta feleslegessé tette az extractorral való műszeres extubatiót, úgy hogy utóbbi csak gyakorlat kedvéért s azon esetekben került alkalmazásba, midőn a beteg a fonalat átrágtá.

A kérdés, a mely most felmerülhet az, hogy a *Bayeux* által rövid tubusaival végzett enucleatio, vagy a *O'Dwyer*-féle hosszú tubusok expressiója, miként azt *Trumpp* végzi, mely két eljárást

<sup>1</sup> *Guyer*. Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. 1889.

<sup>2</sup> Lásd *Gustav Baer*. Tracheotomie und Intubation im Kinderhospital Zürich. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXV. 1893.

<sup>3</sup> *Van Nes*. Zur Intubation bei Diphtherie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLII. Nr. 1 u. 2. 1894.

<sup>4</sup> *Massei*. L'Intubazione della laringe. Napoli 1893.

<sup>5</sup> *Carstens*. Ueber das Verfahren der Intubation bei der diphtherischen Kehlkopfstenose. Jahrb. f. Kinderh. N. F. XXXVIII. Bd. 1894.

<sup>6</sup> Czitálva *Edwin Rosenthal* cikkéből: Reduced period of intubation by the serumentreatment of laryngeal diphtheria. Medical and surgical reporter. May 30. 1896.

<sup>7</sup> *Paul Ferroud*. L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte. Lyon. 1894.

<sup>8</sup> *Demetrio Galatti*. Über einige Neuerungen im Intubationsverfahren. Wiener medic. Blätter 1895. Nr. 27.

<sup>1</sup> *J. Trumpp*. Notiz zur Technik der Intubation. Münch. medic. Wochenschrift Nr. 17. 1896.

<sup>2</sup> *Bókay János*. Mily arányban fordul elő az álhártyaletolás s a tubusnak álhártyával való eldugaszolása az *O'Dwyer*-eljárásnál s mily jelentősége van ezen szövegménynek. Orv. Hetilap. 1897. 1. sz.



lényegileg azonos módszernek tekinthetjük, előnyvel bírnak-e a fonalas extubatio fölött? Mielőtt e kérdésre válaszolnánk, vagyok bátor felemlíteni, hogy a *Bayeux* és *Trumpp* által ajánlott tubus eltávolítási módokat a budapesti Stefánia-gyermekórházban is megkíséreltük, s míg a *Bayeux-Collin*-tubusok kibuktatását rendszerint könnyen eszközölhetjük, addig az újabb *O'Dwyer*-féle hosszabb tubusok, melyek tudvalevőleg hasas kidomborodásukon kívül alsó végükön is mutatnak fel egy vastagabb részt, inkább a légesőre gyakorolt erős nyomás által kiváltott köhögési s hányási inger következtében lettek kivette. Kísérleteinkből látszólag az tűnt ki, hogy az *O'Dwyer*-féle újabb tubusok külső műfogással való eltávolításra kevésbé alkalmasak, úgy hogy a fonalas extractiót szükség esetén gyorsabb s biztosabb eljárásnak tartjuk; de vajjon theoretikus alapon ártalmatlannak tarthatjuk-e a *Bayeux* tubusok enucleatióját? Megengedve azt, hogy gyakorlott orvostól végezve nem okoz bajt, vajjon közömbösnek gondolhatjuk-e a gége mellső falára gyakorolt, esetleg ismételt kevésbé gyengéd nyomást, melyet orvos távollétében az ápoló fog végezni? Nem kell-e joggal attól félnünk, hogy a gége mellső falzatának a tubus alsó végéhez való szorítása által az e helyen amúgy is gyakrabban s előszeretettel fellépő decubitus képződését a légutak nyákhártyájának felszabása által elősegítjük? E kérdésekre a választ csakis nagyobb számú kísérletek után nyert tapasztalat útján adhatjuk meg, egyelőre még az is eldöntetlen, hogy a rövid tubusok előnyösebbek-e a hosszúaknál. *O'Dwyer* személyes tapasztalatai,<sup>1</sup> melyeket tubusai alakjának végleges megállapítása előtt nyert, a rövid tubusok ellen szólnak. Ő ugyanis több halálosan végződött esetben az álhártyákat, s az általuk előidézett obstructiót az addig használt rövid tubusok alsó vége alatt találta, a mi őt hosszabb tubusok készítésére indította. Hogy a rövid tubusnál mélyebbre terjedő álhártyák miatt a légzési nehézség nem szűnik meg a tubus bevezetése után s hogy ilyenkor a beállott asphyxia miatt sürgősen légesümentszés végzendő, az a rövid tubusok egyenjogosultsága ellen szól; a párisi Hôpital Trousseauban *Variot* osztályán<sup>2</sup> végzett két sürgős légesümentszés *écouvillonnage* sikertelensége után és egy tubage intermittensnél eszközölt momentán tracheotomia e mellett bizonyítanak. Hogy ezen eshetőség látszólag ritka, az abból látszik kitünni, hogy rövid tubus alkalmazása mellett *Schultz* 170 esetre kiterjedő közleményében a rövid tubusoknak csak három ilyenmű balsikerét említi fel.

\* \* \*

Thémánk második tárgyát az *écouvillonnage du larynx* ismertetése képezi, melyet *Variot* és *Bayeux* 1896. július hó 3-dikán a párisi kórházi társulatban croup operatív kezelésére mint rendszeres<sup>3</sup> eljárást hoztak javaslatba. *Variot* és *Bayeux* ezen cím alatt azon műtéti eljárást értik, mely a *Bayeux*-féle tubus bevezetéséből a gégebe s néhány percz múlva eszközölt enucleatiójából áll. Erősen álhártyás croup esetekben a tubus bevezetését azon szándékkal végzik, hogy a tubussal a gégeben tapadó álhártyákat leválasztják, míg a néhány percz múlva eszközölt enucleationnak célja, hogy a leválasztott álhártyák az enucleationál előálló köhögési roham következtében kiköhögtesse. A tubus eltávolítása s az azt követő álhártya kiürítése után az addig fennállott légzési nehézség enyhülni fog, kedvező esetben pedig végkép meg fog szűnni, úgy hogy serum alkalmazása mellett esetleg további műtéti beavatkozás többé nem válik szükségessé. Más esetekben az álhártyák újbóli kiizzadása miatt később az *écouvillonnage* megismételhető, vagy tubage intermittens, esetleg tartós intubatio is végezhető. A párisi Hôpital Trousseauban 1896-ban 100 croup-esetnél végeztek rendszeres *écouvillonnage*t; ezek és a tubage intermittens 70 esete képezik *Marie Schultz*<sup>4</sup> kisasszony érdekes és nagy szorgalommal kidolgo-

zott thészejének tárgyát, mely tanulmányt *Variot* és *Bayeux*-nek e szakba vágó közlésein kívül e két új módszer tárgyalásánál mint főkütforrást használtam.

Azt hihetnők, hogy az *écouvillonnage*nak, mint csak másfél év óta használt műtéti eljárásnak történetéről alig lehet szólni. Azonban egyrészt azon okból, hogy régen alkalmazott műtétektől az elnevezés hasonlatossága daczára megkülönböztessük, másrészt azért, mivel hasonló szándék már más szerzőket is indított eljárásuk megalkotására, szükségessé válik, hogy a croupos betegeknél régebben végzett műtéti eljárásokra, nevezetesen a gége katheterismusára visszatekintsünk. *Variot* és *Bayeux* ugyanis az intubatiót a gége katheterismusának<sup>1</sup> tekintik, még pedig mint momentán katheterisatiót, ha *écouvillonnage* végeztetik és mint tartós katheterismust, ha a classikus intubatio<sup>2</sup> forog szóban.

*Hippokrates*-ről állítják, hogy tetszhalálnál vagy torokgyulladás következtében fenyegető fuladásnál a gége katheterismusát gyakorolta volna, oly módon, hogy az orron át kathetert vezetett be. Ezen eljárást *Desault* eleventette fel. Általában e század elejéig erős ellenszenv volt elterjedve a gégeben vagy légcsőben végzendő minden beavatkozás iránt, mert ezeket veszélyeseknek tartották. *Desault*<sup>3</sup> 1801-ben meglepetésére látta, hogy egy betegénél, kinél bárzsing-kutaszólást akart végezni s a sondát véletlenül a gégebe vezette be, hogy azt ott minden nagyobb baj nélkül több órán át hagyhatta meg. Ez bár véletlen folytán, s nem szándékosan végzett, de valódi tubage, helyesebben katheterismus volt. *Desault* ezen észlelése után *Bichat* hat betegnél már célzatosan végzett gégesondázást, s egy esetben oedema glottidisnél sikert ért el. Ez időtől kezdve croupnál is többen kísérelték meg a gége katheterismusát, így *Chaussier*, *Depaul*, részben, hogy a gégeből az álhártyákat directe kihúzzák, mint *Py*<sup>4</sup> 1808-ban, *Boullard*, ki a katheteren kívül aspiráló szivattyút is alkalmazott és *Betz*, ki ily módon egy sikert ért el, főleg pedig azért, hogy a gégebe gyógyeszes anyagokat vigyenek be, s a géget causticákkal vagy adstringentiákkal helybelileg kezeljék. *Dieffenbach* 1839-ben fémből készült újjvédőt húzott bal mutatóujjára s ezzel a gégefödőt rögzítette, miközben jobb kezével hajlított sondán át pokolkö-öldattal égette a gége nyákhártyáját. Hasonló *Horace Green* eljárása 1842-ben s *Loisseau*-é 1857-ben, ki pince segítségével az álhártyákat is akarta eltávolítani. Mindezek tehát csak a gége sondázását végezték. A gége állandó katheterismusát croupos betegnél *Reybard*<sup>5</sup> ajánlotta ruganyos bougie segítségével, a nélkül, hogy maga végezte volna. *Bouchut* 1858-ban már céljával tüzte ki, hogy a levegő behatolását a légutakba újból lehetővé tegye, s az álhártyák kivetését könnyítse. Csőalakú tubusokat készített, melyeket 1—3 napig kíván fekvő hagyni, míg a légzési nehézség meg nem szűnik. *Möller*<sup>6</sup> 1860-ban két módot ismer croupnál a légesümentszés helyettesítésére, a gége katheterismusát gyógyeszes bevitelére a légutakba és egy tubus helybenhagyását a hangrés nyitvatartására, utóbbit időnyerése céljából, míg a betegség lefolyik.

A gége tulajdonképeni *écouvillonnage*jának, mint croup kezelési módnak történeti adatai még sokkal ritkábbak. *Dupuytren*,<sup>7</sup> a ki *Bonaparte* mamelukjának gyermekét súlyos croup ellen kezelte, azt vette tervbe, hogy a gégeben tapadó álhártyákat leválasztja, s ezért a gége belsejét egy halcsontra erősített szivacs-csal akarta kitörölni. Néhány álhártyaczfatnak nehezen sikerült kitörölése után pillanatnyi enyhülést ért el, de a gyermek bronchitis crouposában elhalt. Az *écouvillonnage* du larynx kifejezést,

<sup>1</sup> *G. Variot*. Le tubage comme procédé accidentel d'écouvillonnage du larynx. Journ. de clin. et théor. infant. No 16. 1895.

<sup>2</sup> *Raoul Bayeux*. Tubage permanent et tubage intermittent. Journ. de clin. et théor. infant. No 3. Janvier 1897.

<sup>3</sup> Lásd *Raoul Bayeux*. Thérapeutique chirurgicale du croup. Le tubage du larynx. La médecine infantile. 1897. No 7—11.

<sup>4</sup> Lásd *Gesenius*. Der Katheterismus des Larynx und sein Verhältniss zur Tracheotomie. Schmidt's Jahrb. 1859.

<sup>5</sup> *Reybard*. Cathétérisme du larynx. Gaz. médic. de Paris. 1854. Cit. *Schultz*.

<sup>6</sup> *Möller*. Über *Bouchuts* Tubage beim Croup. Amtl. Bericht über die Versamml. deutscher Naturforscher u. Ärzte. Königsberg 1860. XXXV. p. 167.

<sup>7</sup> *G. Variot*. Le tubage comme procédé accidentel de l'écouvillonnage du larynx dans le croup. Journ. de clin. et théor. infant. 1896.

<sup>1</sup> *O'Dwyer*. The evolution of intubation. Archives of Pediatrics. June 1896.

<sup>2</sup> Mlle *Marie Schultz*. Contribution a l'étude du traitement opératoire du croup. Écouvillonnage du larynx et tubage intermittent. Paris. 1897.

<sup>3</sup> L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube d'*O'Dwyer* modifié par Mm. *Variot* et *Bayeux*. Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société médic. des hôpitaux de Paris. Séance du 3. juillet 1895.

<sup>4</sup> Contribution à l'étude du traitement opératoire du croup. Écouvillonnage du larynx et tubage intermittent. Par Mlle *Marie Schultz*. Paris 1897.



(écouvillonner-törlővel kitisztítani) újból *Serullaz*<sup>1</sup> használja 1862-ben, a ki egy sikertől koronázott észleletére támaszkodva ajánlja croup-kezelési módszerét. Két halcsontsondát használ, az egyiknek végére erősített spongyával a gyermek gégejét és légesővét végig seprí, majd ezt kihúzza, hogy a beteg a leválasztott álhártyákat kiköhöghesse, s ezután a másik sondával vaschlorid oldatba mártott tépéssel ezen processust ismétli; beavatkozása tehát két szakaszból áll, az első az écouvillonment, a második a gége cauterisatiója. A gége écouvillonment eszméjét már *Créquy*<sup>2</sup> és *Bouchut*<sup>3</sup> 1858-ban fejezték ki, s a gégeben levő álhártyák leválasztására s expectoratiójuk elősegítésére szolgáló műszereiket a párisi orvosi egyetemnek be is küldték, de ilyenmü észleletet nem közöltek. *Créquy* egy a végén kissé hajlítot pipatisztítóhoz hasonló eszközt s szájtérpesztőt küldött be, míg *Bouchut* tubage felszerelését hosszú törlőkkel egészítette ki. Mindezen tökéletlen műszerek nem biztosították a légzés lehetőségét a műtét alatt, s nem voltak képesek leküzdeni a causticus anyagok bevitel után a gége irritatiója folytán beállott hangrészgöresöt.

Sokkal érdekesebb *Weinlechner*<sup>4</sup> croupos betegeknek alkalmazott eljárását megismerni, melyet 1869-ben a bécsi orvosegyesületben irt le, s melyet 1866 óta a bécsi szt. Anna-kórházban gyakorolt. Ő ugyanis ugyanazon indicatióknak kíván megfelelni, melyek *Variot*-t és *Bayeux*-t az écouvillonage-nál vezérelték. *Weinlechner* kezdetben elastikus kathetert használt, melynek a belévezetett, lehetőleg vastag vassodrony által megfelelő görbületet és ellentállást igyekezett adni. A katheter bevezetése után a mandrint kihúzta s néha feltűnő javulást talált, mely javulás a légzésben tartós maradt, ha álhártyák és nyálka lettek expectoralva. De előfordult az is, hogy úgy a katheter bentléte alatt, mint közvetlenül eltávolítása után a légszomj még fokozódott, úgy hogy gyorsan légesömettszést kellett végeznie. Ennek okát vagy a katheter oldalán levő nyílásának álhártya általi eldugulásában, vagy a leválasztott álhártya flottálásában vagy hangrészgöresben kereste. Ezért a katheter végét lemetszette, s így mindkét végén nyitott csövet használt, melyen át az álhártyák kiköhöghetőek. Később pedig kemény kautschukból készített három nagyságban tölcseres csövet, s ebbe a bevezetés alatt mandrin gyanánt vékonyabb kathetert tolt előre; ezenkívül ékalakú szájtérpesztőt is vett igénybe. Eljárását croupnál a légesömettszés mellett a legbiztosabb s legészserűbb symptomatikus módszernek tartja, mely a fenyegető fuladási tüneteket pillanatnyilag képes elhárítani. A kathetert néhány percig, esetleg negyedóráig is hagyja fekve; eljárását esetleg többször is megismétli, miáltal némelykor a légesömettszés feleslegessé válhatik, miután a beteget a veszélyes időszakokon átsegítette, s további műtét nélkül gyógyulás állhat be, máskor eljárása által a légesömettszés 2—3 nappal halasztható, úgy hogy ehhez az előkészületek megtehetőek.

*Hüttenbrenner*<sup>5</sup> 1874-ben *Weinlechner* módszerét bírálva, annak rendszeres alkalmazását croupnál nem helyesli, s csak vitalis indicatio alapján engedi meg. A módszernek, szerinte, egyedüli előnye, hogy általa időt lehet nyerni, míg a légesömettszéshez az előkészületek megtehetőek. Ismételt katheterismus mellett a légesömettszés esetleg 36 óráig halasztható. Leírja a katheterismus által előidézett álhártyaetolás egy esetét, melyben a halált siettetette. A *Weinlechner* által ajánlott katheterismus nem is tudott szélesebben elterjedni, s ismeretlen maradt, úgy hogy *Variot* 1895-ben még nem tesz róla említést. *Weinlechner* módszere úgy tervre, mint kivitelre nézve analogiát mutat az écouvillonage-val, másrésztől a *Variot* és *Glover*<sup>6</sup> által leírt hangrészgöres-tágitással. Ugyanazon megfontolások veszik rá *Variot*-t, hogy az intubatiót, mint az écouvillonage esetleges eljárását tekintse, midőn

ezeket mondja: „Gyakrabban fordul elő, hogy a croupos gyermekek a fuladás fenyegető veszélye miatt intubáltattak a szokásos műszerekkel; de a tubus bevezetése a helyett, hogy könnyítette volna a levegő behatolását a légutakba, inkább fokozta még a nehéz légzést s cyanosist. A légesömettszés előkészületei közben a gyermekeket heves köhögési roham fogja el s spontan kivetik a tubust s terjedelmes álhártyákat, melyek azt eldugaszolták. Erre a légzés pillanatnyilag enyhül, a légutak szabadok lesznek s a gyermek véglegesen könnyebbülve gyógyul más műteti beavatkozás nélkül.” Ez esetekben *Variot* a tubust törlőnek *écouvillon*-nak tekinti, mert az a laryngo-trachealis nyákhártyát súrolva az álhártyák leválasztását elősegítette s hasznosnak nyilvánítja ezen akaratlan écouvillonaget, mert a gyermekek meggyógyulnak, a nélkül, hogy a tubust tartósabban kellene a gégeben fekve hagyni. *Variot* a tubust a legjobb törlőnek tartja, mert azon idő alatt, a míg az álhártyákat leválasztja az átjárhatóságot a levegő számára nem szünteti meg, mint pl. a régebben használt spongya. A leválasztott álhártyák továbbá a tubuson át ki is üríthetnek. Míg *Weinlechner* momentan catheterismusát szükség esetén meg is ismétli, addig *Variot* 1895-ben csak az esetleges écouvillonaget ajánlja, és nem a rendszerest. Még nem tanácsolja, hogy a gyermek extubáltassék, ha köhögési roham után terjedelmes álhártyákat vetett ki, bár nem hiszi, hogy ily kísérlet veszélyessé válhatnék, mert gyakorlott műtő a tubust szükség esetén gyorsan vissza tudná helyezni. Ellenben, ha a gyermek tubusát az álhártyakkal együtt spontan kivetette s a légzés szabad marad, azt felügyelet alatt a gőzkamarába helyezi s újabb beavatkozást csak a suffocatio-rohamok újbóli jelentkezésekor végez. *Variot* és *Bayeux* 1896. július 3-án a gége écouvillonaget nem csupán mint accidentalis eljárást, hanem mint *rendszeres módszert* ajánlják erősen hártás croup esetekben.

Tapasztalati tény, hogy croupos betegek a légutakban képződött terjedelmesebb álhártyákat spontan is felköhögthetik. (*Écouvillonage spontané sans tube*), mire a légzési nehézség néha véglegesen megszűnik s gyógyulás állhat be. Ily esetek már a diphtheria-serum használata előtti időkben is észleltettek, de akkor a croup-gyógyulási százaléka műteti beavatkozás nélkül (*Rilliet, Barthez, Sanné, Archambault és Culet de Gassicourt* szerint) legjobb esetben is alig 10 százalékra volt tehető.<sup>2</sup> A serumkezelés óta ezen spontan gyógyulási százalék jóval emelkedett, úgy hogy csaknem minden klinikus felemlíti, hogy a gyógyszer alkalmazása mellett a stenotikus betegeknek legalább egy harmada a műteti beavatkozást elkerüli. Amerikában magángyakorlatban észlelt 1704 laryncroup eset közül<sup>3</sup> csak 668 vagyis 39.23% került műtét (intubatio) alá s 1036 beteg vagyis az esetek 60.77 százaléka serumkezelés mellett elkerülte a műteti beavatkozást.

Serumtherapia mellett tehát gyakrabban látunk gyermekeket nagyobb álhártyáktól is expectoratio útján megszabadulni, a nélkül, hogy a fuladás tünetei vagy a hangrészgöres oly hevesekké válnának, hogy az intubatiót elkerülhetetlenül szükségessé tették volna. Nagyszámú esetekben azonban s főleg kiterjedt gégebeli álhártyás izzadmány esetén a tartós légszomj miatt a műteti beavatkozás okvetlenül eszközlendő. *Variot* észlelte, hogy némely ilyen esetben a tubus bevezetése leválasztott álhártya letolását idézte elő, midőn a tubus rögtön el lett dugaszolva s az asphyxia fenyegetővé vált, ekkor azonban a gyermekek erős köhögési roham közben a tubust spontan kivetették s közvetlenül utána az álhártyákat is. (*Écouvillonage spontané avec tube*.) A tubus s az álhártyák expulsiója után a betegek megnyugodtak, a légzés rendessé vált s a tubust újból behelyezni felesleges lett volna.

Ezen véletlen észleletek alapján ajánlották *Variot* és *Bayeux* a rendszeres écouvillonaget (*Écouvillonage systématique*) a *Bayeux* által módosított *O'Dwyer*-tubus segítségével, eljárásukat 9 ily esettel támogatva. Erősen álhártyás gégebeteg esetén az álhártyákat a rövid tubus bevezetése által igyekeznek leválasztani. Nehézséget okozhatna

<sup>1</sup> *Variot*: Le tubage comme procédé accidentel d'écouvillonage du larynx dans le croup. Journ. de clin. et thér. infant. Nr. 26. 1895.

<sup>2</sup> Lásd *Bóka János*: Ronsoló toroklob és álhártyás gégebeteg. A belgyógyászat kézikönyve. I. kötet. 1894.

<sup>3</sup> The american pediatric society report on the collective investigation of the antitoxin treatment of laryngeal diphtheria in private practice, 1896—1897.

<sup>1</sup> *Serullaz*. Traitement du croup par la cautérisation laryngée. Gaz. med. de Lyon. 16. Nov. 1862. cit. *Schultz*.

<sup>2</sup> Union médicale. 1858. p. 451. Séance de l'Académie de médecine 21. Sept. 1858. Cit. *Schultz*.

<sup>3</sup> Ibidem.

<sup>4</sup> *Weinlechner*. Über den Katheterismus des Larynx. Jahrb. f. Kinderhk. N. F. IV. 1871.

<sup>5</sup> *Andr. v. Hüttenbrenner*. Über den Katheterismus des Larynx bei der croupösen oder diphtheritischen Erkrankung desselben. Jahrb. f. Kinderhk. 1874. VIII.

<sup>6</sup> *Variot et Glover*: De la dilatation de la glotte etc. Journ. de clin. et thér. infant. No. 28. 1896.



a gégebeli vaskos s erősen álhártyás izzadmány jelenlétét felismerni. E tekintetben kiterjedt garatbeli helyi folyamat gyaníthatja ezt velünk, de nem ad megbízható felvilágosítást; néha a leválasztott álhártya ütődése hallható, de a legbiztosabb jel a tubus bevezetése után rögtön előálló fuladás, a tubus eltömeszelődése folytán. Ha ekkor a tubus helybenhagyatnék, a légzés teljesen megszűnnék s súlyos asphyxia, halálos kimenetellel állhatna be. A tubust ekkor okvetlenül el kellene távolítani. (*Écouvillonnage du nécessité.*) Az extubatio által kiváltott köhögési rohamok alatt vagy mesterséges légzés befolyása alatt a leválasztott álhártya ki lesz hajtván; ezután a rendes légzés ismét helyreállhat s a tubus feleslegessé válik. „Némely gyermek egyetlen écouvillonnage után gyógyul“, mondják *Variot* és *Bayeux* „miután rögtön az enucleatio után vaskos álhártyát, esetleg másnap s harmadnap újból vékonyabbat köhögött ki, a nélkül, hogy az écouvillonnaget meg kellett volna ismételni. Máskor s ez a rendes eset, újból be kell vezetni a tubust vagy azért, hogy egy nem teljesen leválasztott álhártya kiköhögése könnyíttessék, vagy pedig, hogy az újból előállott hangrészgörcs legyőzessék. A tubus, mely mint écouvillon szerepel, egyszerűsre tágitja a hangrész s itt nem arra szolgál, hogy a légutakat a levegő számára átjárhatóvá tegye, hanem csak mint écouvillon hasznos. A légesömetzés a végső menedék, ha az écouvillonnage nem volt elegendő, a mi kivételes.“

*Variot* és *Bayeux* az écouvillonnaget úgy tekintik, mint a tubus alkalmazási módját oly esetekben, hol az intubatio nem volna kivihető.

Ezen közlés után *Sevestre*,<sup>1</sup> a Hôpital des Enfants malades diphtheria osztályának főnöke következő ellenvetéseket hozza fel az écouvillonnage, mint rendszeres gyógyeljárás ellen: 1. A hangrészgörcs közvetlen visszatérésének lehetősége, mely újabb mindenkor veszélyes és bizonytalan eredményű beavatkozást tesz szükségessé. Sokkal észszerűbb volna megelégedni egy jól sikerült első beavatkozás közvetlen eredményével s nem kockáztatni azt, hogy egy második vagy harmadik intubatio kísérlete sikertelen maradjon, sem pedig azt, hogy a gégeben sérüléseket hozzunk létre. 2. A gége rendszeres écouvillonnageja álhártyás gégeelobnál mint *systematikus eljárás* kockáztatott. Sokkal helyesebb volna csak azon esetekre szorítkozni, hol az écouvillonnage szükségkép merült fel s nem azon lenni, hogy azt tetszés szerint kiterjesszük. 3. Attól kell tartani, hogy másodlagos infectiók, nevezetesen bronchopneumonia léphetnek fel az ismételt intubatiók és extubatiók következtében.

Nem lehet célunk, hogy a *Marie Schultz* thése-ében felsorolt 100 écouvillonnage esettel ez előadás szűk keretében bővebben foglalkozzunk, hanem csak egyes pontokat akarunk kiemelni. *Schultz* kisasszony ezen észleletek alapján bebizonyítani igyekszik, hogy *Sevestre* aggályai és ellenvetései túlzottak s hogy az écouvillonnage mint rendszeres eljárás croup bizonyos eseteiben joggal alkalmazható módszer.

A 100 écouvillonnage-eset közül 36-ot találunk, melyben más beavatkozás, mint écouvillonnage nem is végeztetett; e csoportra 4 halálozás esik. Ezen 36 eset közül 24-nél egyszeri écouvillonnage elégséges volt, ezek közül 2 gyermek halt el; a többi 12 esetben 2—3 és 4-szeri écouvillonnage eszközöltetett, rövidebb vagy hosszabb időközök után. 15 esetben écouvillonnageon kívül egyszeri intubatio is jött alkalmazásba s ezek közül 4 halt el. 49 esetben pedig az écouvillonnageon kívül többszörös tartósabb intubatio is vált szükségessé. Az összes 100 eset közül 24 halt el.

Écouvillonnageon kívül 13 esetben légesömetzés végeztetett, ezek közül 7 volt halálos. Korra nézve a 2 éven aluli gyermekek közül 9-nél kísérelték meg az écouvillonnaget, 1 halálozással. Az écouvillonnage folyamán 27 gyermek álhártyát ürített, 9 nem köhögött ki álhártyarészleteket.

Végül néhány megjegyzést kívánunk fűzni az écouvillonnagehoz s e célból annak válfajait külön-külön méltatjuk. Természetes, hogy az *écouvillonnage spontané* (*sans tube*), mely az álhártyák spontán kivetésében áll, minden műtéti beavatkozás nélkül, ezentúl is a legzívesebben fogjuk látni. S azt hisszük, hogy ezzel serumkezelés s melegvízgőzbelehelés mellett továbbra is gyakrabban fogunk találkozni, annál is inkább, mivel stenotikus

esetekben az intubatiót, a míg lehet, halasztjuk. Az *écouvillonnage spontané avec tube*, vagyis a tubus spontán expulsója az azt obturáló álhártyával együtt, bár ritkán előforduló s bajjal nem járó, de elkerülhetetlen jelenség lesz, mely miként említettük, a természet védekezése a tubus obstructiója ellenében. Az *écouvillonnage du nécessité*-t illetően csak azt ismételtük, a mit *Bókay*<sup>1</sup> tanár kifejtett az álhártyaetolás előfordulásáról s annak jelentőségéről: „*Álhártyaetolás intubatio közben aránylag ritkán észlelhető s csak a legritkább esetben válik végzetessé. A bekövetkezett asphyxia rögtön extubatióval a legtöbbször megszüntethető, a megnyílt mobilissá tett vaskos álhártya a tubus kivétele után (fonalas extubatio) úgyszólván azonnal expectoráltatik. Ha ez azonnal be nem következnék, mesterséges légzés, esetleg másodlagos légesömetzés végzendő.*“

Azon esetben, ha az obturált tubus szükségszerű eltávolítását álhártyakivétel követi s ezután a légzési nehézség csillapul, nem fogjuk a tubust újból behelyezni mindaddig, míg újból nagyobb fokú tartós stenosis nem fejlődött ki s e tekintetben hívek vagyunk azon állásponthoz, hogy lehetőleg későn intubáljunk. Megengedhetők tartjuk azt is, hogy oly esetben, hol nagyobb álhártyarészletek a tubus ürterén át expectoráltak s a légzés megnyugszik, a tubus eltávolíttassék. Az *écouvillonnage systématique* kérdéséről, bár eddigi csekély tapasztalatunk alapján még nem érezzük magunkat feljogosítva, hogy rendszeres alkalmazása fölött végleges ítéletet nyilvánítsunk, de elvileg álláspontunk a következő: Mint az álhártya letolását az intubatio árnyoldalának tartjuk s *Massei*<sup>2</sup> nézete szerint, melyet magunk is osztunk: „*az álhártyaetolás kétségtelen bizonyítéka annak, hogy az O'Dwyer-műtét, noha vértelen eljárás nem nélkülözi a veszélyt*“, ebből az is folyik, hogy az álhártyaetolás szándékos előidézését, az écouvillonnage systématique-ot nem pártolhatjuk. A torokképleteken székelő álhártyás izzadmány mechanikus úton való eltávolításától az orvosok már a serumkezelés előtt is, mint brutális eljárástól, eltértek, miért térjünk most vissza a gégeben tapadó álhártyák mechanikus úton való szándékos leválasztásához? Részünkről megelégszünk azzal, ha a gégebeli álhártyák kevésbé gyorsan, serum- és vízgőzbelehelés hatása folytán elvékonyodott s elfolyósodott állapotban, mint nyálkás genyes váladék fognak kiköhögtetni. Csatlakozva *Sevestre*<sup>3</sup> nézetéhez, az écouvillonnage rendszeres alkalmazását az álhártyás gégeelob operatív kezelésére nem helyeselhetjük s jogosultságát csak azon esetekre szorítjuk, hol az écouvillonnage szükségkép merül fel.

\* \* \*

Végül a *tubage intermittent*-ra térünk át.

Midőn *O'Dwyer* az intubatiót a croup-esetek műtéti kezelése céljából ajánlatba hozta, a tubust annyi ideig kívánta a gégeben hagyni, míg a gégebeli álhártyás folyamat előreláthatólag lefolyt, s 158 gyógyult esete alapján a tubus átlagos fekvési tartamát 6 nap és 2 $\frac{1}{2}$  órában állapította meg. Az intubatio amerikai hívei jórészt még ma is követik *O'Dwyer* ezen tanácsát. Az intubatio európai művelői azonban kezdettől fogva már az első 24 vagy 48 óra után igyekeztek a tubust eltávolítani s e miatt extubatiót eszközöltek. Ezen eltérő technika adja magyarázatát annak, hogy a tubus fekvési tartama az amerikai szerzők eseteiben jelentékenyen hosszabb, mint az európai intubatorok észleléseiben. Így *Dillon Brown*<sup>4</sup> a tubus végleges eltávolításának időpontját a serumelőtti időben 5 nap és 3 $\frac{1}{2}$  órára teszi; *Louis Fischer*<sup>5</sup> a végleges extubatiót 5 napon belül eseteinek csak 25 százalékában, *Rosenthal*<sup>6</sup> pedig eseteinek 31 $\frac{1}{4}$  százalékában végezhetette. Sokkal rövidebb már a serumelőtti időben is a tubus átlagos fekvési tartama az európai

<sup>1</sup> *Bókay János*: Mily arányban fordul elő az álhártyaetolás s a tubusnak álhártyával való eldugaszolása az *O'Dwyer*-eljárásnál s mily jelentősége van ezen szövödménynek. Orv. Hetilap 1894. I. sz.

<sup>2</sup> *Ferdinando Massei*: L'Intubazione della laringe. Napoli 1893. Czitálja *Bókay*.

<sup>3</sup> *Sevestre et Variot*: Sur quelques modifications du tubage dans le croup. Journ. de clin. et théor. inf. 1896. Nr. 31.

<sup>4</sup> Intubation of the larynx. The medical record. June and July 1897.

<sup>5</sup> Czitálja: *Edwin Rosenthal*. Reduced period of intubation by the serumtreatment of laryngeal diphtheria. Medical and surgical reporter. May 30. 1896.

<sup>6</sup> *Ibidem*.

<sup>1</sup> *Sevestre et Variot*: Sur quelques modifications du tubage dans le croup. Journ. de clin. et théor. infantiles 1896. 31. juillet.



szerzőknél, pl. *Gustav Baer*<sup>1</sup> 5 napon belül az esetek 64·5%-ában tudta a tubust végleg eltávolítani, *Ranke*<sup>2</sup> gyógyult esetei 72·5%-ában végezte az extubációt 4 napon belül, *Heubner*<sup>3</sup> 100 órára, *Bókay*<sup>4</sup> 229 gyógyult intubáltjánál 79 órára tette az intubatio átlagos tartamát. A serumkezelés alkalmazása a tubus átlagos fekvési tartamát a klinikusok egybehangzó észleletei alapján jelentékenyen megrövidítette, így *Bókay* tnr. eseteiben 18, *Ranke*-nél 25<sup>1</sup>/<sub>2</sub> s *Heubner* eseteiben 63 órával csökkent a tubus fekvési tartama, az amerikai észlelőknél pedig e különbözet még sokkal jelentékenyebb s 67—71 órát tesz ki.

Míg az amerikai szerzők, a mint imént említettük, a tubust a gégebeli folyamat egész ideje alatt hagyják helyben, addig a francia szerzők ezzel teljesen ellenkező elvet, a tubus mielőbbi eltávolítását tűzik ki célul. A tubus fekvési tartamának lehető csökkentése vitte *Variot*-t és *Bayeux*-t a rövidített tartamú intubatióknak, a *tubage intermittens* módszerének létesítésére, mely eljárás a tubusnak a gégeben való meghagyását csak annyira szorítja, a mennyi a légzési nehézség legyőzésére feltétlenül szükséges. Némely klinikus észlelet indította *Variot*-t és *Bayeux*-t ezen új módszer létesítésére. Így tapasztalták a gége obstructio periodicitását az écouvillonnage gyakorlatánál, vagyis a tubus kibuktatása után a stenotikus tüneteknek egy ideig való szünetelését, a míg a dyspnoe nem jelentkezett újból, a mit újabb álhártyás kiizzadásnak vagy hangrésgöresroham fellépésének tulajdonítanak. (Ezen nézettől eltérőleg *Rauchfuss* s *O'Dwyer*, valamint *Bókay* tnr. is a stenotikus tünetek újbóli fellépését extubatio után subglottikus duzzanat kifejlődéséből magyarázzák.) Látták, hogy a csak néhány órán át eszközölt intubatio is hatásos lehet, ha például a tubust kényszerűségből hagyták néhány órán át a gégeben, a mikor a gyermek közérzete ezt kívánta, vagy az éjjel közeledte a felügyeletet nehezítette. Máskor a rendes classikus intubatio lett tervbe véve, de a hirtelen beállott obstructio miatt kellett a tubus fekvési tartamát megrövidíteni vagy a tubus spontán kivetése folytán állott elő a rövidített tartamú intubatio.

*Variot*, a ki az écouvillonnage alkalmazását ki akarta terjeszteni oly esetekre, hol tartós intubatio volt tervbe véve, időelőtti extubációt ajánlott s így a rövid tartamú intubatiók sorozata létesült. Ha a légzés egyes esetekben nyugodt maradt, nem volt szükséges a tubust többé visszahelyezni, máskor különböző időtartam után második vagy harmadik beavatkozás is volt eszközölendő. A szükségből megrövidített tartamú intubatiók elég gyakran bizonyították, hogy az intubatio hatásos lehet, ha csak néhány óráig tartott is. Más esetben, ha újabb beavatkozás vált szükségessé, tekintettel arra, hogy a croupos megbetegedés gyógyulásához közeledik, az újabb intubatio tartamát már szándékosan rövidebb időre vették tervbe. Így létesült az écouvillonnage variansa, a *tubage écourté à répétition*, melyet *Raoul Bayeux tubage intermittent*-nek nevezett el, szembeállítva azt a classikus intubatióval (*tubage permanent*). *Bayeux* tartós intubatio alatt oly eseteket ért, melyekben az egyes intubatiók tartama átlag 36 óra; míg időszakos tubage alatt oly eseteket, midőn az egyes intubatiók tartama legfeljebb 24 óra vagy ennél rövidebb. *Bayeux* 1897. január 21-dikén közölte első ily észlelését, mely a rövid tartamú intubatio kivihetőségét bizonyítja.

Tubage intermittens tehát az intubationnak oly módja, mely egyes célzatosan megrövidített tartamú intubatiókból áll, melyek egymástól rövidebb vagy hosszabb időközök által vannak elválasztva; ezen időközök hosszát a gyermek légzési nehézségének újbóli beállása szabja meg. Gözbelehelés s codein adagolása<sup>5</sup> mellett a nyugodt légzés időszaka meghosszabbítható.

*Marie Schultz* thése-ében a párisi Hôpital Trousseau-ban észlelt 70 tubage intermittens esettel foglalkozik. Ezek közül 15-nél egyetlen egy és 28-nál kétszeri rövid tartamú intubatio eszközöl-

<sup>1</sup> *Gustav Baer*: Tracheotomie und Intubation im Kinderspital Zürich. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie.

<sup>2</sup> *H. v. Ranke*: Münchener med. Wochenschr. 1895 Nr. 8.

<sup>3</sup> *Otto Heubner*: Klinische Studien über die Behandlung der Diphtherie. Leipzig 1895.

<sup>4</sup> *Bókay János*: Az intubatio tartama gyógyult diphtheriás betegeknek a serumtherapia előtt és ma. Orv. Hetilap 1895.

<sup>5</sup> *E. Variot*: Sur la codeine comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le croup. Société médicale des hôpitaux. Séance du 3. juillet 1896.

tetett. 11 esetben az első intubatio rövid tartamát a tubusnak időelőtti kivetése okozta; 18 betegnél pedig a tubus korai eltávolítása a tubus obstructioja miatt vált szükségessé.

A tubage intermittens előnye volna a classikus intubatio fölött, hogy az ennél fellépő kellemetlen szövödmények, mint a tubus obstructioja s annak spontán kivetése ezen új módszernél ritkábban észleltessenek, legfőbb előnye pedig az volna, hogy a gégeben s a légesőben fellépő fekélyzödések, vagyis a decubitusok képződése a tubusnak a gégeben való rövidebb fekvése mellett elkerülhetők legyenek. Azon kérdés taglalásába, hogy mily viszonyban áll a decubitusok képződése a tubus fekvési tartamához, bár igen érdekes volna, nem akarunk bocsátkozni, hogy témánktól el ne térjünk, hanem még fel akarjuk említeni, hogy mily eljárás volt szokásban a budapesti *Stefánia*-gyermekkorházban a tubusnak a gégeben való maradására vonatkozólag. Croupos betegeknek a tubus rendszerint első behelyezése után 48 órával lett eltávolítva; ha pedig a tubusra még tovább volt szükség az újbóli extubatio 24 óra múlva szokott történni. Előfordult azonban, hogy a gyermek tubusát ezen idő előtt köhögte ki, vagy hogy kihúzta azt a fonállal, ritkábban az is, hogy a tubust szükségből kellett előbb eltávolítani s ez esetekben a gyógyulás vagy további műtéti beavatkozás nélkül állott be, vagy ha újabb intubatio végeztetett is, néha a gyermekek a tubust ismét spontán kivetették. Így nyertük rövid tartamú intubált eseteinket, melyekben a tubus pl. <sup>1</sup>/<sub>4</sub>, <sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 1, <sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 2, 6, <sup>6</sup>/<sub>2</sub>, 9, 10, 11, 15, <sup>17</sup>/<sub>2</sub>, 18, 20, 21, 22, 23 vagy 24 stb. óráig feküdt összesen a gégeben.<sup>1</sup> Ezen a véletlen folytán megrövidített tartamú intubált eseteink részben az écouvillonnage spontanéhoz (avec tube) közelednek, részben pedig, nem ugyan a rendszeres, hanem a véletlen tubage intermittenshez tartoznak. S ha ezen észleleteink igazolják, hogy croupos betegek a tubust nem a gégebeli megbetegedés egész tartama alatt szükségelik, hanem csak azon időre, míg a fuladás tünetei fenyegetők, úgy pontos felügyelet alatt megengedhetőnek tartjuk, hogy a tubusnak a gégeben való fekvési tartamát megrövidíteni kísérjük. Adott esetben tehát, ha az intubált gyermek légzése teljesen szabad s nyugodt, a tubust néhány órai fekvés után próbaképpen eltávolíthatjuk. Ha a stenotikus tünetek újbóli fokozódása áll be s e miatt a tubust ismét be kellett helyezni s a légzés megnyugszik, néhány óra múlva az extubációt újra megkíséríthatjuk.

Ellenjavaltnak tartjuk azonban a tubage intermittens megkísértését akkor, ha az intubatio előtt a légszomj már hosszabb ideig fennállott s a gyermek erőbeli állapotát kimerítette, úgyszintén akkor, ha az intubatio után a stenosis újbóli gyors fellépése miatt sürgős reintubatio volt kiviendő. Ily esetekben célszerű, sőt szükséges lesz a tubust hosszabban fekvé hagyni s serumbefecskendés megismétlése mellett újabb extubatio-kísérlettel legalább 24 óráig várni.

## Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházból.

### A gyermekek gégepapillomáiról.

(Laryngofissio, Lőri-féle eljárás.)

Közlő: *Baumgarten Egmont* dr. egyet. magántanár, kórházi gégeész.

Jóllehet, legközelebb szándékozom a gyermekkorban fellépő, az orr-, torok- és gégemegbetegedések terén tett tapasztalataimat önálló munkában részletesen közzétenni, mindazonáltal két eset kapcsán, melyek egy ikerpárt illettek, már most óhajtók a gégepapillomák, annak javallatai és szövödményeiről, nemkülönben az általam követni szokott műtéti eljárásról egyet-mást elmondani.

Az ikerpár története érdekes s tanulságos; mindkét beteg, kik a gégepapillomával járó összes tüneteken átestek, most 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> évi kezelés után véglegesen meggyógyult s nyilvánvalóan igazolja, hogy eme kis betegeknek a szervezetnek bizonyos ellenállóképessége kell, hogy létezzen és hogy az orvos, nemkülönben a betegek, illetve azok szülei, környezetének igen nagy türelme mellett valamiképp a szerencse is bejátszik, mert én ezen idő alatt gyermekeket, melyeknél csekélyebb nehézségek és sokkal enyhébb tünetek állottak fenn, láttam elpusztulni, míg másoknál sokkalta rövidebb idő alatt gyógyulást birtam eredményezni.

<sup>1</sup> Lásd *Bókay János*: Az intubatio tartama gyógyult diphtheriás betegeknek a serumtherapia előtt és ma. Orvosi Hetilap 1895.



Mindkét leánykát 1894 őszén hozták a „Stefánia“-gyermekkórház rendelkezésére; az ikerpár oly annyira hasonlított egymásra, hogy én még ma is csak úgy tudom őket megkülönböztetni, hogy az egyiknek nagyobb mandolái vannak a másiknál. Egészséges szülők 5., illetve 6-dik gyermeke gyanánt 1892-ben születtek. A szülők negyedik gyermeke erős szemkankóbar szenvedett és az anya fluor albua meg is maradt.

Az ikerpár szülése több óráig tartott. Anyjok előadja továbbá, hogy a gyermekek hangja mindig rekedt volt és már az élet első hónapjaiban sokat szenvedtek hangrésgörcsben. Az egyik gyermek 19—20 hónapos korában már hangtalan lett; a légzési nehézségek emelkedése folytán, mely eleinte itt-ott majd másodnaponként, végül pedig naponta jelentkezett, kénytelenek voltak a gyermeket intubálni. A gégevizsgálat csak többszörös kísérlet után sikerült, mert a kis beteg igen renitensül viselkedett, végre mégis sikerült leszorított nyelv mellett a papillomákat megpillantanom, mire azután a beteg 1895. január havában a kórházba felvételre, s rajta a légesömetszést végezve, néhány nap múlva a canullel elbocsátott.

Miután az anya a második leánykát is az ambulantiára hozta s ez is rekedt volt és hangosan légett, ezt a leánykát is megkísérlettem gégetükrészni, de ez még az előbbinél is rakoncátlanabb volt s csak egy hónappal később, a légzési nehézségek növekedésével tudtam itt is gégepapillomákat megállapítani, mialatt az első leánykát a műtetre begyakoroltam.

Márczius havában a másik lázas lett, hevesebb légzési zavarok jelentkeztek nála, a gégeben fehér lepedék (diphtheria) volt látható. A kicsit mindjárt serummal oltották be, a tünetek lassanként visszafejlődtek, sőt még maga a gége is rövidesen megtisztult s a papillomák majdnem eltűntek. Az első leánykánál is a tracheotomia után rövid időre a papillomák lényegesen kisebbek lettek, oly tünet, melyet ily betegeknek majdnem minden tracheotomia után észlelhettem; különben a papillomák kibedését avagy visszafejlődését majd minden gyermek mutatta, hol közbeneső betegségek, így morbilli, scarlatina, tüdőgyulladás stb. voltak jelen.

Az első leánykánál a papillomák az egész gégeben burjánzottak, később még felfelé, az ary-epiglottikus redők felé is, annyira, hogy csak a papillomák voltak láthatók, de azért lefelé is terjedtek, úgy hogy a canult gyakran eldugasztották.

1895. július havában a papillomák a második leánykánál oly nagyok lettek, hogy a keletkezett légzési nehézségek miatt azt is a légesömetszésnek kellett alávetni. Gyakrabban megpróbáltam azután csipeszszel a papillomákat eltávolítani, de ha nagyobb részleteket is távolítottam el, azok a legközelebbi ülésig utána nőttek, máskor pedig a gyermekek ellenállása folytán mit sem tehettem. Őszel a papillomák mindkét gyermeknél oly óriásiakká fejlődtek, hogy az egész géget kitöltötték és a gégefedőt felfelé nyomták, ez volt az egyedüli gégeképlet, melyen nem voltak papillomák. Idővel a papillomák annyira megnöttek, hogy golyóalakban az epiglottis felé emelkedtek s már a nyelv leszorítására szabad szemmel voltak kivehetők úgy az egyik, mint a másik leánykánál. Ekkor a papillomákat a Schütz-féle fogóval — mely adenoid vegetatiók eltávolítására szolgál — nagy darabokban tudtam megfogni és eltávolítani, de alig egy-két nap múltán újra visszazúrtak. Most a papillomák lefelé is burjánzottak, canulcsere alkalmából egész darabokat kőhögtek ki s midőn ez a cserélés az első leánykánál szeptember havában a trachealis nyílásnak sarjakkal, illetve papillomákkal való betömés-szüle miatt agályossá kezdett válni, a kicsit a kórházba felvételre és megoperáltam. Narcosisban — miután előbb egyes papillomákat eltávolítottam — Trendelenburg-féle canult vezettem be, a gége és légeső a tracheotomia helyéig szabadabbá tétetett, ezután felfelé innen a légeső és gége megnyitott, fokozatosan lettek a temérdek apró és nagy sarjak, melyek gyakorta erősen véreztek, ollóval, kaparókanállal eltávolítva. A gége 8 napon át maradt szabadon jodoform-gázal kitöltve, minden harmadnap narcosis közben utána néztünk, edzettünk és miután a 8-dik napon minden eltávolítottunk látszott, a seb egyesítettet és bekötöttet. A daganatok, melyek a szájüreg alsó részében voltak, természetesen nem voltak eltávolíthatók. Néhány nap alatt a seb begyógyult, a kis beteg mindennemű beavatkozást különösebb reactio nélkül viselt el, de a daganatok miatt, melyek a gége felett léteztek, még közvetlenül a műtét után sem tudott zárt ablakos canul mellett lélegzeni. A táplálkozás néhány napig a műtét után bázisingszó segélyével történt, mely művelet a jelzett daganat miatt csak ügygyel-bajjal sikerült.

1895 telén és 1896 első felében gyakran megkísérlettem a daganatokat eltávolítani, de ezélt nem értem el. Az első leánykánál a canult minden akadály nélkül lehetett felváltani, midőn azonban őszel, a szünnidő után hazajöttem, mindkettőjüknek sok sarjadzás volt, a második leánykánál a canul kivételénél a tracheotomia sebét egy gombolyag teljesen eltakarta és csak úgy lehetett a csövet kicserélni, ha mindjárt abban a perczen a másikat utána betolták. Az első leánykánál a sarjakat pokolkövel érintettem, de ennek eredménye nem volt, később, midőn a sarjadzások a csőváltásnál zavart okoztak, chromsavval edzettem a sarjakat. Ezüstkutasra chromsav-jegecet olvasztottam, ezzel a granulatiókat érintettem, mialatt a másik kezemmel a gégecsövet helyeztem és toltam befelé, a mit a beteg jól tűrt és csakhamar a papillomák eltűntek, minthogy én még felfelé is edzettem. A másik leánykát is fel kellett volna venni laryngo-tracheofissio céljából, minthogy napról napra fuladási tünetek jelentkeztek, megpróbáltam azonban nála a már bevezetett, de ismét kissé előhúzott canul mellett a papillomákat erőlyesen chromsavval edzeni, mi oly sikeres eredménnyel járt, hogy két hónap múlva a tracheotomia sebében jelen volt daganatok eltűntek és a gégecanult akadálytalanul lehetett felváltani. Már a második edzésnél azon reménységgel kecsgettem magam, hogy az illető behatóbb véres

műtét nélkül fog meggyógyulni. Az 1897. esztendőben a Lőri-féle eljárással, melyet alább fogok ismertetni, mindkét leánykánál sok papillomát távolítottam el; a műtétet gyakran kellett megszakítanom, hörgőhurut s más betegségek akadályoztak abban, nemkülönben a gyermekek részéről kifejtett makacs ellenállás, mely hetekig tartott, hogy azután hirtelen egy-két napra szelid és türelmes-se legyenek. A canul körül a sarjadzások csak mérsékeltek voltak és mindinkább ritkábbak, végül már nem is jelentkeztek.

1897 őszén végre, midőn az első leánykánál a Lőri-féle eljárást alkalmazni kezdtem, észrevettem, hogy az eltávolított papillomák nem nőttek ki újból és hogy 3—4 hét múlva ismét hang jelentkezett, nemkülönben, hogy az ablakos canul külső nyílását be lehetett zárni. Ezóta a kis beteg igen türelmes lett. 1897 végén nála mindent eltávolítottunk, ezóta a gyermek éjjel-nappal zárt canul mellett légtik, de hangja még rekedt. A másik leánykánál is belefogtam a műtétbe és csodálkoztam, hogy néhány ily beavatkozás után zsugorodást észlelhettem. Míg az első leánykánál minden egyes darabot el kellett távolítanom s még ma is van itt-ott egy kis sarjrézlet kiirtásra, addig a másiknál a legnagyobb rész önmagától fejlődött vissza s ő is már régóta zárt canullel légtik, gégeje szintén szabad, sőt hangja tisztább és hangosabb. A canuleket csak hat hónappal a papillomák utolsó fellépése után fogjuk végleg eltávolítani. A gyermekek virágzó színben vannak és jól fejlődtek. Öt-hat hét óta újabb sarjak nem mutatkoztak.

A papillomák kórokát gyermekeknél alig tudjuk kimutatni. Több szerző azt állítja, az adenoid vegetatiók okai lehetnek a papillomáknak. Én számos vegetatiót figyeltem meg, de összefüggést a kettő között nem tudtam találni. Az ikerpárnál nincs kizárva, hogy a születés alkalmával az anya fennálló fluor albua által a gyermekek a légutakban fertőztettek és így a papillomák kankós származásnak. Más anyáknál is, kiknek gyermekei papillomákban szenvedtek, kérdezősködtem, de azoknak csak kis része szenvedett fluorban, míg a legtöbbször ez a körülmény hiányzott és így a fluor csak kivételesen tekinthető a baj okozójának.

A gyermekeknél rendszerint kétféle papillomafajt lehet megkülönböztetni. A ritkábbféleség inkább nagyobb gyermekeket illet, itt a papillomák a hangszalagokra és a közvetlen környezetre szorítkoznak. Ezen alak kevésbé sarjadzik és nem oly mérvben szokott kiújulni, mint a másik alak, mely a gége-nyálkahártya minden részletét ellepi s mely, mint azt említők, a gége egész lumenét képes kitölteni, sőt még a fölé is képes emelkedni és sok időn át ki is újulhat. Egyes megbetegedések-nél a papillomák rohamosan fejlődnek vissza; pleuropneumonia egy esetében oly annyira tökéletesen, hogy a canult el lehetett távolítani, de midőn a fiú fellábadt, ismét annyira sarjadztak, hogy rajta a légesömetszést ismételtelen kellett megejteni.

Tapasztalataim szerint minden papillomával bíró gyermek-nél elvégre elkövetkezik azon idő, midőn nála a műtét után a kiújulási képessége a papillomáknak megszűnik, egyes esetekben — és ez ritkaság — mindjárt a műtét után történt az meg, az esetek legtöbbszörében azonban csak 1—2 év múlva, sőt még később. Hogy ez mikor következik be, azt minden esetben csak empirikus úton lehet meghatározni. Nem hagyhatom megemlítés nélkül, hogy egyik esetben néhány évvel a tracheotomia után láttam a papillomáknak önmaguktól való visszafejlődését.

Nekem sines a laryngofissio valamely lényeges eredményéről beszámolni valóm, habár én is 8 napon át tartottam nyitva a géget és minutiosus pontossággal küszöböltem ki minden gyanusat; magát a beavatkozást a gyermekek kitünően tűrik, én mindazonáltal a laryngofissiót gyermekeknél csak kivételesen fogom végezni. A műtétet igen renitens s nagyobb gyermekeknél fogom ajánlatba hozni, midőn a légesömetszés után absolute nem sikerül az endolaryngeal úton való operálás, vagy ha az illetőknek nem áll módjukban hosszabb ideig a kórházban időzni.

Javasolni fogom továbbá a laryngofissiót a tracheofissióval kapcsolatban mindama esetekben, a hol a canulnak felesérése annyira veszélyes, mint a fent jelzett esetben, midőn a chromsavas edzések, melyeket legjobban és legmelegebben ajánlok, nem elég gyorsan vezetnének célhoz. Eltekintve ama sok közbeneső betegségektől, mely a papillomával bíró gyermekeket érhet, így hörgőhurut, tüdőgyulladás stb. és a mely a légesömetszéses folyamánként is tekinthető, a tracheotomia és a legnagyobb és legszorosabb ápolás mellett is a gyermekek a papillomák és sarjak áldozatául eshetnek. Egy ilyen papillomás renitens kis gyermek-nél laryngofissiót végeztünk itt a kórházban, mindent a legnagyobb pontossággal eltávolítottam és Paquelinnel égettem, a



gyermek hosszabb időn át jól érezte magát, azután recidivák jelentkeztek, de a gyermek zárt canullel még rövid ideig légzeti tudott. Majd néhány hó múlva légzési nehélyek léptek fel és a gyermek egy éjjel megfuladt. A bonczolatnál a papillomák ismételt kiújulását tapasztaltuk, de a halál közvetlen okát a bifurcación lévő babmekkoraságú papilloma képezte. Ezen készítmény a gyermekkórház muzeumában őriztetik. Egy más két éves gyermeknél bizonyos idő óta papillomákat távolítottam el, utóbbi időben csak már apró darabokat ragadhattam meg és ezen gyermek, a nélkül, hogy nála előzetesen jellegzetes fuladási tünetek forogtak volna fenn, hirtelen megfuladt. A bonczolat a canul alatt lévő granulomákat derített ki.

Löri Ede dr. úr, a gyermekkórház mélyen tisztelt volt gégésze az „Jahrbuch für Kinderheilkunde“-ban (1880) oly eljárást ismert, mely kevésbé ismeretes s mely méltán megérdemli, hogy a gyermekek papillomáinak kezelésénél általánosítottassék.

Eljárása emlékeztet némiképp *Voltolini* módszerére, de annál sokkalta biztosabb, felette gyöngéd, jobb és finomabb, továbbá alig fájdalmas s végül sokkal modernebb. Ő ugyanis fémcathetereket használt különféle vastagságban 6—7—10-es számot, a catheter elől-hátul, jobb- vagy baloldalt tojásdad élesszélű nyílással bír, a csúcstól 2—3 mm.-nyi távolságban. Ezen fémcathetereknek a többi hasonló eszközök felett az az előnyük is van, hogy még a legmakacsabb gyermeknél is könnyen vezethetők be s hogy nem sértenek.

A papillomák a bevezetésnél a catheter fent jelzett nyílásába esnek és a kihúzásnál rendszerint a catheter csúcsában találjuk a papillomákat. Az utóbbi időben egy rakás papillomát távolítottam el, még 2 éves gyermekeknél is, kik csupán rögzítettnek, a száját kitátatjuk és ekkor, ha a tükröt bevezetem s megtekintem a gégefödőt, abban a pillanatban bevezetem a gégébe az említett cathetert; a kihúzásnál ilyenkor mindig leválik egy papilloma, a vérzés e mellett majdnem semmi. A catheternek a gyermek gégéjéhez mértnek és kivágásának élesszélűnek kell lenni. Ha a gyermek nagyobb és nyelvét kiöltve tudja már tartani, akkor ezen négy catheter egyikének segítségével minden már előbb megpillantott papillomát el tudok távolítani. Nagyon örvendének, ha többi ügyfeleim is, kik a gyermekek papillomáinak eltávolításával vesződnek, ezen eljárást megkísérlenék és ezen műtét egyszerű és biztos voltáról meggyőződnenek.

Csak a legritkább esetekben kerülhető el a légesüetszés, ez is csak nagyobb gyermekeknél, hol a papillomák kedvezőbb alakja áll fenn. De még ezen kedvező alaknál is kell légesüetszést végeznünk, mert az endolaryngealis manipulációkat hangrészgöres szokta követni, a gyermek már a cocainnal való érzéstelenítésnél is megfuladhat. Az intubatio a gyermekeknél csak szükség esetén engedhető meg, mert ezen eljárásnál gyakran szakítatnak le papillomák, melyek vagy a mélybe esnek, vagy a tubus ürét betömhetik, bár a leszakított papillomákat a gyermekek — miként én azt megfigyeltem — a tubuson át kiköhögthetik.

## Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekekórházból.

### Veszületett dextrocardia esete.<sup>1</sup>

Közli *Berend Miklós* dr. egyetemi tanársegéd.

Dextrocardia alatt a szív azon rendellenes fekvését értjük, mikor intranerin megbetegedések következtében, vagy a rendellenes fejlődés miatt a szív a jobb mellkasfélben foglal helyet. Legtöbbször részjelensége az általános situs viscerum inversusnak; egyedül csak ritkán fordul elő. Az aorta-ív jobbra fordulása, vagy a nagy edények transpositiójával lehet kombinálva.

Egyszerű dextrocardiánál a szív vagy 1. függélyes helyzetben van, mint az ébrényi élet első hónapjaiban, vagy 2. vízszintes fekvésű és a csúcsa balra tekint, vagy végre 3. teljes áthelyeződés van jelen és a csúcs is jobbfelé tekint. (*Rosenbach*.<sup>2</sup>) A mi esetünk *Rosenbach* ezen beosztásának második kategóriájába tartozik. Ujabbán számos esete a tiszta dextrocardiának van közölve az irodalomban, így *Breschet*<sup>1</sup> 4 esete, *Mosler*<sup>2</sup> 2 esete,

*Schrötter*<sup>3</sup> 4 esete. *Schrötter*, a ki e tárgygyal sokat foglalkozott, tagadja az izolált dextrocardia előjövételét s majdnem minden esetben extranerin életben fejlődött áthelyeződést vesz fel; más tekintélyes szerzők, így *Ziegler*<sup>4</sup>, *Bamberger*, felveszik az izolált dextrocardia lehetőségét. Miután a legtöbb esetben a szív rendellenes fekvéséhez a működése is alkalmazkodik, érthető, hogy ismeretesek olyan esetek, mikor a dextrocardia csak mint véletlen vizsgálati adat szerepel s in vivo semmiféle panaszra nem ad okot. Máskor szívpanaszok hozzák a beteget az orvoshoz, de ezek oka a dextrocardiával aránylag gyakran szövődött más rendellenesség, melyek közt a tüdőűtér szűkülete, septum-defektusok és edény-transpositio a leggyakoribbak. Legnagyobb vérkeringési zavart okoz ezek közt a nagy ütterek transpositiója, de ez esetben is elmaradhat a vérkeringési zavar akkor, ha a nagy venák is áthelyeződve vannak. A dextrocardia, épen úgy mint a situs viscerum inversus, főleg férfiaknál fordul elő s igen ritka fejlődési rendellenesség. Az újabbán leirtak közül főleg *Schrötter* utolsó esete érdemel említést, a mely tudtommal az első, a hol a kórisme megállapításánál a Röntgen-fény is játszott már szerepet. Hogy az átvilágítás néha fontos és kórismézési czélból is döntő lehet, azt a jelen eset is igazolja, mely a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházban került észlelés alá.

B. Miksa, 11 éves, három héttel a kórházba hozatal előtt betegedett meg melltáji fájdalmakkal; 7 év előtt kiállott ronesoló toroklobjától eltekintve mindig egészséges volt, szülei és 5 testvére élnek és egészségesek.

Bemutatáskor a jól fejlett, kissé sápadt fiúgyermeknél a panaszának megfelelő húrurton kívül a következők voltak constatálhatók:

A dombordát mellkas mindkét fele egyenlő kitéréseket végez. Bal oldalon a megszokott helyen szívesücsökös nem tapintható, valamint szívüktetés sem. Ellenben a jobb oldalon jól tapintható a szívüktetés és a jobb bimbóvonalon a IV-ik bordaközben szétterülő — minden valószínűség szerint csücsökösnek megfelelő —, a carotis-hullámmal synchron-üktetés látható és tapintható. *Kopogtatásnál*: a jobb oldali kulesalatti tájon kissé üresebb a kopogtatási hang. A 3-ik bordánál a parasternalvonalon egy tompulat veszi kezdetét, mely lefelé a májtompulatba megy át; jobbfelé majdnem a mellső hónaljig ér, míg be- és balfelé mint relatív tompulat a bal szegyszélt kissé meghaladja, mint abszolút tompulat pedig csak a jobb szegyszélig terjed. A jobb mellkasfélben kapott ezen tompulat átmege a májtompulatba, melynek a hónaljban megítélhető felső határa rendes, alsó határa a borda-ívet egy etm.-nyivel meghaladja. Léptompulat a 8-ik borda alsó szélénél kezdődik; megnagyobbodva nincs.

*Hallgatásnál*: Tüdők fölött csekély húrurton kívül semmi eltérés nem található. A jobb bimbóvonalon levő üktetés helyén, valamint a jobb szegyszélen systolikus fúvó zörrej hallható, melynek punctum maximuma a jobb 2-ik bordaközre esik.

A diastolikus hang a csücsön és szegyszélen tiszta, a nagy edények második hangja nem ékelt.

Megemlítendőnek tartom, hogy a gyermek nem balog és bal heréje áll lejjebb mint a jobb. E tekintetben tehát rendesek a viszonyok; a léptompulat alakja és nagysága rendes, a hasbéli szervek pontos átvizsgálásra (gyomor- és bél-felfúvás) sem tüntettek fel rendellenességet.

A Röntgen-fénnyel való átvilágítás a dextrocardia kórisméjét megerősítette, de egy tévedésről is felvilágosított. A szív legnagyobb tömege a jobb mellkasfélben foglal helyet a Röntgen-kép szerint és majdnem vízszintes elhelyeződésű a rekeszen. Kihegyesedett csücsös része azonban nem a üktetés helyének megfelelőleg a jobb oldalon, de a szegyszélen bal szélén valamivel túlesve foglal helyet. A nagy edények helyzete rendes. Az átvilágításnál a szív- és rekeszizom helyzete, valamint mozgásaik igen jól voltak kivehetők. Ha a szívtompulat kirajzolt kopogtatási határát a Röntgen-képpel összehasonlítjuk, rögtön feltűnik, hogy a kopogtatás által nyert tompulat csak a jobboldali 3-ik bordaköz egy pontján egyezik az átvilágítás által nyert határral, de az utóbbinál nagyobbak tünteti fel a szívet a jobb mellkasfélben. A bal mellkasfélben levő, elég tetemes nagyságú szívészletet kikopogtatni általában nem tudtuk s ott a Röntgen-kép határa majdnem 3 cm-terrel haladja meg a kopogtatási vonalat, mely a bal szegyszélen függőlegesen végződik.

A két kép közti ilyen eltérés azonban egyszerűen megmagyarázható a szív egy oly tengelyfordulata által, mely miatt a szívesics kissé hátra tekint, míg a jobb fülese és pitvartáj közelebb vannak a mellkasfalhoz mint rendesen.

Azt kell mondanunk, hogy a szív hossz tengelye, mely rendes körülmények közt is jobbról, felülről bal és lefele halad, irányát ez esetben sem változtatta, de a rendes helyzetétől annyiban különbözik, hogy nem 50°-os szögletet képez a test hossz tengelyével, mint rendesen, hanem 55—56°-nak megfelelőt; továbbá a szívbasis nem fekszik annyira hátul, a csücs pedig elől mint rendes körülmények között.

<sup>1</sup> *Breschet*: Virchow-Hirsch: Jahresbericht 1880, II. 94.

<sup>2</sup> *Mosler*: Virchow-Hirsch: Jahresbericht 1882, II. 85.

<sup>3</sup> *Schrötter*: Virchow-Hirsch: Jahresbericht 1895, II. k.

<sup>4</sup> *Ziegler*: Pathol. Anatomie.

<sup>1</sup> Bemutatva a budapesti kir. orvosegyesületben.

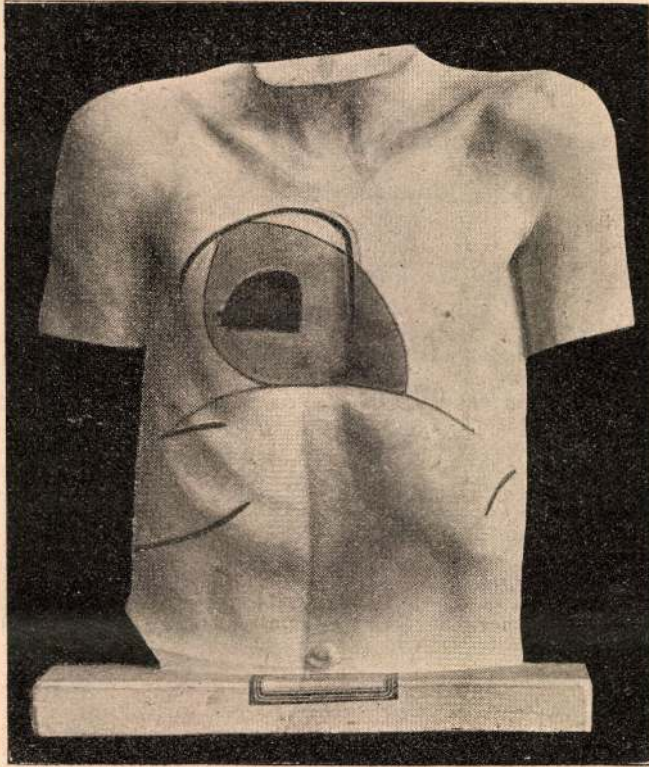
<sup>2</sup> *Rosenbach*: Realencyclopädie der ges. Heilkunde.



Röviden kifejezve: a szív helyzete vízszintesebb, hossz tengelye pedig párhuzamosabb a szegycsont meghosszabbított síkjával.

Ezen helyzetnek következménye az, hogy az elfordult mélyen fekvő csúcslelkést tapintani nem lehet, ellenben a jobb gyomrocs lüktetése észlelhető; ugyanígy magyarázható, hogy a kopogtatási vonalnak el kellett térnie a Röntgen-kép határától és pedig úgy, hogy az odafekvő jobb gyomrocs táján nagyobb, a mélyen fekvő baloldalon pedig kisebb képet nyertünk, mint a minő a valóságnak megfelel.

Az átvilágítás ez esetben tehát kétségtelenül bebizonyította, hogy egy, a *Rosenbach* beosztásának második categoriájába tartozó dextrocardia van jelen s felvilágosított azon tévedésünkről, hogy a csúcsot jobb oldalon kerestük. E tévedés megállapítása Röntgen-fény nélkül egyáltalán nem lett volna lehető s így ez eset is bizonyítja, hogy a belgyógyászatban az átvilágításoknak nagy diagnostikus értéket kell hogy adjunk. Gyermekeknél az át-



A beteg mellkasáról vett gypslenyomat, mely feltünteti a Röntgen árnyékot s az élőben kirajzolt abszolút és relatív szívtoppulatót.

világítás még könnyebb, mint felnőtté s a veleszületett szív-bántalmak homályos kórisméjét kétségkívül elősegíteni fogják az átvilágítási eredmények. Ma azonban még nem vagyunk ennyire. A jelen esetben is veleszületett szív-bántalom jeleül kell, hogy tekintsük a szívtájon hallható systolikus zörejt, de azt localizálni képesek nem vagyunk. Nem tekinthető e zörej accidentalisnak, mert vérkeringési zavar tünetei jelen vannak: erre utal a nyaki visszereken látható kistokú undulatio és a májmegnagyobbodás. A zörej punctum maximuma az aortára esik; ez aortaszűkület mellett szólana ugyan, de ennek a feltételnek ellentmond az ütér-lökés rendes teltsége és közepfeszessége. A ductus Botalli nyitvamaradásánál ugyancsak az aortatájon van a zörej punctum maximuma s e fejlődési rendellenesség nem jár mindig nagyobb vérkeringési zavarokkal. Ha azonban ezt megemlítem, nem akarom kórismeként ideállítani. A congenital szív-bántalmak szövődött természeténél fogva pontos kórisme a legtöbb esetben lehetetlen; még inkább áll ez a jelen esetben, a mikor még a szív helyzete sem normalis.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

A moszkvai Mária Fjodorowna özvegy czárnő védnöksége alatt álló szent Olga-gyermekekórház évkönyve 1896-ról. (Oroszul.)

A moszkvai Olga-gyermekekórház 1896-ban ünnepelte fennállásának és működésének tíz éves jubileumát. Ez alkalommal a jubileumi

<sup>1</sup> Az orosz jelentés beküldetett a szerkesztőnek.

diszülésen a kórház igazgatója és vezetője vázlatosan előadta nem csak a kórház alapításának és fejlesztésének történetét, hanem egyúttal kiterjeszkedett a moszkvai szegény beteg gyermek-ügyre is, a mi annyiból bír reánk nézve is érdeklő, mert ott is a gyermekbeteg-ügy, illetőleg a segélyt kereső szegény beteg gyermekek érdekében kevés történik az állam s a város —, de annál több egyes lelkes pártfogók és a gyermek-ügy iránt érdeklődő magánosok részéről.

Moszkvában az első gyermekkórházat a város még 1842-ben alapította, mely azonban dacára annak, hogy 150 ágyra volt berendezve, a mindinkább rohamosan szaporodó betegek igen csekély részét volt képes befogadni; mihez járultak az évenként ismétlődő járványok, melyek alkalmából sokszor az egész kórház csak fertőző betegekkel volt tele. Ily módon a segélyt keresők nagy részét el kellett utasítani, a mi a különben is magas halálozási arányt még jobban növelte. *Van Derwin* áldozatkészségének köszönhető, hogy 1876-ban megnyílt a szent Vladimir városi gyermekkórház. E kórház megnyílt fordulópontot képez a moszkvai szegény beteggyermek-ügyben, a mennyiben e valóban mintaszerűen s minden egészségügyi követelmények szigorú betartásával épült gyermekkórház még ma is mintakórháznak tekinthető. A kórház kiválóan a járó betegek igényeit elégíti ki; már néhány évi fennállása után évente 30,000 ambulans betegnek nyújtott segélyt. E nagy beteganyag tagadhatatlanul nemcsak a segélykeresők nagy számát mutatta, de elvitázhatatlanul jótékony befolyással volt az orvosok kiképzésére is.

Midőn a 80-as években a moszkvai városi gyermekkórház beszüntette működését s még ma sem nyitotta ki kapuit a szenvedők befogadására, egyedül a szent Vladimir-gyermekekórházra rehezedett a súlyos feladat, hogy a csaknem egy millió lakost számláló Moszkvában a szegény beteg gyermekek kezeléséről gondoskodjék.

A ropant kiterjedésű városban a város központjától igen távol fekvő kórház — tekintve az ismeretes gyarló közötti hálózatot — alig egy csekély százalékát tudta a jelentkezőknek még csak orvosi tanácsosul is ellátni. Ehhez járult még az a szomorú körülmény is, hogy a vidékről beözönlő beteg gyermekeket nemcsak el kellett utasítani a helyhiány miatt, de mindennapi esemény volt, hogy a segélyt keresők még csak éjjeli hajlékot sem tudtak kapni. A kórház fekvőhelyeit t. i. a városi betegek annyira igénybe vették, hogy a vidékiek e kedvezménytől a szó szoros értelmében ki voltak zárva. Hány ritka, s érdekes eset ment így kárba, mondja *Alexandrow* kórház-igazgató, s hány aggódó családapa ment haza falujába a nélkül, hogy gyermekének a segélyt megszerezhetette volna!

Ily szomorú körülmények között újra a magán jótékonyasághoz, samaritanus szívhez kellett fordulni.

Gróf *Orlow-Davidow Sergius Vladimirovics* volt a nemeslelkű férfiú, a ki elhatározta azt, hogy ennek véget vetendő Moszkvában alapít egy oly gyermekkórházat, hol a segélyt kereső gyermekbetegek orvosi ellátásban részesülhetnek, s a mellett a kórházi kezelést igénylők biztosan díjtalanul elhelyezhetők legyenek valláskülönbőség nélkül. E nemes gondolkodása grófnak köszönheti az Olga-gyermekekórház alapítását. A kórház 1887. december 11-én nyílt meg. Alapításánál általában ugyanezen elveket tartották szem előtt, mint a szent Vladimir-kórház alapításánál. A kórház építésénél és berendezésénél halhatatlan érdemeket szerzett a Vladimir-gyermekekórház néhai igazgatója, dr. *Bulfusz Pál*.

Az Olga-gyermekekórház két osztályból áll. Tudniillik a 30 ágyra berendezett tulajdonképeni gyermekkórházból és az ambulatorium osztályból. A kórháznak fertőző osztálya nincs. A lefolyt tíz év alatt az ágyak száma héttel szaporodott, mihez hozzávéve az állandóan fizető betegeket, ma, a kórházban 40 ágy áll rendelkezésre. A fekvő beteg-osztály két egyenlő ágyszámú sebészi és belgyógyászati osztályból áll.

Átlag évente 324—521 beteget vesznek fel. Tíz év leforgása alatt 4275 fekvő beteget kezeltek 136,412 ápolási nappal. Gyógyult 3629, javult 223, meghalt 393. A kórház alapítója újabb időben még a gyógyfürdőket igénylő betegeket is évente saját költségén küldi a megfelelő gyógyhelyre.

A speczialis kezelésre szoruló betegeket a moszkvai speczialisták mindenkor készséggel látogatták, illetőleg gyógykezelték. Az üdülő betegek, a kisérők, anyák stb. szórakoztatására szolgál a közadakozásból gyűjtött kórházi könyvtár, a különféle játékok, úgyszintén egyes jótékony hölgyek rendeznek évente többször gyermek színi-előadásokat, kődfátyol-képeket, karácsonykor pedig karácsonyfa-ünnepélyeket.

A járóbeteg-osztály évente 10—31,361 betegnek nyújtott segélyt. Tíz év alatt 202,399 beteg fordult meg 521,350 rendeléssel. Azonfelül tíz év alatt végeztek 10,708 sebészi műtétet, 1533 gyps-kötést és 13,416 himlőtoltást. A kórház azonfelül a zord téli időben melegebb ruhát oszt ki a szűkölködők között, nemkülönbön naponta adnak bizonyos mennyiségű tejet a bejáró betegeknek!

A kórház administratív feje a kórház-igazgató. A kórház alapításakor 5 éven át annak élén a kiewi egyetem mostani gyermekgyógyászat tanára Prof. *Csernow* állott; az ő buzdalmának és körültekintésének köszönheti nagyrészt az Olga-gyermekekórház mai modern, s minden igényeknek megfelelő berendezését. A kórház gazdasági ügyeit egy gazdasági bizottság vezeti a kórházalapító grófnál az élén; tagjai: az igazgató, az egyik kórházi főorvos (ez utóbbit évente választják az orvosok maguk között) s a gondnok.

Az Olga-gyermekekórház alapításához és felvirágoztatásához egy emberbarátnak neve fűződik, kinek arczképét is melléli az évkönyv az előlapon, s a kiről elhalálása alkalmából kegyeletos szavakkal emlékezik meg *Alexandrow* igazgató, s méltán. A csekély ágyszámmal ren-



delkező gyermekkorházban a seregesen tóduló, kórházi kezelést igénylő betegek nagy részét sokszor csak javultan kellett kibocsátani, nehogy a sürgős és halaszhatatlan kórházi kezelést igénylőket el kelljen utasítani helyhiány miatt. E visszárs körülményt belátták a kórház intézői, s csak a lelkes emberbarátnak *Bernsteinnak* köszönhető ama igazán páratlanul álló intézmény, hogy az üdülő betegekről is gondoskodva van. *Bernstein* a kórház alapításánál, mint a végrehajtó bizottság egyik szerény tagja, belátta, hogy ily csekély ágyszám mellett a humanus cél csak félig lesz elérve, ennél fogva éjjel-nappal azon működött, hogy e hiányon segítsen. 200,000 rubelnyi alapítványt tett arra a célra, hogy az üdülő betegek számára menhely alapítsák! Nem érhetne meg életében, hogy nemes ideája testté váljék. Ma, hála az Oroszországban szinte páratlan magán jótékonyaságnak, a hol a szó szoros értelmében versenyeznek a földi javakkal megáldottak a szenvedők felségelyezésén — ez is megvan már. Mellesleg megjegyzem még azt, hogy nálunk se ártana, ha egyes jótékony adakozók nem darabolnák el a samaritanus célra szánt filléreiket, hanem egy célra hagyományoznák azt!

A kórházi orvosszemélyzet, különösen az ambulatorium vezetői hatalmas munkát végeznek. A napi betegek átlagos száma 200, nyári hónapokban pedig eléri a 400-at! Az ambulantián naponta 5 orvos működik. A szükséges vizsgálati eszközök beszerzésére a kórház alapítójának fivére gróf *Davidow Antal* 1000 rubelt ajándékozott, azonfelül az alapító gróf a gyógyszerek beszerzésére évente áldoz ezrekre menő összeget.

A kórházi intéző bizottság egyik lelkes tagja *Orlow*, a mai nap már nélkülözhetetlen laboratoriumi vizsgálatokhoz, eszközök beszerzéséhez stb. oly öszszeggel járult, hogy nem csak a szükséges vizsgálati eszközök, göröcsövek, fényképező készülék, hanem egy 2000 kötetes zsebkönyvtár is rendelkezésre áll a búvárkodónak. A kórház évkönyveiben, annak működéséről közölt kimerítő és tudományos dolgozatok ma már a tudományos világban is előkelő helyet biztosítottak az Olga gyermekkorháznak. Az orvosok kiképzésére szolgálnak részint az ambulatorium gazdag beteganyaga, részint pedig az évente több ízben rendezett szakzerű cursusok. A kórház beteganyagából közölt tudományos értekezések száma 1896-ban 96 volt. (Nagy részük németül is megjelent a gyermekgyógyászati szaklapokban.) A kórház tíz évi működése alatt 120 fiatal és vidéki orvosnak nyújtott segédkezet a szakzerű kiképzésében.

Az 1896. évi betegforgalom a következő volt. Felvételét összesen 472 fekvő beteg, ebből belső beteg 288, sebészi 184. Kor szerint legtöbb (217) volt 5—10 éves, legkevesebb az egy éven aluliak (15). Összesen 618 beteget kellett visszautasítani, ezek közül 217 esetben helyhiány, 401 esetben fertőző betegség miatt!

Járó beteg volt 24,894. Összesen 60,001 rendeléssel, átlag minden egyes betegre esett 2-41 rendelés.

A kórházi évkönyv részletesen közli a fekvő betegek kórtörténetét, a végzett műtéteket, kötéseket stb. Egy bél actinomycosis esete egész terjedelmében közölve van (jövő számban ismertetni fogom) úgyszintén néhány igen szép húgyivár szervi fejlődési rendellenesség. Egy év leforgása alatt 15 húgykő esetek voltak. (A szent-pétervári gyermekkorházban *Rauchfuss* közlései szerint tíz év alatt összesen 12 eset fordult elő.) Egy magas metszés kivételével, valamennyinél kömorzsolást végeztek. A betegek életkora 1—10, átlag a legtöbb köbeteg négy éves volt. Meghalt 1 peritonitisben.

Nevezetesebb műtétek: 9 laparotomia (valamennyi gyógyult), 15 légesömetszés, 14 thoracotomia, 21 litholapaxia (gyógyult 20), 8 plastica stb. Összesen 97 műtét.

A járó sebészi esetek száma 4448, összesen 12,395 rendeléssel. Az ambulans betegeken végeztek 1631 kisebb-nagyobb műtétet, 19 gyps-kötést és 201 gyps-corsettet. A járó betegek között 25 húgykő és 5 húgycső-kő-eset fordult elő.

A belgyógyászati osztályon 266 fekvő beteget kezeltek. Többnyire csak egész heveny eseteket vesznek fel, idült bajosokat csak akkor, ha a kórházi kezelés előnyével jár a betegre nézve, mint pl. bujakór, hysteria stb. Az év leforgása alatt 40 rostonyás tüdőgyuladást kezeltek. Tíz év alatt 366 eset 1-6% mortalitással. Átlag minden beteg 7 napig ápolatott. Legtöbb beteg 6 éves volt. A 40 tüdőgyulladás közül 16 volt jobboldali s a többi mind baloldali. Igen terjedelmesen — klinice — közli a pleuritis eseteket, úgyszintén a kórházban ápolat szívbjakokat.

A járóbeteg-osztályon megfordult 24,894 beteg közül 12,371 fiú és 12,523 leány. Legtöbb ambulans volt április hóban (6911), átlag naponta 230. Legkevesebb novemberben (3584), naponta átlag 116. Himlőoltás 1631 esetben. Ingyen gyógyszer 15,686 esetben nyújtottak.

Fertőző beteg 1933 fordult meg az ambulantián, legtöbb volt a kanyaró (770), legkevesebb a himlő (5). Diphtheria 346 esetben. Legtöbb kanyaró-eset áprilisban, legtöbb diphtheria augusztusban.

Az évkönyv utolsó fejezetében közli az adakozók névsorát, a kik részint tetemes 100—200,000 rubel alapítvánnyal, avagy évente 1—2000 rubel évi segélyvel járulnak a kórház fenntartásához.

A kórház alaptőkéje 589,700 rubel, mihez hozzáadva hét ágy-alapítót 4—7500 rubellel, összesen 628,000 rubel.

A kórház orvosi személyzete áll egy igazgatóból, egy főorvosból, egy alorvosból, továbbá az ambulatiarummal két fő- és két alorvosból, kiknek segítségül egy őrök áll rendelkezésre. A személyzet fizetése 10,954 rubel. Az orvosok valamennyien fizetést húznak, a mely 400—1000 rubelig terjed. A kórház élén jelenleg a jeles sebész dr. *Alexandrow* moszkvai egyetemi magántanár és udvari tanácsos áll. Főorvosok: *Vladimirszki, Zimin, Kiszal* (egyetemi magántanár) és *Alexandrowszki*. Végül még csak azt jegyzem meg, hogy az ápoló-személyzet ott is egy külön erre a célra alakult rend tagjaiból „feldsericza” áll.

*Demjanovich.*

## II. Lapszemle.

A. H. W. Wentworth. A lumbal-punctio a gyermekgyakorlatban. (Transaction of the american pediatric society, eighth session. (1896.)

Wentworth 29 pontosan észlelt esete alapján bizonyítani kívánja: 1. hogy a lumbal-punctio veszélytlen beavatkozás, 2. hogy a normal liquor cerebrospinalis zavarodástól ment, 3. hogy zavarodás a liquor cerebrospinalisban, pathognomikus meningitisre.

Észleleteit a következőkben foglalja össze: 1. A normalis liquor cerebrospinalis nem zavaros, mentes sejtektől s fibrin-alvadékoktól.

2. Meningitisnél a liquor cerebrospinalis zavaros, mely zavarodás a folyamat súlyosságával arányban van.

3. A zavarodás, mely néha minimális, sejtek által okozatik. Állás közben a folyadékban, kisebb vagy nagyobb mértékben képződik fibrin.

4. A tisztaság szorgos betartása mellett a lumbal-punctio veszélytelen s könnyen kivihető műtét.

5. A meningitisek különböző fajai közt, a különbözőzeti kórisme göröcsövi, bacteriologikus s oltási úton történhetik; utóbbi módszer a legbiztosabb a meningitis tuberculosa constataására.

6. A meningitis tuberculosa gyógyítható voltának biztos megállapítására fontos a pontos kórisme felállítására.

7. Meningitisnél a liquor cerebrospinalis fehérsyvetartalma magasabb, mint rendes viszonyok között.

8. Egy esetben az egész szervezetnek staphylococcus pyogenes aureussal való fertőzése, a liquor cerebrospinalisból vett kultura alapján volt lehetséges. *Deutsch Ernő.*

## Vegyesek.

„A budapesti nemzetközi gyermekvédő congressus” előkészítő bizottsága *Rakorszky István* elnöklete alatt 1897. október 24-ikén megalkult, hogy a harmadéve Firenzében tartott első ilyenmű congressus határozatának megfelelően. Megállapították az ügyrendet, mely szerint jogi, orvosi, pedagógiai, jótékonyági és emberbaráti szakosztályok továbbá 3 albizottság létesítettek. Az orvosi szakosztály 1898. január 11-dikén alakult meg és kitűzte a tétteleket, melyek a következők: Gyermekvédelem a születés előtt. Újszülöttek és csecsemők táplálása. Újszülöttek és csecsemők ápolása. Megbetegedés és halálozás. A nép oktatása. Emberbaráti intézmények. Óvónők egészségügyi kiképzése. Élelmiszerek. Alkoholismus. Lakás egészségügye. Játzó- és üdülőhelyek. Óvintézkedések a ragályos betegségek ellen. Iskolaegészségügy. Ipari és egyéb munkával foglalkozó gyermekek egészségügye. Gondoskodás a vagyontalan és elzülött gyermekekről. Gondoskodás a beteg és testi fogyatkozásban szenvedő gyermekekről. Az orvosi szakosztály elnöke dr. *Bókay János* tnr., alelnöke dr. *Erőss Gyula* m. tnr., titkára dr. *Faragó Gyula* és jegyzője dr. *Grósz Gyula*.

A gyermekorvosok, szülészek és nőgyógyászok congressusa, melynek első összejövetele 1895-ben Bordeaux-ban volt, idén október havában Marseille-ben fog ülésezni. A gyermekgyógyászati szakosztály elnöke *Broca*.

„Archives de Médecine des Enfants” czim alatt Párisban új havi szakfolyóirat indult meg *Brun, Comby, Grancher, Hutinel, Lannelongue, Marfan, Moizard* s *Sevestre* közreműködésével.

*Bókay János* dr.-t a moszkvai gyermekorvosok társulata 1898. február 2-dikán tartott gyűlésén tiszteletbeli tagjává választotta meg.

Múlt hóban halt el Turinban *Giacinto Boetti*, az ottani lelemezőház igazgatója. Hivatásának nagy buzgalma munkása volt. Az 1890-diki római congressuson intézte eredményeiről nagy érdeklődést keltett előadásban számolt be.

Megjelent *Bókay János* dr.-tól két népszerű előadás a mesterséges táplálásról, mely előadásokat szerző az orsz. közegészségi egyesület felolvasó estélyén tartotta. A munkából, mely részletesen ismerteti a szopókészülékek történeti fejlődését is, mutatványul ide mellékelünk egy clichét, mely ó-kori szopóvegeket mutat be. (Aquinumi lelet, a Nemzeti Múzeum gyűjteménytárából.)





# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM  
II. SEBÉSZETI KLINIKÁJA

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Chudovszky Móríc: Közlemény a kir. m. tud. egyet. II. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról. A nyelv gümöbajának két esete. 174. l.

Faragó Ödön: A diphtheria ellenes serumtherapia értékének kritikai méltatásához. 176. l.

Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról. (Kéty Károly tanár.) A Basedow-kórról. 177. l.

Tároza. Fanzler Lajos: Thurzófüredről — Japánba! 179. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bókay, Kéty, Korányi: A belgyógyászat kézikönyve. 180. l. — Lapszemle. Rosenthal: Mercurialis exanthemáról. 181. l.

Hetiszemle és vegyesek. Popovits György dr. Biharmegye főorvosának felhívása. — A brüsseli közegészségügyi egyesület felszólítása. — A főváros egészsége. — Külföldi egyetemek. — A budapesti általános poliklinika forgalma. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. 182. l. — Pályázatok. — Hírdetések.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magyar tud. egyetem II. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról.

#### A nyelv gümöbajának két esete.<sup>1</sup>

Közlő: Chudovszky Móríc dr. tanársegéd.

A helybeli gümös betegségek azon alakjai, melyek mint a nyálkahártyák gümöje ismeretesek, tapasztalat szerint a ritkább kórképek közé tartoznak. Schmalzfuss statistikája szerint,<sup>2</sup> melyet a würzburgi sebészeti klinika gümös betegeiből állított össze, 1281 eset közül 978 (76,5%) a csontok és ízületek, 196 (15%) a mirigy, 77 (6%) a bőr és kötőszövet, 20 (1,6%) a húgyivarszervek s 10 (0,8%) a nyálkahártyák gümöje. Tisztán mint elsődleges gümös megbetegedés helyét, a nyálkahártyát a legritkábban észleljük; ilyen esetekben a megbetegedés helye legtöbbször a bél, azután sor szerint a gége s az orrürege nyálkahártyája következik; a nyelven magán azonban leginkább akkor észlelhető, ha már a gümőkór az egész szervezetet körébe vonta. Mint ilyen alak vagy akként jön létre, hogy a vérkeringés útján a gümő a nyelv hajszáledényein keresztül annak gyurmájában vagy a nyálkahártyáján fejlődik ki mint másodlagos megbetegedés, vagy pedig a szomszédságról terjed át a folyamat. Hajek,<sup>3</sup> Darier,<sup>4</sup> Jaruntowsky<sup>5</sup> kiterjedt nyelvgyümő eseteit közlik, melyek részben a gégeről a nyelv gyökére, részben az ajakról a fogínyra, innen a nyelv oldalsó felszínére kúsztak át. A kórkép mindezen esetekben az általános gümőnek oly állapotában fejlődik ki, a mikor sebészeti beavatkozásunk többé már nem javalt. Arra a kérdésre, hogy mért nem mutatkozik éppen a nyelven gyakrabban e kóros folyamat, a kórtan még meg nem felelt.

A gümös megbetegedések, a melyek a nyelven fordulnak elő, három alakban észlelhetők: 1. mint gümös repedések, 2. mint gümös fekély s végtére 3. mint gümös göbök.

A gümös repedések ritkasága onnan magyarázható, hogy a bántalom ilyen alakja ritkán okoz a betegnek komolyabb szenvedéseket, s mivel nem feltűnő, nem is veszi észre. Azok a kis csillagalakú repedések, a melyek igen felszinesek, a

melyek felszíne renyhe szenyves szürkés-sárga sarjakkal fedett s a melyek legtöbbször a nyelv szélén foglalnak helyet, tulajdonképpen nem egyebek, mint a gümös fekély kezdeti alakjai. A kis berepedések szélei csipkézettek, néha kissé kiemelkedők s élénkebb piros színűek. Ha e folyamat per continuitatem a nyelv mélyebb szövetrészeibe is behatol, érthető, hogy a repedés egy kis gümös fekélylyé változik át.

A gümös fekélyek képződésének azonban egy másik oka is van. Ha a gümös göbök és csomók, melyek a felszínen képződtek és szétesnek vagy a mélyből törnek ki, a gümös csomó gümös fekélylyé alakul. A felületes gümös fekélyek egyes alakjai között éppen e miatt találunk különbséget. A felszínük egyenetlen, szenyves szürkés-sárga lepedékekkel fedett, széleik a felszínes fertőzésből eredőknél alávájtan öblösek, lilavörösek és csipkézettek, a mély eredésűek széle éles és meredek.

A környezetre a lobos beszűkítés alig terjed ki. Azért a pontos kórisme felállításánál az éles vagy nem éles elhatároltságot nem értékesíthetjük. A betegség tovaterjedése alkalmával a szomszédságban, úgy mint más lágú testrészek gümös megbetegedése esetében, szürkés-sárga apró lobos góczok képződnek, melyek csakhamar szétesnek s mint ilyenek, egy új gümös gócz alapját képezik, avagy a régivel egybeolvadnak, a régi fekélyen új öblöket képeznek. A betegek subjectív érzése szerint a fekélyek eleinte többnyire fájdalomtalanok és csak később, midőn azok tovaterjedők s a mélységbe nőnek, panaszkodnak a betegek fájdalmáról; ilyenkor természetesen a betegek bőven nyáladzanak s minden tápszer élvezete fájdalmassá válik.

A gümös repedéseknél, de még inkább a gümös fekélyeknél a folyamat kiterjedéséhez mérten a szomszédos nyirkmirigyek is gyakran megbetegednek; mint ilyenek azonban a kórisme felállításánál nem értékesíthetők.

A felületes nyelvgyümők górcsövi képe teljesen meggyező más gümös folyamatok képével, melyeket más lágú testrészekben van alkalmunk észlelni. Az epitheloid sejtek tömegében az óriás sejtek ismert alakjai mutatkoznak, a melyeken kívül a metszetekben gümös bakteriumok festhetők.

A gümös fekélyeknek elsődleges alakjai alig ismeretesek, az ismert esetekben rendszeren a szervezet más helyein mutatják ki később a fennálló gümös megbetegedést, de azt természetesen nem lehetett kimutatni, hogy éppen ez a folyamat a másodlagos és nem a nyelv betegsége. A másodlagos repedések, fekélyek, göbök legtöbbször a tüdő, a gége, a légcső, az orrürege vagy a szájnílás megbetegedésének az eredménye. A míg az elsődleges fekélyekre nézve semmi biztos adatunk

<sup>1</sup> Előadatott a közpórházi orvostársulat 1898. febr. ülésén.

<sup>2</sup> Schmalzfuss: Beitrüge z. Statistik der chir. Tuberculose. Langenbeck Arch. Bd. XXXV.

<sup>3</sup> Hajek: Laryngo-rhinologische Mittheil. Int. klin. Rundsch. 1892.

<sup>4</sup> Darier: Lupus de la langue. Ann. de derm. et syph. 1895.

<sup>5</sup> Jaruntowsky: Über Tuberculose des Zahnfleisches. Nowy lekarskie. 1893.



sines arra nézve, hogy ugyanakkor már nem áll-e fenn a tüdőnek gümös fertőzése, addig a másodlagos esetek legtöbbszörben a légzőszervek vagy tápésatorna gümös folyamata teljes biztonsággal kimutatható.

A gümös nyelvfekélyek lefolyásukra nézve mindig igen kedvezőtlenek. Oly helyen lévő megbetegedés, melynek váladéka állandóan fertőzheti és fertőzi a légző és táplálkozási szerveket, jó reménytel nem nyújthat. A fekélyek javulhatnak, gyógyulhatnak kezeléssel vagy a nélkül, de újra ki is törnek s lefolyásuk teljesen összefüggésben van más szervek gümöjének előrehaladó kórtünetéivel.

Az angol orvosok a nyelvgümő e két felszínes alakján kívül még a nyelv lupusáról is tesznek említést. De éppen úgy, mint más hámmal fedett szervek gümös megbetegedésénél, a nyelv gümöjénél is felesleges külön választani a felületes gümös megbetegedéseket, azért, hogy azokat más névvel jelöljük.

A nyelv gümös megbetegedésének harmadik alakját a felületesen és mélyen ülő göbök alkotják. A felületes göbök ritkán kerülnek az orvos elé, mivel éppen úgy mint a csekélyebb repedések, komolyabb kellemetlenségeket nem okoznak a betegnek. Ellenben egy növekvő daganat a nyelv állományában még türelmesebb egyénnél is, ha az evés és beszéd közben zavarja, felkelti a figyelmét.

A gümös göbök képződését csupán a vérpályán való fertőzésre tudjuk visszavezetni, ha azok mélyen ülők. Ezek azután természetesen mind másodlagos jellegűek. A felületes göbök a hámmal repedések fertőzése után is képződhetnek s ezek azután igen ritkán elsődlegesek is lehetnek.

Szöveti szerkezetük a göb kifejlődésének foka szerint fog változni; de éppen úgy mint a fekély, a göbök szöveti szerkezete is megegyező más helyeken előforduló ilyen gümös folyamatokéval.

Diagnosztikus szempontból a gümőnek ezen harmadik alakja igen érdekes, de a felismerésnek még több nehézséget okoz, mint a fekély. *Bullin* szavaira támaszkodom, a ki ezen véleményét „a nyelv megbetegedésekről” irt tanulmányában nyilvánítja. Ugyanott a nyelv gümöjének ezen harmadik alakjára nézve azt mondja, hogy babnál és mogyorónál nagyobb ilyen gümös göböket alig észleltek a nyelv állományában, mi pedig egy ennél nagyobb kiterjedésű alakokkal is találkozunk a következő esetek egyikében.

A jelen alkalommal a nyelv gümöjének két esetét kívánjuk közölni, melyeket a múlt félév folyamán a II. számú sebészeti klinikumon észleltünk. Az esetek egyikénél a sebészeti beavatkozást nem véltük javalltnak, mivel a kifejlődött kór miatt az egész szervezet oly állapotban volt már, a mely minden műtéti eredményt kizárt; a másik esetben azt hittük, hogy a betegnek hasznára lehetünk a műtéttel, jóllehet ebben az esetben is a gümös megbetegedés már az egész szervezet kórja lehetett. Eseteinket mint ritkábban előforduló kórképet kívánjuk ismertetni, mely különösen akkor okozhat nagyobb nehézséget a kórisme felállításánál, ha olyan esettel találkozunk, mint a mi második esetünk volt.

I. B. B. 29 éves, ref. hajadon eseléd, megbetegedett 3 hónap előtt; felvételt 1897. augusztus 6-dikán. Meghalt 1897. augusztus 17-dikén.

A betegnek nyelvén 10 hét előtt fekélye támadt, a melyet a szt. István-kórházban kezeltek; három hét előtt szült. Felvételtkor a beteg nagyon lesoványodott, alig tud járni. A látható nyálkahártyák igen halványak. Mind a két tüdőcsúcs felett úgy a be-, mint a kilégzés érdes, megnyúlt. A jobb tüdő felső lebenye felett hörgei légzés hallható, a melyhez kissé érzés jellegű kilégzés csatlakozik.

A nyelv elülső harmadának felső felületén egy szabálytalan szívalakú, közel egy tallérnyi nagyságú, egyenetlen és kékes-vörös, alávált szélű, szentes-szürkés, egyenes alapú fekély tapintható. A fekély szélei elernyed izomtápláltnak, kissé érzékenyek; a fekély tömött izomtápláltnak, belőle csapok nem nyomhatók ki. A fekély egyes részletei a nyelv oldalsó felszínére is kiterjednek.

A beteg állandóan hasmenésekben szenved, a has a mellett puffadt és az ileocecalis tájon kissé érzékeny. Göresövi vizsgálat ezéjéből egy borsónyi fekélyszélt lecsipünk. A megkeményített szövetdarabban apró kerek sejtes beszűrődésen kívül jellegző gömbalakú óriás sejteket sötét szemeszített protoplasmával és központilag elhelyezett magvakat, sok helyütt már teljesen szétesett gümös óriás sejteket láttunk.

Augusztus 6—13. A beteg roborans kezelésben részesül. A sajtos pneumonia tünetnéinek esökkentésére hideg borogatásokat és köptetőt alkalmazunk. A gümös nyelvfekély kezelése szájvíz alkalmazásában áll. A beteg állandóan lázas, magasabb esti hőmérsékemelkedésekkel; a mellett erőbeli állapota állandóan rosszabbodik.

Augusztus 13—17. A beteg csillapíthatatlan hasmenésben szenved. Igen sokat köp. Köpete véres csíkokkal kevert. A beteg augusztus 17-dikén meghalt.

*Bonezolási jegyzőkönyv:* Cirrhosis totius lobi superioris pulmonis sinistri tuberculosi. Pneumonia caseosa cum cavernis lobi superioris pulmonis dextri; infiltratio gelatinosa lobi medii. Tuberculosis disseminata subacuta lobi inferioris lateris dextri. Tracheitis ulcerosa tuberculosa. *Gangraena symmetrica apicis linguae.* Tumefactio acuta glandularum submaxillarium. Ulcera tuberculosa intestini ilei et crassi et processus vermicularis. Uterus in involucone post abortum.

A méh hátsó falán erősen tapadó fillérnyi, kerek, a cotyledokat jól felismerni engedő, de nem diphtheritikus placenta. Hyperplasia endometrii. Hydropericardium; anaemia universalis maximi gradus.

II. Cs. M. 26 éves, hivatalnok neje. Megbetegedett 3 hónap előtt; felvételt 1897. december 14-dikén; mütettük december 14-dikén és december 21-dikén gyógyultan távozik.

Három hónapja veszi észre, hogy nyelvében egy fájdalmatlan göb kezd nőni. Fél év előtt a jobb láb esontjainak gümös gyuladása miatt azt megcsontították. Felvételtkor a mérsékelt táplált s kissé halvány beteg mindkét tüdő csúcsa felett érdes légzés hallható. A nyelv jobb felében, közel a csúcsához, egy nagy mogyorónyi, élesen határolt, kemény, porcotapintatú, nyomásra nem fájdalmas terimenagyobbodás tapintható. Az áll alatti mirigyek épek.

A terimenagyobbodást úgy irtjuk ki, hogy a nyelvet előrehúzza egy átöltött fonállal biztosítjuk annak helybenmaradását. Két ár segítségével, a melyeket a terimenagyobbodás mögött szúrunk a nyelven át, a fogsor elé húzzuk a daganatot; ezek előtt két ollócsapással kiirtjuk a daganatot és hat csomós selyemvarrattal egyesítjük a sebszéleket, az árat kihúzzuk s csupán a biztosító fonállal eresztjük vissza a nyelvet.

A kiirtott terimenagyobbodás egy borsónyi sajtos törmelékkel kitöltött gümös gócot képez.

A lefolyás teljesen rendes. Ötödik napra kiszedjük a varratokat s nyolezadik napra gyógyultan távozik.

Az első betegnél a fekély alakja, kerülete, szélei s alapja arra vallanak, hogy egy gümös folyamattal van dolgunk, a melyet a göresövi lelet teljesen megerősít; ha a bonezolási jegyzőkönyv *makroszkopikus* lelete ellene mondani is látszik a mi klinikus véleményünknek és leletünknek, mi azt továbbra is fentartani kívánjuk. Egy szétesésben lévő kúszó fekély a nyelven, alávált öblös lilavörös szélekkel, sárgás sajtos törmelékkel fedett alappal, a melyben göreső alatt kerek sejtes beszűrődésen kívül ép és gümös szétesésben lévő óriás sejteket találunk, az nem lehet más, mint részjelensége azon gümös folyamatnak, a melyben majdnem az egész szervezet részt vesz. Részt vesznek benne a száj nyálkahártyáján kívül a légeső, a vastag- s a csipőbél nyálkahártyája, az összes tüdőlebenyek. Fel kell tételeznünk, hogy a gümő baktériuma bejutott a vérkeringésbe s annak útján jut be és letelepszik a különböző szervekben; nem kellett egyéb hozzá, mint hogy még egy szülés essék közbe s az elgyengült szervezetet a tovafejlődő folyamat elpusztítsa.

Ezen esetünkben a nyelvgümőt nem vélhetjük tisztán embolikus folyamatból eredő elhalásnak, a mint azt a kórbonezani adat állítja, hanem egy helybeli gümös folyamatnak, a mely ezt a ritkán előforduló felületes fekélyt hozta létre. A beteg légesőve, tüdeje gümőkóros, a köpet fertőzése elegendő indok lehetett arra, hogy az esetleges hámlányok, berepedések helyén a nyelv nyálkahártyáját fertőzze s ezzel egy gümös fekély kiindulási helyévé váljék.

A második esetünkben mindaddig, a míg a kiirtott terimenagyobbodás nem jutott a kezünkbe s az átmetszett felszín sajtos gümös széteső folyamata nem mutatta tisztán a betegség lényegét, addig mi a folyamatot felismerni nem tudtuk. Igaz, hogy tudtuk, hogy az illető szervezet gümövel fertőzött, hogy tüdeje nem ép, hogy egy fél év előtt a csontok gümösödése miatt egy végtagsontkítást kellett végezni, hanem az oly bizonytalan helybeli lelet alapján nem tudtunk helyes kórismét felállítani a mütétet megelőzőleg. Egy porckemény, körülirt, élesen határolt, nem fájdalmas terimenagyobbodás mellett, tehát minden lobos tünet hiján, mi inkább egy növekedésben levő rosszindulatú álképletre gondoltunk s azért végeztük a mütétet oly nagy kiterjedésben, hogy lehetőleg egy fél cm.-nyire a beteg szöveteken túl az ép részekben végezhessük metszésünket.



Az első esetünkben a nyelv gümöje a nyálkahártyának a betegsége, a mely kúszó jellegű, a szomszédságra s a mélységbe terjed tovább, a második esetben a betegség egy helybeli gócz a nyelv állományában, a melynek további sorsa az lett volna, hogy áttörök s egy nyelvfekély alapjául szolgált volna.

A míg az első betegségnél a kifejezett kórkép dacára a beteg erői állapota, az általános gümőkór, a tüdőgyulladás bennünket minden sebészeti beavatkozástól visszatartott, addig az utóbbi esetünkben a műtét teljesen javulva volt, a beteg éppen úgy távozott javultan, mint más helybeli gümős góczok eltávolítása után, a melyek ma mind a sebészeti beavatkozás keretébe tartoznak.

### Adatok a diphtheria-ellenes serumtherapia értékének kritikai méltatásához.

Faragó Ödön dr., Szeged szab. kir. város tisztii főorvosától.

(Vége.)

Ha tehát a Szegeden tett tapasztalatok nem egyeznek meg azon tényekkel, melyek megbetegedések tekintetében Budapestre, a halálozásokra vonatkozólag pedig az egész országra nézve megállapítottak, hogy t. i. a betegedések és halálozások száma már 1892-től kezdődőleg csökkent, s nem áll különösen az, hogy a diphtheria vírus gyengült volna: akkor lehetetlen elzárkózni azon szembeötllő tények elől, melyek a serum alkalmazása óta a relativ halálozási számok nagy csökkenésében mutatkoznak.

Tény az, hogy Szegeden a ragály figyelemre méltó enyhülése mellett valamely fontosabb következtetésre alkalmas egyetlen statisztikai adat sem szól; tény az, hogy a relativ halálozás, vagyis azon halálozások száma, mely a serummal kezelték között előfordul, sokkal kevesebb, mint a serummal nem kezelték között előforduló halálozások száma. Ezek után tehát nem is lehet az az állítás koczkatatott, mely azt mondja, hogy a halálozási viszonyok javulásában a serum alkalmazásának jelentékeny szerepe van.

Mert vajjon az a körülmény, hogy 1895-ben a serummal kezelték 14% relativ halálozásával a nem kezelték 60% halálozása, 1896-ban 21% relativ halálozással 55%, 1897-ben 17% relativ halálozással 50% halálozás áll szemben: azt jelenti e, hogy itt nem a serum a jó, hanem a statistika rossz? De hiszen Szegeden 1890 óta egyaránt azonos úton gyűjtetnek az adatok, s ha ezen adatok szerint a halálozás a serum előtt — és a serummal nem kezeltéknel azóta is — horribilis magas maradt: úgy az utolsó évek relativ halálozási számának igen nagy csökkenése a hibás statisztikai adatgyűjtés rovására nem írható.

Mert való igaz az, hogy azon adatok, melyek egymással szembe állítatnak, nem tökéletesen azonos cautelák mellett gyűjtetnek, s igaz az is, hogy míg a serummal kezelték számában a könnyű és súlyos esetek egyaránt bennfoglalvák, addig a serummal nem kezelték között nem mindenki van benn azon statisztikában, melyben pedig benn kellene lenni! Így nincsenek benn azon könnyű esetek, melyek be sem jelentetnek. Ez pedig kétségtelen, hogy a halálozási százalék csökkenésének rovására megy. Azonban a statisztikai adatok gyűjtése tekintetében helyén valónak tartom a ragályos betegségeknek tovaterjedése elleni küzdelemben meghonosított helyi eljárásunk egy részletét itt felemlíteni.

A heveny ragályos betegségek fellépését és terjedését ugyanis Szegeden a tisztii főorvosi hivatal nemcsak azon jelentésekből tudja meg, melyek a gyakorló orvosoktól betegeikről beérkeznek, hanem a városokban fellépő gyermekbetegségek legérzékenyebb góczpontjaiból: az iskolák- és óvodákból is. Nálunk igen szigorúan ellenőrzött kötelessége minden óvónőnek, tanítónőnek és tanítónak s általában minden a neveléssel és tanítással foglalkozó egyénnek az, hogy a vezetése alá tartozó azon iskolás gyermekeket, kik bármely okból lett kimaradásukat nem igazolják: felettes hatóságának

bejelenti. Az iskolaszék a hiányzókat a tisztii főorvosi hivatalnak bejelenti, ki is ezeknek névsorát az illetékes kerületi tisztii orvosnak kiadván, a gyermekeket utóbbi által megvizsgálattja. Roppant terhes egy kötelesség ez egy olyan városban, hol az óvodások és iskolások száma sok ezerre megy; de a haszna is rendkívüli!

Mert nem egyszer tapasztaltuk ily úton az óvó- és tanköteles gyermekek között járványok fellépését és terjedését ugyanakkor, a mikor a gyakorló orvosoktól jelentés még egyáltalán nem, vagy csak alig egy-kettő érkezett be. A szülők ugyanis nem hívták az orvosokat, s így azoknak nem is volt mit jelenteni. Az a körülmény azonban, hogy a tisztii főorvosi hivatal az ismeretlen okból kimaradó iskolásokról név szerint értesítve lett, reávezetett bennünket a bajra.

Ezen kitérés után már most bátor leszek utalni arra, hogy miért mondtam én azt, hogy az utóbbi években csökkenő relativ halálozás nálunk pusztán a hibás statisztikai adatgyűjtés rovására nem írható? Azért mondtam, mert itt a könnyű esetek nemcsak a serummal oltottak statisztikájában, hanem a nem oltottak statisztikájában is túlnyomólag benne vannak. A mit tehát a könnyű esetek a nem serumozottak halálozási százalékán javíthatnak, azt meg is teszik, mert nem hiányzanak abból. Hogy miképen lehetnek benne, azt fentebb ismertetett eljárásunk fejti meg. Ha ugyanis valaki az iskolából elmarad, s elmaradásának okát a tanító nem tudja meg, úgy ez a körülmény a tisztii főorvosi hivatalnak tudomására jut. Ha a tanuló ragályos bajban szenved, akkor az eset a kezelő orvos útján jelentve lesz — tehát ez egy ismert adat; ha ragályos bajban szenved, de orvosa nincs, akkor nála a tisztii orvos — mint kimaradónál — hivatalból ejti meg a vizsgálatot, s a bajt ez úton tudom meg; tehát ez is egy ismert adat, mely a nyilvántartást szintén el nem kerüli. Olyan eset pedig, hogy ronesoló toroklobos beteget kezelő orvosa ne jelentsen, okom van hinni, hogy nincsen; mert ezt feltenni sem gyakorló orvosaink ismert lelkiismeretessége, sem a fennálló rendeletek végrehajtásának szigorú ellenőrzése nem engedi meg.

Azt mondtam az előbb, hogy a serummal nem oltottak statisztikájában a könnyű esetek is túlnyomó számban benne vannak. Okát adom tehát, hogy melyik lehet az a kis rész, mely mégis hiányozhatik?

Megtörténhetik ugyanis, hogy a ronesoló toroklobos megbetegedéseknek nem halálosan végződő oly könnyű esetei kerülnek ki a statisztikát, melyeknél nem volt orvos, így bejelentve nem lettek s ennél fogva egyáltalán nem jutnak tudomásunkra. Ezen esetek azonban csakis oly kisedeknek fordulhatnak elő, kik sem nem óvó, sem nem iskolakötelesek. Minthogy azonban az ilyen családoknál az óvórendszabályok elhanyagolása miatt a betegség többnyire nem marad izolálva: ennél fogva legtöbbször átterjed az a nagyobb életkorú óvodás, vagy iskolás testvérekre is. És akkor a gyermeknek az iskolából való kimaradása folytán mégis reájövünk a bajra! Csakis azon eset kerülheti tehát ki teljesen figyelmünket, hol olyan gyermek szenved könnyű diphtheriában, kihez orvos híva nem lett s kinek óvó- vagy iskolaköteles testvérei — kikre a baj átterjedt — nem voltak. Hogy pedig a statisztikából kimaradó ezen, szerencsére, nem gyakori esetek épen nem elégségesek a serummal kezelték és nem kezelték halálozási százaléká között fennálló igen nagy különbség megmagyarázására: ezt minden elfogulatlanul itélni akaró egyén elismerni fogja.

A II-dik tábla megbetegedési és halálozási columnái mutatják, hogy az abszolút halálozás 1895-ig, vagyis a serum kiterjedtebb használatának idejéig 46% és 67% között variált, a diphtheria vírus intenzitása tehát fluctuáló, még pedig igen magas határok között fluctuáló volt. Az 1895., 1896. és 1897. években azonban az általános halálozás 48%-ról fokozatosan 41% s illetőleg 32%-ig süllyedt le. Ennyire javította ugyanis a relativ halálozások csökkenése az általános halálozás szám magasságát. Hogy azonban az utóbbi években így leszállott diphtheria-halálozás csakis a serum alkalmazása folytán előállott csökkenő relativ halálozás folytán jöhetett



létre: azt világosan érzékitik azon tények, melyeket a III-dik tábla columnái képviselnek. A nem serummal kezelt halálozási száma ugyanis 1895-től kezdve bár következetesen fogyó, azonban a 60%-tól bezárolag 50%-ig terjedő magas halálozási százalékok között variál ugyanakkor, mikor a relatív halálozási szám 1895-ben 14%, 1896-ban 21% és végre 1897-ben 17% volt. A mennyiben a serummal nem kezelték ezen három évnek 5—5 százalékonként csökkenő, de azért az 50 százalékon alól le nem sülyedő halálozási aránya mellett a diphtheria virus gyengüléséről beszélni egyáltalán szabad: úgy megengedem, hogy ezen százalék — *de csakis ezen százalék arányában* — úgy az általános mint a relatív diphtheria halálozási százalék javulásának előidézésében a ragály csökkenő (?) erejének is része lehetett. Hogy azonban úgy 1895, mint 1896 és 1897-ben a virus enyhülése okából a halálozási százalék *ennyire* le nem csökkenhetett, az kétségtelen.

S ha valaki azt kérdezné: hogy ha 1892-ben az abszolút halálozás Szegeden lehetett *serum nélkül* 46%, 1895. és 1896-ban azonban, mikor pedig már történtek oltások, az általános diphtheria-halálozás (vagyis együtt a serumozottak és nem serumozottak) mégis 48% s 1896-ban 41% volt: vajjon akkor micsoda eredménye van hát egy olyan gyógmódnak, mely gyógmód daczára 1895-ben az általános halálozási szám 2%-kal még magasabb volt s illetve 1896-ban — 1892-höz viszonyítva — csak 5%-kal sülyedt le? Erre feleletem az lenne: hogy 1895 és 1896-ban a roncsoló toroklobos megbetegedések nagy számához viszonyítva csak *kevés oltás* történt s így a relatív halálozás csökkenése *az általános halálozási százalékot feltűnően nem befolyásolhatta*. Hogy pedig 1895 és 1896-ban, ha serumkezelés nincs, az általános diphtheria halálozás sem 48% s illetve 41%, hanem *jóval magasabb* lett volna, azt épen az a körülmény bizonyítja legjobban, hogy ugyanezen években a serummal nem kezelt halálozási százaléka 60% és illetve 55% magasságot ért el.

\*\*\*

Végül legyen szabad még pár szóval a helybeli közkórház diphtheria-beteganyagára kiterjeszkednem.

Közkórházunknak a ragályos betegek befogadására szolgáló férhelyiségei oly korlátoltak, hogy az évenként gyógykezelés végett oda felvett roncsoló toroklobos betegek az összes megbetegedéseknek csak kis százalékát teszik ki. Mindjárt kiviláglik ez az alábbi számból.

1891-ben kórházi ápolást nyert 5 beteg, ezek közül elhalt: 2 (40%)  
 1892-ben " " " 8 " " " " 2 (25%)  
 1893-ban " " " 37 " " " " 12 (32%)  
 1894-ben " " " 21 " " " " 9 (42%)  
 1895-ben *vagyis a serum használati idejétől:*

kórházi ápolást nyert 26 beteg, ezek közül elhalt: 5 (19%)  
 1896-ban " " " 15 " " " " 2 (13%)  
 1897-ben " " " 19 " " " " 1 (5%)

Ha azonban a kórházi diphtheriabeteg-felvételek számát összehasonlítjuk az összes megbetegedések számával: úgy kétségtelen, hogy az utóbbi években — vagyis a serum alkalmazása óta — a kórházba több beteg vétetik fel, mint azelőtt; mert míg 1891-től 1894-ig a betegfelvétel az összes megbetegedéseknek 16%-ától annak egész 6%-áig terjedt, addig 1895 óta a felvétel 8%-ról 13%-ig emelkedett.

A kórházi felvétel szaporodása — az összmebetegedések csökkenése daczára — abban a körülményben leli magyarázatát, hogy az utóbbi években az orvos-rendőri intézkedések szigorúbban hajtatnak végre s ha az eltilónítás otthon nem kielégítő, akkor a beteg azonnal kórházba küldetik.

A betegedési esetek súlyosságára nézve pedig szintén azt jegyzem meg, hogy a közkórházba *minden válogatás nélkül* most is épűgy, mint a serumkezelés előtt, többnyire csak azon esetek vétetnek fel, mely esetek odahaza kelleg nem ápolhatók s mely eseteket a tisztí orvosok a ragály tovaterjedésének megakadályozása szempontjából orvos-rendőri intézkedésképen beküldeni szükségesnek tartanak.

Hogy azonban 1895-ben a közkórház 26-ot kitevő diphtheriás betegből serummal kezelt 24 beteg közül 3 halt el (12%), a serummal nem kezelt mindkét beteg pedig meghalt (100%); 1896-ban 15 betegből serummal kezelt 14-ből meghalt 2 (14%), de a nem serumozott 1 beteg életben maradt, s végül 1897-ben 19 beteg közül serummal oltott 14 betegből meghalt 1 (7%), de a serummal nem kezelt többi 5 beteg is mind meggyógyult: mindezek oly ellentétek, melyeknek kellő mérlegelésére a következő magyarázattal tartozom. Ugyanis az 1895-ben felvett 26 beteg közül nem oltott és elhalt mindkét beteg már *haldokolva* vitetett be; a mi kétségkívül nem használható fel bizonyítékul a *serum mellett*; ellenben 1896-ban a serummal kezelték közül egyik szintén *haldokolva* kapta a serumot, a mi meg nem szolgálhat a *serum hátrányára*. Végül, hogy az 1897-ben serummal kezelt 14 betegből 1 elhalt, ellenben a nem serummal kezelt 5 beteg is meggyógyult: annak magyarázata az, hogy ezen 5 eset közül 3 beteg már a kórházon kívül nyert befejeskedést s csak később vitetett be ápolás végett; a másik két beteg pedig a kór kevésbé súlyos jellegénél fogva nem lett beoltva. Így tehát a serum nélkül 1897-ben gyógyult kórházi betegek száma tulajdonképp 2, s a serummal kezelték száma pedig nem 14, hanem 17 volt. Minthogy azonban ezen esetek már az összkimutatásban is a serummal kezelték között kimutatvák: ennél fogva a kórházi statistikából — mint oltottak — kihagyattak.

S bár ezek szerint a kórházi statistika szintén a serum hatályosságát — s nem annak ellenkezőjét — bizonyítaná: mégis arról, hogy ilyen kevés adata vonatkozó statistikából általános érvényű igazságokat — akár pro, akár contra — levonják: ezúttal lemondanom kellett.

\*\*\*

Összegezve a mondottakat, fejtegetésem alapján joggal állíthatni vélem, miszerint:

1. Az a tapasztalat, hogy a roncsoló toroklobos megbetegedések s halálozások a serum használatát megelőző években, és *pedig már 1892 óta*, az egész országban és Budapesten egyaránt csökkentek volna — *Szegedre vonatkozólag nem nyerhet beigazolást*.

2. A megbetegedések számának csökkenése nálunk *csak 1894-ben vette kezdetét*, de ugyanezen évben az abszolút halálozási százalék nemcsak nem csökkent, de eddig még soha nem észlelt magasságot ért el.

3. A csak 1894-től kezdve fogyó megbetegedések s halálozások számából a diphtheria-ragály számbavehető gyengülésére következtetni nem lehet azért, mert az 1894-ben 67%-ra felhágott abszolút halálozási százalék, valamint a következő években a nem kezeltéknek 50%-tól 60%-ig fluctuáló halálozása a *genius epidemicus gyengülését elfogadhatóvá nem teszi*.

4. A nem serummal kezelték magas halálozási számának az utolsó években 60%-tól 50%-ig előállott 5—5%-nyi fokozatos csökkenése a serum kezelték mellett mutatkozó *feltűnő jó relatív halálozással szemben* oly elenyésző, hogy ez a csökkenés a serumgyógmód hatékonyságának tagadásba vételére, valamint egy olyan feltevésre, mintha a halálozási százalék *ennyire* a serum nélkül is lesülyedt volna: fel nem jogosít. Mindezeknél fogva:

5. A relatív halálozásnak az ugyanazon időben nem serummal kezelték halálozásával szemben mutatkozó nagy arányú csökkenése a *serum használatának sikerét bizonyítja*.

Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról. (Kétly Károly tanár.)

A Basedow-kórról.

Irta Kollarits Jenő dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

A Basedow-kór formes frustes-jeinek általánosabb ismerete nem régi keletű. Azon különben az összes tüneteket mutató eseteket, melyekben a struma hiányzik, ezért azelőtt hozzá nem



számították. *Mackenzie* 6, *Marie* 5, *Mannheim* 6 ilyet közül és sok más szerző is tesz róla említést, *Cheadle*<sup>10</sup> a struma visszafejlődése, *Chretien*<sup>10</sup> struma kiirtása után látott Basedow-kórt kifejlődni. Máskor Basedow-kór tünetei fenmaradnak, mikor mára struma régen visszafejlődött. Így *Mackenzie*<sup>43</sup> betegén (26. sz. kórtörténet) 39 éves korban gyorsan fejlődött struma, exophthalmus egyszerre, a struma 4 év múlva megszűnt, de az exophthalmus, tremor, Graefe és Stellwag tünet, a bőrpigmentatio, az ér-lökés szapora volta (124—144 percenkint) még 49 éves korában is fenmaradt. A Basedow-kór tüneteinek súlyossága egyáltalán nem függ a struma nagyságától, kis struma súlyos Basedow-kórral járhat együtt és nagy struma jelenlétekor a tünetek kistokúak lehetnek. Ha a Basedow-kórban a struma volna az elsődleges, úgy annak legelőször kellene jelen lennie, mielőtt a többi tünetek kifejlődnek. És hogyan áll a tapasztalás? Ilyen esetek csakugyan vannak is, *Möbius* hivatkozik is rájuk, valamint arra is, hogy minden golyva jár időnkint Basedow-kóros tünettél. Ez utóbbi nyomát az irodalomban nem lehet találni; ha gyakran strumához társul a Basedow-kór, ez úgy magyarázható, hogy a Basedow-kór első tünete a pajzsmirigy megnagyobbodása volt és ha csak egynehány kórtörténetet is nézünk át, azt látjuk, hogy a szapora ér-lökés, a reszketés, az exophthalmus előbb lesznek láthatók, sokszor, mint *Mackenzie* és mások is észlelték, egy, *Prael* esetében öt év óta is megvannak már, mikor a pajzsmirigy megnagyobbodásának még nyoma nincsen. Hogy a sok közül csak egy statisztikát említek, *Steiner*<sup>12</sup> 47 gyermekkorban támadt Basedow-kórja közül 40%-ban a szív, 35%-ban a szem, 25%-ban a pajzsmirigy elváltozása, 10%-ban a tremor volt az első tünet.

A klinikai megfigyelések olyan serege ez, mely világosan bizonyítja, hogy a pajzsmirigy, melyen semmi rendellenes felismerhető nem volt, vagy pedig a pajzsmirigy épen hiányzott is, a Basedow-kórt nem okozhatja. Ha *Moebius* erre azt mondja, hogy nem a pajzsmirigy megnagyobbodására helyezi a fősúlyt és hogy a látszólag rendes pajzsmirigy is lehet beteg, azt hisszük, egyrészt elejtette a Basedow-kór és myxoedema ellentétei közül azt, mely elméletének kiinduló pontja, másrészt mikor e hypothesis, melyet a Basedow-kóros esetek igen nagy részben alkalmazni kénytelen, befejezett ténynek veszi és minthogy elmélete ez esetekre is kiterjed, további bizonyításában felhasználni kénytelen, olyan érvekkel bizonyít, melyek maguk is bizonyításra szorulnak.

Sőt a kórboneztani vizsgálat többször semmi nevezetést sem talált a pajzsmirigyen. *Brissaud*<sup>12</sup> szerint a felnőtt ember pajzsmirigye, ki idült betegségben halt meg, sohasem ép, ezekben hasonló elváltozásokat talált, mint a milyeneket Basedow-kórosokban. Más esetekben *Haemig*<sup>28</sup> jellemző elváltozásokat vélt találni a pajzsmirigyben, de e között és a közönséges golyva között átmeneti alakokat is látott. *Farner*<sup>19</sup> 10 Basedow-kóros strumát vizsgált, közülük nyolcz diffus hyperplasiás, kettő nodosus volt. A diffus hyperplasiások közül egyesekben több volt a colloidanyag, mely az alveolusokat és nyirokerekét kitöltötte és a szövetrostok között is helyet foglalt, másokban e colloid fényesebb és halványabb volt, a folliculusokban nem igen volt belőle, míg a vénákat és nyirokerekét kitöltötte. A nodosus strumákban inkább a szövetek tengettek túl, a váladék kevesebb volt, bár több érben és nyirokérben talált halványabb fénylő colloidanyagot. E képeknek ugyan a teoriában megfelelne a több és rendes, a több és megváltozott, a kevesebb és megváltozott váladék, de a szerző maga is bevallja, hogy eseteiben a kórtünetekben nem volt különbség, dacára a kórboneztani lelet különböző voltának. E különbözőség maga is ellene szól annak, hogy a baj a pajzsmirigyből indul ki.

Ha el is fogadnók azt, hogy az exophthalmus mérgezésből ered, nem lehet azzal megmagyarázni, hogy miért áll ez néha csak egy szemben fenn és miért tűnik az egyik szemben néha egy évvel is előbb fel, mint a másikon. Féloldali exophthalmus Basedow-kórban *Perey Friedenberget*<sup>20</sup> közölte. Ő említi *Demours*, *Desmarrés*, *Mackenzie*, *Prael*, *Burney Yeo*, *Becker*, *Abadie*, *Chvostek*, *Maher*, *Jacoby* idevágó közléseit. Hasonlókat *Barella*, *Völkel*, *Taylor*, *Dreyfus Brisac*, *Giovani* irtak le. *Friedenberg*

esetében a fél pajzsmirigy-nagyobbodás és szemkidülledés kereszttezett volt, az arez piros volta csak a balon volt látható. *Yeo* betegének csak a bal szeme dülledt ki, a jobb pajzsmirigye nagyobb, a bal alig vagy éppen nem, a bal szempilla és szemöldök szőre kihullott. Hat hónappal később a jobb szem is kidülledt és ugyanakkor ezen oldal szemhéjából és szemöldökéből is kiestek a szőrök, ekkor nagyobbodott meg a jobb pajzsmirigy is. Ugyanezen szerző egy más esetében pajzsmirigy-nagyobbodás nem volt, az exophthalmus egy oldalon fejlődött ki, a szívdobogás, ideges tünetek, az ér-lökés számának magas volta (136—140) bizonyította, hogy Basedow-kórral van dolgunk. *Maher* esetében a pajzsmirigy-nagyobbodás és szemkidülledés csak jobboldali volt, szintűgy *Chvostek*-ében is, mely különben is érdekes, mert hyperhydrosis, bőrpíróság és soványodás is csak jobboldalon állott fenn. E tünetek egyoldali és kereszttezett csoportosulása és beköszöntésének sorrendje sokkal inkább emlékeztet a középponti idegrendszerből kiinduló féloldali és kereszttezett bántalmakra. Szemünk előtt áll itt az analogia bulbaris paralysis-szal, mely rendszeren szintén kétoldali, de kivételesen féloldaliakat is közöltek.

Tekintsünk el ezen a pajzsmirigy-elméletnek ellentmondó klinikai megfigyelésektől és kövessük ez elmélet híveit a feltételezett mérge keresésében, melynek *Möbius* már nevet is adott, „Basedow-mérge”. E mérget ugyan még senki sem ismeri, de ha meg is engednők, hogy jelen van, sehoh sem találjuk annak legesekélyebb bizonyítékát, hogy ez oka és nem terméke a Basedow-kórnak. Ilyen közvetítő nézetet is többen fogadnak el, így *Marie* a középponti idegrendszerben látja a primum movens, mely pajzsmirigy-túltengésre vezet, *Abadie* a sympathicusban, mások a nyúltvelőben és azon véleményben vannak, hogy a másodlagosan megbetegedett pajzsmirigynek a Basedow-kór képének teljessé tevésében így van része.

Midőn a pajzsmirigy-theoria hívei a mérgező hatásról és annak módjáról szólnak, részint hyper-, részint dysthyreoidálást említenek. Mennyiben van ennek jogosultsága?

Nines könnyebb, mint hyperthyreoidálást létrehozni úgy, hogy egészséges ember vagy állat szervezetébe sok pajzsmirigy-váladékot juttatunk akár nyers vagy sült pajzsmirigy, akár szárított pora, vagy belőle gyári módon készült pastillák alakjában, sőt glycerines kivonatát is a bőr alá fecskendezhetjük. Ezen kísérlettel szemben nem helyes azon ellenérvelés, hogy a klinikai folyamat más, a kísérletnél sokkal bonyolódottabb feltételekkel jár és az eredmény ezért nem hasonlítható össze. Bizonyos ugyanis, hogy a mondott módokon a pajzsmirigy hatóanyaga éppen úgy kifejti hatását a szervezetben, mint ha természetes úton a pajzsmirigyből jutna oda. Lehetetlen volna különben a pajzsmirigy-től megfosztott kutyákat és myxoedemás embereket e módon megmenteni és életben tartani.

Lehetetlen csak megközelítőleg is felsorolni a számos dolgot, melyek ilyen kísérleteket tartalmaznak. Magyar nyelven legutóbb *Vámosy* és *Vas*<sup>77</sup> foglalkoztak ezen kérdéssel. A Baumann-féle jodothyrinna kísérleteztek, mert ezt tartják a legtisztább készítménynek. Ennek a gyártól beszerzett Na<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>-as oldatát használták, melynek 1 cm<sup>3</sup>-ében 0.3 mg. J. és 6.2 mg. NaCO<sub>3</sub> volt. Hogy benne a hatóanyag megvan, azzal bizonyították, hogy a pajzsmirigy-től megfosztott állatokat vele fentartani tudták. Bőr alá fecskendezve a szer a fehér vérszövetek rövid ideig tartó szaporodását okozta, venába fecskendezve a vér fajsúlyát, haemoglobin-tartalmát, vörös vérszövetjeinek számát kis fokban és gyorsan mulóan csökkentette, a fehér vérszöveteknek is csak futólagos csekély szaporodását hozta létre. A szív működésére 10—20, a lélegzésre és vérnyomásra 10 cm<sup>3</sup> sem volt hatással. Szerintük a más szerzők tapasztalta rossz hatást csak mellékkörülményekből lehet magyarázni. *Lanz*<sup>33</sup> ezeket a néha már rothadt anyagból készült készítmények ptomain-mérgezésének tulajdonítja. Ő maga és két barátja 20—30 gm. friss pajzsmirigy-től csak futólagos csekély ér-lökésszaporodást vett észre. *Kocher* klinikáján is több betegnek adott minden hatás nélkül glycerines kivonatot, míg naponkint két szem angol, szerinte tisztátalan pajzsmirigy-tabletta (*Burroughs, Wellcome & Comp.*) étvágytalan-



ságot, fejfájást, hosszabb időn szedve soványodást hozott létre. Kutjának hónapokon át adott 30 gm. szárított pajzsmirigyet porrá zúzva, érlökése 100-ról 140-re emelkedett, más tünet azonban nem volt, sőt 300 gm. egyszeri elfogyasztása sem okozott bajt, noha belőle 5–10 gm.-mal pótolni tudta a kiirtott pajzsmirigyet. *Becker*<sup>2</sup> említi, hogy 2 $\frac{1}{4}$  éves gyermek 90 darab thyreoidin-tabletta egyszeri megevésének sem vallotta kárát. *Walter Edmunds*<sup>18</sup> kutyája egy nap 16 báránypajzsmirigyet fogyasztott el, a nélkül, hogy baja esett volna. Mindez lehetséges nem volna, ha a pajzsmirigy működésének fokozása oly súlyosan mérgező volna. *Georgieusky*<sup>25</sup> sem látott soha hirtelen tünetet a szer egyszeri adásakor. Csak hosszabb idei alkalmazásától lett néha a szívműködés fokozottá, a lélegzés szapora, a vizelet mennyisége több, néha polyphagia, polydipsia, esetleg izgatottság vagy depressio, hasmenés, hányás, paresisek, bénulások, érzéketlenségek, ritka egyes esetben glycosuria és fehérjevizelés támadtak. Ezenkívül ő is és mások is anyagcsere-zavarokat láttak. Exophthalmust nem hoztak létre soha. Ha *Ballet* és *Enriquez*<sup>6</sup> vizsgálatainak, melyekben egyszer-kétszer ilyen módon pajzsmirigy-túltengés kórboneztanilag is beigazolvva támadt, különösebb fontosságot tulajdonít egynémely szerző, a pajzsmirigy-theoria szempontjából azt annál kevésbé lehet érteni, mert ők elsődlegesnek mondva a strumát, azt magyarázni nem is kénytelenek, ha csak nem akarnák a pajzsmirigy-túltengést is, már a talán túltengés előtt is fennálló fokozott működésre visszavezetni.

A pajzsmirigy-etetés golyvás embernek sincs ártalmára, sőt többen így akarják a golyvát gyógyítani. *Bruno*<sup>7</sup> 350 ilyen kísérletről tud. 8%-ban teljes gyógyulást, 36%-ban javulást, 30%-ban mérsékelt javulást, 25%-ban kevés eredményt látott. Sem ő, sem *Irsai* nem tapasztalták ilyenkor, hogy Basedow-kóros tünet fejlődött volna.

(Folytatása következik.)

## T Á R C Z A.

### Thurzófüredről — Japánba!

Egy hajóorvos naplójából.

Huszonháromezer mértföld vitorlával és gözzel! Így szerettem volna tulajdonképpen ezimezni e sorokat, ha már régen Gáspár Ferencz t. collegám hasonló című szép nagy művével e titulust orrom előtt el nem kapja. Mert bizony 23,000, illetőleg (minek kisebbitsem glóriámat?) 23,515 mértföldnyi tengeri út volt az, melyet mint a „Thekla“ hajóorvosa 1897 szeptember 10-dikétől 1898 január 30-dikáig, vagyis négy hónap és húsz nap alatt tettem. Régi vágyam, mondhatnám gyermekkori robinzonos vágyam teljesült benne, midőn egyszer kényem-kevedem szerint csak úgy gázolhattam az oceánokban, és lenézéssel gondolok most már azokra a napokra, midőn pár év előtt az északi fokról, Velenzéből vagy Lusszinból hazajövet nagy büszkén azt képzeltem, hogy „tengeri útról“ jövök. Tavaly már nem bírtam tovább ellentállni nagyobb szabású útitervemnek és így a thurzófüredi saison végével, ottani fürdőorvosi teendőim befejeztével összeszedtem sátorfámat és Budapestre vissza sem nézve többé, nehogy talán akármily oknál fogva ott ragadjak, szeptember első napjaiban nehéz búcsúzás után Oderberg-Berlinen át egyenesen Hamburgba tartottam, hogy felcsappjak „globe-trotternek“.

Eredeti felvem London, a kanári szigetek, Genua, Nápoly és Konstantinápoly volt; de a hamburgi új közpórház látogatása alkalmával az ottani fiatal doktorkáktól annyit hallottam beszélni hajóorvosi szép nagy utazásokról, hogy magam is ilyenre kaptam vérszemet. Érdekes, hogy mennyit utaznak ezek a fiatal német orvosok. Mint régen nem is volt valamire való mesterember, ki vándorlegényként be nem járta volna fél Európát, úgy most igen sok német collega, mielőtt letelepednék, a világot meg nézni. Persze a forrásnál vannak és így előbb jön meg a gusztus. Ott van nekik a „Norddeutscher Lloyd“, a „Hamburg-Amerikanische Paquetfahrt-Actien-Gesellschaft“, a „Kosmos“ stb. Legjobban megtetszett nekem a „D. D. Rh. zu H.“ hajóinak útja, és bár generaliter csak Németországban promoveált orvo-

sokat fogadnak, mégis (talán mert hajdanában az alsó-elzászi tébolydában, tehát Németországban, segédorvoskodtam) elég könnyen kaptam itt állást. Pláne, hogy a legközelebb menendő hajó orvosa az én hajómmal szívesen cserélt, rögtön mehettem. Természetesen preferáltam most a saját költségemen tett konstantinápolyi út helyett ingyen Indiába, Chinába és Japánba mehetni. Utile cum dulci. Így jött sz. Péter is a credóba. Fizetést ugyan ez a társulat nem ad, de ad ingyen utazást, szépen berendezett nagy kajüttet, ingyen ellátást és naponta két márka erejéig italt. Egyes elit-társulatok fizetséget is adnak orvosainknak, de ott annyi a „német“ aspiráns, hogy más nemzetségbelinek lehetetlen bejutni. Angol, francia társaságok és az osztrák Lloyd, úgy tudom, szintén csak odaváló honpolgárt vesznek orvosnak, a magyar „Adria“ hajóin pedig még nem is alkalmaznak orvost.

Miután a hamburgi tengerészeti hivatalban hivatalosan megkötöttem a szerződést egy útra, és a társulattól uniformis-sapkát és -gombokat kaptam, „hajóorvos“ voltam. Egy-kettő: szükséges bevásárlásokat végezni a tropikus tartózkodásra, szüleimet és budapesti barátaimat értesíteni, hogy a világ mely részében található majd időről-időre, angol „fontokat“ vásárolni (mert ez az angol nyelvel együtt az egyedüli üdvözítő vallása a távol keletnek), czókmókomat a hajóra szállítani, az osztrák-magyar (?) consulatumnál passust kérni a félvilágra, és: pakkolj Pista! Addio Európa vagy öt hónapra, addig is: szeress engem!

Az orvosnak a hajón igen szép és respectált posztója van. A kapitány után jövő első tiszt és első gépészmérnökkel együtt az elsőosztályú tisztok csoportját képezi, melyben „primus inter pares“ és így az ebéldő-teremben a kapitány melletti díszhelyet is ő foglalja el. A kikötővárosokban a hajót tetszése szerint hagyhatja el, akár napokon át feléje sem kell néznie, ha nem akar. A kapitánynak egyszerűen bejelenti, hogy akkor meg akkor, midőn a hajó ismét el fog indulni, vissza fog térni. Ha a hajó havariát szenved, a társulat köteles az orvost más hajó által hazaszállíttatni.

A „Thekla“ menetje következőleg volt megállapítva: Port-Said és Suez, tartózkodás 1—1 nap; India: Penang, tartózkodás 3 nap, Singapore 6 nap; China: Hong-kong 6 nap; Japán: Yokohama 10 nap, Kobe-Hiogo 10 nap; onnan ismét vissza: Hong-kong 6, Singapore 6, Penang, Suez és Port-Said 1—1, Havre 3 nap, Hamburg. All right! Ez mind quadrál és kedvem szerint van. Egy dolog bántott csak, hogy miért nem hozott az ördög előbb Hamburgba. Az azelőtti hajóval ugyanis Mme Chimay is ment az ő Rigójával. Sapristi, mily pompás társaságot mulasztottam el!

Elfoglalva az orvos szobácskáját a hajón, kissé kellemetlenül érintett mindjárt az első tárgy, a mi szemembe ötlött, t. i. egy parafa-krokodilus, mely közelebbi inspicálásra mentő-apparatnak bizonyult. Tehát „memento mori“! Eddigi tengeri útjaim programjában a vízbefulás ugyan nem volt felvéve, no de kutya rajta, mi egy hajóorvosnak a vízbefulás, ha lege artis történik? A tisztok szobáiban lógó házi áldások sem voltak valami nagyon biztatók. Vagy talán mulattatók az ily mondások: Zusammen durchgebrachte Todesgefahr bringt die Herzen nahe zu einander. Vagy: In allen Stürmen, in aller Noth, mög' er dich beschützen der grosse Gott stb.

Elutazásunk előtt még átvizsgáltam a hajó személyzetének lakóhelyiségeit, az édes víztartókat, a hajó szépen berendezett gyógytárát, kötőszereit, műszereit, és a hiányzó dolgokat, vagy véleményem szerint még szükséges holmikat a társulat liferáló gyógyszerészétől megkértem, mire az orvos teljesen fel van jogosítva. Ez egy igen fontos ténykedés, mert egy ily hosszú úton sok mindenféle adhatja elő magát, patika és kötszer pedig nem terem minden hullámban. Végre következett a hajóorvosnak egy még fontosabb functiója, a szerződötendő személyzet pontos megvizsgálása. A kapitány kivételével minden tiszt, gépészmérnök, assistensek, pincérek, szakács, pék, matrózok és fűtők, mind meg lesznek vizsgálva és meg nem felelés esetén vissza lesznek utasítva. A személyzet mindig csak egy-egy útra lesz angazsálva. Az orvosnak e vizsgálatnál könnyelműsége nagyon megboszhatja magát, mert ha meg nem válogatja lelkiismeretesen az ember-anyagot, az egész úton baja van velük, nemesak, hanem folytonos a zúgolódás, az elégedetlenség, a szemrehányás a többi



egészségesek, tisztak és kapitány részéről e miatt; és jogosan, mert nem lévén egy fölösleges személy sem a hajón, minden kéz hiányzik, ha csak egy félnapra is kivonja magát a szolgálat alul.

A fűtők ázsiai hajókon chinaiak vagy arabok szoktak lenni, mert európai ember a tropusok alatt nem bírja ki a tűz melletti szolgálatot. E helyiségekben 50—70° C. lévén a rendes temperatura, ezt „auf die Dauer“ bizony csak „native“ képes elviselni; ezek is négy óránként fel lesznek váltva. Egynehány ily fűtőnek a szolgálat alatt alkalmatlanná válása teljes felfordulást okozhat a hajón.

E vizsgálatok tehát valóságos assentálások, melyeknél zsongos bőrre, jó tápláltságra, erős izomzatra, jól fejlett mellkasra, egészséges szervezetre és jó lábakra kell néznünk, rosszul látó, színvak, nagyot halló, sérves, alszárfelekével vagy varicesekkel bíró egyéneket pedig vissza kell vetnünk. Egy színvak inspektíós kormányos vagy tiszt összeütközést okozhat; egy nagyothalló, ki a „brandungot“, a tengerzajlást ködös időben már messziről meg nem hallja, neki vezetheti a hajót sziklának vagy partnak.

Az új fűtők szerződötése és megvizsgálása Hong-Kongban történik.

Még azt akarom megjegyezni, hogy az orvos kezeli a hajó gyógytárát is, melyben a német „kais. Reichsgesundheitsamt“ tanácsára a tengeri hatóságtól előírt következő szerek kell hogy legyenek: 1. calomel-jalapás hashajtóporok, 2. alumen, 3. magnesia sulfurica, 4. liq. plumbi acetici, 5. 15% bórkenőcs, 6. ipecacuanhás hánytató porok, 7. chinin. sulf., 8. kal. chlor., 9. acid. citri. vagy succus citri, 10. natr. bicarbon., 11. zinc. sulf., 12. ferrum reductum, 13. ungt. hydrarg. ein., 14. empl. adhaesivum, 15. spir. aeth., 16. kalium jodatum, 17. jodoform, 18. tinct. jodi, 19. spir. camphoratus, 20. acid. carbol. liquef., 21. acid. carbol. crudum, 22. bals. copaivae, 23. tinct. amara, 24. 1/2 centigrammos morphium-porok, 15. ostya, 26. tinct. opii spl., 27. opodeldoc, 28. bals. peruvianum, 29. spir. menth. pip., 30. tinct. rhei vin., 31. ol. ricini, 32. acid. salicyl., 33. ammonium chlor., 34. acid. hydrochlor., 35. spir. sinapis, 36. pulv. Doweri, 37. hydr. bichlor. corr., 38. vaselin, 39. bismuth. subnit. Ezen olasz saláta a „hivatalos lista“. Ezenkívül azonban cocain-, atropin-, morphium-oldatok, fogcseppek, extr. filicis maris, alcohol, aether, chloroform, Angerer-pastillák, reagentiák, s még sok másféle többé-kevésbé fontos szerek is állanak az orvos rendelkezésére. Kötszereket nagy mennyiségben és választékban tartalmaz a hajó gyógytára. Bruns-gyapot, carbol-, salicylwatta, sterilgaze, jodoform-, sublimatgaze, pólyák, (mull-, organtin-, vászon-, flanel-, gyps-pólyák), továbbá ágytál, irrigateur, sérvkötők, suspensoriumok, hőmérők, puha Nelatonok, végre pasteurizált sör, kondenzált tej, húspepton, portí (sherry) és tapioka egészítik ki a betegápolásra szükséges cikkek sorozatát, mik felett a hajóorvos rendelkezhetik.

Szeptember tizedikén végre elérkezett az elindulás napja, közeledett az elindulás órája. A gép zakatolva húzta fel az óriási horgonyokat, a pilóta elfoglalta ideiglenes helyét a paranesnoki hídon, mire hajónk olyant kürtölt, hogy Jeriko falai még egyszer összedülnek, ha annak idején jobbnak nem találják megelőzni ez eseményt; egy csenevész kis gőzöske pedig, mely úgy haladt előttünk mint valami liliputi Gulliver előtt, kihúzott bennünket az India kikötőből. Mily érzet ily elindulás a nagy világba! A partokról és a többi hajókról rokonok és jó barátok búcsúintéseit fogadjuk, keblünk pedig dagad a büszkeségtől, a mint az Afrikahíft mellett kiérünk és a többi tömérdek hajógigás között az Elbában előrehaladunk. Mi ehhez képest, nem a tenger sima tükre, hanem egy szárazföldi filozopter élete? Elindulásunk azonban ominozus volt, a mennyiben hajónk túlságos megterhelése miatt kétszer is zátonyra jutott. Hál' Istennek, hogy nem vagyok babonás. Fogjanak rám akármit, hogy luteránus vagyok, hogy budai vagyok (no már ennél igazán se kell több!), de babonás nem vagyok és így e balsejtelmű intráda egy cseppet sem piszkált! Kuxhafen mellett végre csak mégis kiértünk az éjszakai tenger vendégszeretetet nem ismerő vizébe, és bár hajónk eleinte büszkén szelte a kaczkiasodó hullámokat, nemsokára beadta a derekát és elkezdett vigan táncolni. Itt veszett el pár napra rá a német 26. számú torpedóhajó paranesnokával, mecklenburgi Frigyes Vilmos herczeggel és fél személyzetével, magas

hullámoktól eltemetve. A mi „Theklánk“ is egyre vígabban lejtette, főképp a Biskayai átkelésnél, hol jóformán sem állni, sem feküdni, sem enni, sem inni nem lehetett. Nagy volt az örömöm, hogy ismét „scefest“-nek bizonyultam, hogy nem kellett rajtam megfigyeléseket tennem, vajjon a tengeri betegség elméleti közül melyik a leghelyesebb, mi játszsa benne „saját magamon tett tapasztalataim alapján“ a főszerepet, vajjon az érzékszervek vagy az emésztési szervek részéről történik-e a támadás?

Ha magamon, hál' Istennek, nem kellett észleléseket tennem, tehettem annál bővebben chinai később passagier-okon. Azt vettem észre, hogy a hányást rendszeren az érzékidegek izgalma, hyperaesthesia előzi meg. Konyhaszag, ételszag, más betegek meglátása, evési kísérletek, mindez a szaglási, látási, izlési szervek közvetítésével hányási ingert okoz. A hajó legesekélyebb ingadozása sensibilis egyéneknek Menière-féle tüneteket váltott ki. Sápadság, ájulás, hideg verejték, szédülés, salivatio, idegesség lepik meg a betegeket. A tünetek hasonlítanak néha a vándorvesesnél észlelt rohamokhoz, neurasthenikus gyomoratonianál vagy morbus Glenardnál látott symptomákhoz. A gyomor resorptio-képessége minimalis lesz, a normalis bélperistaltika szünetel, nagyfokú obstipatio áll be. A nagy kitérésű hajómozgások következtében kivált petyhüdt hasfalakkal bírónál a zsigerek szintén nagyobb kitérésű mozgásokat végeznek, a belek, az ideg-, dűcz- és edénydús mesenterium nagyobbfokú vongáltatásnak van kitéve. Sympathikus-bénulás, a hasi zsigerek vérbősége, a végtagok és az agy vérszegénysége áll be. Ezen agyanaemia és a hyperaemikus gyomor hyperaesthetikus idegei, a hasi zsigerek ide-oda dobáltatása, vongáltatása magyarazza meg legjobban a tengeri betegség kórképét. Majdnem „immunitásnak“ szeretném azonban nevezni azt, hogy némelyik egyén, kinél a praedisponáló faktorok mind megvannak, mégsem reagál e befolyásokra, mint pl. én sem.

Therapia? Jégbehűtött szénsavas vizek, frappirozott champagne, sherry, morphium-injectiók, antipyrin-injectiók, cocain, collodiummal több rétegben való beecsetelése az epigastriumnak, (a mi az acut peritonitist is anti-emetice hat), nyomkötés a hasra, egyáltalában a hasi zsigerek, illetve a hasfalak quasi megtámasztása képezik többé-kevésbé therapiánkat, mely azonban igen sok esetben eserben hagy. A hajó közepe aránylag a legkisebb kitéréseket végezvén, az itten horizontalis fekvésben való tartózkodás még legtöbbet enyhíti a betegek kellemetlen érzetein.

A belső szerek adagolásánál tetengeren nem szabad megfeledkezni a gyomor rossz resorptio-képességéről, mely miatt majdnem dupla adagokat kell adnunk.

Az orvosi műszerekre vonatkozólag végre még röviden csak azt akarom felemlíteni, miszerint egyes társulatoknál egy bizonyos előírt instrumentariumot kell a hajóorvosnak magával vinnie, és pedig vagy börtökben vagy nagy fatokban, másoknál azonban csak az a regula, hogy a mindennapos használatra szükséges műszereket hozza magával. Amputációs bestek és foghúzásra szükséges fogók a legtöbb hajó patika-kamrájában található.

Fanzler Lajos dr.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókay Árpád, Kétli Károly, Korányi Frigyes. IV. kötet. 1897. Dobrowsky és Franke kiadása.

(Folytatás.)

A lélegző szervek betegségeinek s egyszersmind az egész belorvosi tudomány egyik legfontosabb részét, a *tüdőnek betegségeit* Korányi Frigyes tanár foglalta össze.

Szerzőnek a hazai és külföldi szakirodalom ezen terén évek hosszú sora óta kifejtett elsőrangú tevékenysége indokoltá tesz az élénk várakozást és őszinte örömet, melylyel ezen nagyszabású monographia elé tekintettünk, a mely a tárgynak emineus fontosságához mért hatalmas méreteivel, minden ízében



eredeti feldolgozásával, megkapó rajzaival egyik legbecesebb részét képezi ezen kézikönyvnek.

A *tüdőatelectasiának* tárgyalásában főleg a szerzett alaknak változatos keletkezési feltételei, a kórtüneteményeknek sorában a megváltozott kopogtatási viszonyoknak s a jellemző stenotikus lélegzésnek kitűnő rajza kötik le figyelmünket.

A *tüdő légdaganatának* kóroktanában először a hajlamosító általános tényezők, majd az egyes kórokozó betegségek nyerne kimerítő méltatást, tekintettel mindenütt a különböző bántalmak kapcsán létrejött emphysemának más és más keletkezési feltételeire. A mi pedig a betegség fejlődésének mechanizmusát általában illeti, a táplálkozási, belélegzési és kilélegzési elméletek közül szerző nem helyezkedik mereven egyiknek sem az álláspontjára, hanem a különböző befolyásokat az egyes individuumok szerint változó összehatásukban méltányolja. Végeredményben az önálló *tüdő-légdaganatot* inkább a fokozott kilélegzési nyomás következményének tartja, de e mellett a belélegzésnek befolyását is élénken megvilágítja, míg a pótló *tüdő-légdaganatot* túlnyomóan a belélegzésre vezeti vissza. A tünettan a jellemző physikalikus elváltozásokban gazdag betegségnek képét plastikusan domborítja elő.

A lélegzési gázcsere fejtegetésében látjuk, hogy a szerző az oxygenfelvétel és szénsavkiadást illetően már a hatvanas években beható vizsgálatokat végzett, melyeknek eredményét újabban Geppert adatai igazolták. A megváltozott lélegzési típusnak rajza, a lélegzési segédizmok igénybevételének mikéntjével s időbeli sorrendjével, egyike a fejezet legvonzóbb részeinek. A betegség lefolyása és kimenetele, érdekes casuistikával gyarapítva, a szerző gazdag tapasztalatait tükrözi vissza. A kórismében szerző utal azon nehézségre, mely az egyszerű légürcsétágulás és a szövetpusztulással egybekötött genuin *tüdő-légdaganatnak* a prognosira nézve annyira fontos megkülönböztetésében felmerülni szokott s e részben értékes útbaigazításokat nyújt; később pedig behatóan méltatja a jellemző hordóalakú mellkas-alaknak kimaradását előremet vagy szövődményes betegségek esetén s az általa okozott diagnostikai nehézségeket. A gyógytanban az emphysema leghathatóbb gyógyeljárásának, a pneumatoterapiának jutott az oroszánrészt; a különféle eszközök alkalmazás módjának kritikai méltatása közben szerző a ritkított levegőbe való kilélegzésnek adja az elsőseget.

A *tüdővizenyő* kóroktana érdekes fejtegetéséből kitűnik, hogy az egyes *tüdővizenyő-rohamoknak* keletkezési módja, dacára a számos kísérletezésnek, még mindig homályos s valószínűleg a hajszálerek falának szöveti megváltozása játszsza e részben a legfontosabb szerepet. A gyógykezelésben a különben annyi vonalon polgárjogot vesztett érvágásnak méltatását, javalatainak gondos felállítását s a gyógyszeres eljárásban követendő becses irányelveket találjuk.

A *tüdő véres tömülésének* pontos rajza után a *tüdőtályog* kóroktanában szerző a betegség tulajdonképeni okozójának, a pyogen bakteriumokkal való fertőzésnek szentel tág teret s azt egy klinikáján végzett értékes bakteriologiai vizsgálatnak leírásával világítja meg. A pyogen bakteriumoknak megtelepedésére az előremet gyuladást kedvező talajnak tekinti s nem tartja valószínűnek, hogy azok az ép *tüdőszövetben* hatásra jussanak, miért is a Fischl által „genuin-tályognak“ nevezett bántalomnak létezését sem fogadja el. A tüneteknek sorában a physikalikus jelek után a *tüdőtályogra* jellemző sajátságú köpetnek s az ebből nyerhető fontos kórismészet jeleknek pontos leírását találjuk.

A *tüdőüszöknék* változatos kóroktanában kiváló érdekekkel bír a hörgtágulásban szenvedőknek mellhártyalob közbejöttével beállott *tüdőüszöksődése*, melyet a szerző úgy magyaráz, hogy a hörgtágulati cavernának szellőzése és kiürülése az izadmány által meg lévén akadályozva, a rothadási bakteriumok abban zavartalanabban fejlődnek. A tüneteknek csoportosítása közben részletesen kiterjeszkedik a köpetben kimutatható kórismészet csirokra, s a klinikáján ezen irányban történt, állatkísérletekkel is beigazolt értékes vizsgálatokra. A gyógyeljárásban a lehető antiseptikus kezelésre és a beteg erőbeli állapotának fentartására fekteti a főszólyt. Az előbbire nézve legtöbb eredményt a porlasztott karbololdat belélegzésétől látott, míg a belsőleg nyújtott fertőtlenítő szereket kevésbé megbízhatóknak tartja.

A következő nagyszabású fejezet a belgyógyászra nézve oly kiváló érdekekkel bíró *tüdőgyuladásokat* foglalja magában. A *hurutos tüdőgyuladásnak* kóroktanában a hörgghurutnak, mint megelőző betegségnek méltatása, a betegség közvetlen okozójának, a bakteriumoknak bejutási módja, az idevágó kísérleti adatok kapcsán a kérdés történelmi fejlődésének feltűntetésével, nem csupán ezen betegségnek keletkezéséről nyújt kitűnő képet, hanem magában véve is mintaszerű pathogenetikai tanulmányul szolgál. A kórboneztani rész a típusos elváltozásokon kívül a sajtos metamorphosisnak, tályogképződésnek, idült szövetközi *tüdőlobnak* is teret szentel. A tünettanban a klinikai képnek sokfélesége miatt szerző egyedül a Ziemssen által adoptált acut és chronikus beosztást tartja gyakorlatilag használhatónak. Az egyes tüneteknek leírásában a főszólyt a gyermekeken oly élesen nyilvánuló kórképnek elődomborítására fekteti; a jellemző külszínnek, lázmenetnek, a dyspnoé belélegzési típusának stb. festői rajza ezen ijesztő betegségről pompás képet ad. A betegségnek kórisméjét szerző a *tüdőbántalmak* körében a legnehezebb feladatok közé sorolja, főleg a mi annak elkülönítését az egyszerű hörgghurutól és heveny miliartuberculosisistól illeti. A gyógyeljárásban a gyermekeknél annyira fontos óvintézkedéseket kiemelve, a gyógyszeres beavatkozásokon kívül a különböző hydrotherapiai eljárásokat a kellő indicatiók szerint szükséges alkalmazás módjukkal együtt részletesen tárgyalja.

(Folytatása következik.)

## II. Lapszemle.

*Mercurialis exanthemákról* referált Rosenthal a XII. internationalis orvosi congressus dermatologiai sectiójában Moszkvában. Eltérők a vélemények a mercurialis exanthemák gyakoriságát illetően. Míg Rosenthal tapasztalatai szerint sok mercurialis exanthema nem lesz figyelembe véve, addig Neisser szerint egy részüknek — külső applicatióval — a gyógyszerhez mint ilyenhez semmi köze, hanem a kenőcs rossz összetételében rejlik az okuk (terpentin, nitrobenzol, erősen savi zsiradékok). A szerző ezt nem tagadja, de miután sublimatborogatás vagy más (tisza praeparatum) alkalmazása után is fellép, felveszi, hogy az exanthema oka (többnyire) a mercur. A mercurialis exanthemák leggyorsabbja a *folliculitis*, mely a közönséges, *bacteriumos infectio* okozta *folliculitistól* abban különbözik, hogy a göcsök vörösek és kemények és hogy gyenyedés majdnem soha sem áll be és a visszafejlődés felszívódás útján megy végbe. Hogy ez az alak nem a dörzsölés, a szőrök ránczígálása folytán jön létre, az kiderül az imént vázolt lefolyásból és abból, hogy a folliculusok közti bőr nincs meglobosodva. A második leggyakoribb formája az *erythema*, fokozódása esetén *eczema*. Ez majd morbillihez majd scarlathoz hasonló, egyik a másikba gyorsan átmehet. Miután e mellett az intensitas, lefolyás és általános tüneteket illetően a legkülönösebb modificatiók és fokozatok fordulnak elő, felesleges egy külön roseola- és rubeola-formát (Bossard) felvenni. Az *erysipelatosus* alak felvétele meg épen nem jogosult, mert az biztosan secundaer bakteriuminfectio által okoztatik, a mercurral, mint olyannal összefüggésben nem áll; hasonlóképen áll a dolog az esetleg fellépő *furunculus*, *abscessus*, *phlegmone* stb.-vel. Az *eczema mercuriale*, mint minden más artificialis *eczema*, különböző alakban mutatkozhatik, és pedig vesiculás, papulás, pustulás vagy nedvező alakban; úgy az *erythema*, mint az *eczema* hámlással végződik. Némely esetben *dermatitis exfoliativa* is fejlődik belőlük, mely sűrű korpaszerű vagy kis lamellás desquamatióval végződik.

Az *erythemák* komolyabb jellegűtőltenek, mihelyt haemorrhagiakkal vannak összekötve. Ezáltal hasonlókká válnak az erős mérgek, toxinok által okozott vagy a pyaemia vagy septikaemia kísérő tünetei gyanánt észlelt *erythemákhoz*. Az *urticaria* több ízben észleltetett a mercur alkalmazása után és némely esetben bullosussá is vált. Ezen utóbb említett kiütésektől a *purpuráig* csak egy lépés. Szerző maga is utal egy ilyen alakra, mely gombostűfejnyi vérezésekből áll. A mercurialis exanthema leg súlyosabb alakja a *dermatitis mercurialis bullosa*. Ezen különböző formákat szemügyre véve, mindenek előtt feltűnik a polymorph jelleg, azonban hasonlókat a jód és más szerek is előidéznek; ezért nem is lehet specificus mercurialis exanthemáról szólni. Az



*erythema* és *eczema praevaleál*. Az exanthema rendszeren a mercur használata alatt, olykor mindjárt kezdetben, olykor csak hetek, hónapok után jelenik meg; elmúlik majdnem mindig, ha a szert kihagyjuk. Rendszeren azon a helyen lép fel, melyen a szer alkalmaztatott, olykor azonban, pl. az urticariánál éppen azon részek támadtatnak meg, melyekre mercur nem lett bedörzsölve; azonkívül gyakran szymmetrikusan terjeszkedik az exanthema, bizonyosságul annak, hogy ez az idegrendszerrel hozandó összefüggésbe. A mercurialis kiütés terjeszkedésére három lehetőség van (Lesser): 1. helybeli izgatás és continens kiterjeszkedés a szomszédba; 2. ugrásszerű fellépés a bőr által resorbeált higany belső hatása következtében és 3. (és ez a rendes út) az 1. és 2. alatt említett lehetőség együtt véve. Különös figyelmet érdemel ama tény, hogy ép úgy mint a bőr, a *nyálkártyák* is megtámadtathatnak, sőt hogy exanthemák ezen felléphetnek, a nélkül, hogy a bőrön exanthema jelen volna. A kiütést kísérő *általános tünetek*: fáradtság, fejfájás, étvágytalanság, rázó hideg és láz egészen 40<sup>o</sup>-ig és még több, a kiütés kisebb vagy nagyobb mértékben való jelenléte szerint, többé vagy kevésbé kifejezettek; a kiütés elmulásával azok is megszűnnek, noha az irodalomban oly esetek is vannak megemlítve, melyek oly complicatiók folytán, melyek részben szintén a mercurral hozandók összefüggésbe, lethalisan végződtek. Minden Hg-készítményre és minden alkalmazási módnál léphet fel a kiütés. Természetes, hogy nem minden disponált egyén reagál minden egyes applicatióra. Hogy a külső használat után leggyakoribb a kiütés, magától értetődik, miután a Hg egyetlen egy praeparatuma sem nyer annyiszor alkalmazást, mint a szürke kenőcs. A Hg többi intoxicatiós tünetei nagyon ritkák a bőrkiütések mellett. Meglevő dispositio mellett kor és nem nincs befolyással az exanthema mercuriale fellépésére; erre a legfontosabb elősegítő factor az illetők idiosyncrasiája; ez pedig abszolút vagy relativ. [Előbbinél minden alkalmazási mód és minden készítmény okoz exanthemát.] (Wiener med. Wochenschrift 1897. 42—43. sz.)

Pálka Géza dr.

## Hetiszemle és vegyesek.

**Popovits György dr., Biharmegye főorvosa, Magyarország összes megyei főorvosaihoz felhívást intézett, melyben értesítvén őket a megyéjébéli kartársai anyagi helyzetének javítása céljából tett eddigi lépéseiről: felkéri őket, hogy eljárása helyeslése esetén hasonló eljárást kövessenek.**

Popovits dr. eddigi lépései a következők voltak: Mindenekelőtt körlevélben összehíván a megyebeli hivatalos orvosokat, az általa szerkesztett és az orvosok összesége által minden pontban elfogadott kérvényeket nyújtottak be küldöttség útján az alispáni hivatalhoz; a küldöttség egyúttal a megye intézőit személyesen kérte fel az ügy támogatására. A kérvények a községi és körorvosok fizetésének a megye pénztári hivatala útján leendő kiszolgáltatására, a lakásviszonyok, illetve lakbér-illetmények, valamint a látogatási díjak rendezésére és a nyugdíj-jogosultság kimondására vonatkoztak.

A kérvények a megye főorvosa, főszámvevője, központi főszolgabírája és két megyebizottsági tagból álló javaslattevő bizottságnak adattak ki, a legközelebbi törvényhatósági rendes közgyűlés elé terjesztendő javaslatként végetti. A javaslatot az 1897. szeptember 15-dikén tartott közgyűlés egész terjedelmében elfogadta és megerősítette. A javaslat lényeges pontjai a következők:

1. A községi- és körorvosok illetményei az 1900. év elejétől a vármegye házipénztára útján fizettetnek ki.

2. A lakásviszonyokat illetőleg, a járási főszolgabírák utasítanak, hogy a községi- és körorvosok lakásviszonyait éber figyelemmel kísérjék és azon esetben, ha meggyőződést szereznek arról, hogy valamelyik orvosi állás alkalmas lakás hiánya miatt be nem tölthető, avagy a már állásban levő orvos türelmetlen lakásviszonyokkal küzd, a rendelkezésükre álló minden törvényes eszköz felhasználásával hassanak oda, hogy a kérdés akár orvosi lak építtetése, akár megfelelő lakbér rendszeresítése, akár pedig alkalmas lakásnak orvosi lakásul hosszabb időre terjedő bérlet útján való biztosítása által, sürgősen és gyökeresen orvosoltassék.

3. A körorvosok a szegényeket ingyen, a vagyonosokat pedig a díjazás iránt a községgel előzetesen kötött egyezség szerint gyógykezelik s részükre a pályázati hirdetményben megállapított látogatási díjak csupán az egyes községekre nézve előzetesen kitűzött hivatalos és járványügyben tett látogatások napjaira vonatkoznak, míg az azon napokon kívül teljesített látogatásokra a pályázati hirdetményben előírt díjazás nem alkalmazható. Felhívattak tehát a járási főszolgabírák, hogy utasítsák az egészségügyi körökbe osztott községeket, hogy a hivatalos látogatási napokon kívül vagyonosak érdekében teljesítendő orvoslási díjakat körorvosokkal egyezség útján állapítsák meg.

4. A nyugdíj-jogosultság kimondására s a nyugdíjalap létesítésére vonatkozó kérelem azzal adatik vissza, hogy a kérvényezők e kérdés

megoldására nézve tervezetet szerkesztszenek s azt határozathozatal céljából a bizottsághoz terjesztsek be. (Megtörtént.)

Biharmegye főorvosának imént vázolt működése nem szorul dicséretre: eléggé dicsérik azt az eddigi jó eredmények. Csak az óhajtható, hogy az ország valamennyi megyei főorvosa hasonló buzgalommal lásson hozzá a hasonló irányban működéshez.

Végül még Popovits dr. felhívásának befejező sorait iktatjuk ide: „Meg vagyok győződve, ha az ország összes vármegyei, a mi vármegyénk nyomdokain haladva, a kör- és községi orvosi intézményt az 1876. évi XIV. t. cz. intentionának megfelelőleg ekként fejlesztették, ha az állam a maga részéről a vármegyei főorvosi valamint a járásorvosi állásokat, az előbbieket 2500 frt, az utóbbiakat 1500 frt fix fizetéssel és működési területükön, az államhivatalnokokhoz hasonlóan, kilométerpénz felszámításával s megfelelő lakással javadalma s kimondan elvül, hogy a kör- és községi orvosok csakis a medicatióval s ezen ügykörbe eső rendőri teendővel foglalkozzanak, míg a közigazgatás egyéb rendőri teendőit a tisztii fő- és járásorvosok ügykörébe osztán be: meg vagyok győződve, hogy kedves hazánk közegészségügye oly lendületet nyerne, mely ideálisnak volna nevezhető, mely bármely modern állam méltó büszkeségét képezhetné.“

A brüsseli közegészségügyi egyesület (Société royale de médecine publique et de topographie médicale de Belgique) ez évi közgyűlésén tárgyalásra tűzte ki a csecsemőkori syphilit. Felszólítást intéz tehát a világ összes orvosaihoz adatok beszolgáltatása tárgyában. Az adatok következők czim alatt küldendők be július 1-ig: Siége sociale, Rue Royale, 90, Bruxelles. A megválaszolendő kérdések a következők: a) Gyakran találkozik-e klientélájában gyermekkori syphilissel? b) Hány évre vonatkoznak idetartozó észleletei? c) Az észlelt esetek csak felületesek voltak-e vagy cachexiához vezettek? Milyenek voltak a laesiók általában? d) Körülbelül mily korúak voltak a beteg gyermekek? e) Mi volt a betegség lefolyása? f) Kimutatható volt-e a betegség eredete? (atya, anya, dajka, fertőzés stb.) g) Gyakori-e általában a syphilis az illető helyen? h) Gyakran lát-e syphilises nőtlől származó gyermekeket, melyek az első életévükben nem mutatnak jellegző tüneteket? i) Vannak-e adatai (s melyek ezek) syphilises vagy syphilissből kigyógyult nők placentáin tett megfigyelésekre nézve?

A főváros egészsége. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1898. márczius 20-dikától 1898. márczius 26 dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 443 gyermek, elhalt 305 személy, a születések tehát 138 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 1, hökhurut 3, kanyaró 3, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykéreglob 19, agyvérömleny 10, rángások 13, szervi szívhibaj 24, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurhut 70, tüdőgümő és sorvadás 53, bélhurut és béllob 18, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 1, Bright-kór és veselob 9, angolkór 1, görvölykór 4, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 9, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi közkórházakban ápolattott e hét elején 2393 beteg, szaporodás 760, csökkenés 746, maradt e hét végén ápolás alatt 2407. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1898. márczius 26 dikától április 2-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 10 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 20 (meghalt —), vörhenyben 35 (meghalt 3), kanyaróban 114 (meghalt 3), ronesoló toroklobban 5 torokgyíkban 39 (meghalt 3), trachomában 7, verhasban 5 (meghalt —), hökhurutban 5 (meghalt —), orbánczban 14 (meghalt —), gyermekági lázban — (meghalt —).

A német államok kormányai behatécán foglalkoznak az orvosképzés reformjával; mindinkább belátják, hogy a tanulmányi és szigorlati rend reformján kívül az intézetek és tantervek szaporítása is szükséges arra, hogy az orvosok képzésének színvonala emelkedjék. A legfontosabb kérdést azonban még mindig nem döntötték el, azt t. i., hogy megtoldják-e az orvosi tanulmányokat egy kötelező gyakorlati évvel, a melyet a vizsgázott orvosoknak kórházakban és klinikákon kellene tölteniök.

Zürichben 25 év előtt tette le az első orvosnő az orvosgyakorlat államvizsgálatot és pedig a szövetségtanács külön határozata alapján.

Franciaországban a felső oktatás internationalis congressusát ez évben Bordeauxban tartják meg. A tárgyalásra a kül- és belföldi akadémiai fokok egyenértékűségét tűzték ki.

Angliában a felsőház elfogadta a javaslatot, hogy Londonban oktató egyetemet alapítsanak.

A budapesti általános poliklinikát márczius hóban 2428 új beteg kereste fel; az összes rendelkezések száma 12351 volt. A laboratóriumban 42 vizsgálat végeztetett.

Megjelent: *Magyarország orvosainak évkönyve*, VIII. évfolyam. Kiadta a „Petőfi“ magyar központi kiadó-vállalat. Ára 3 forint.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitérő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kívánatra prospectus.

**Téli kúra** reumatikus bajok, kösvény, ischias stb. ellen a Szt. Lukács-fürdőben **Budapest.**

A szállodák és fürdők egy épületiömböt képeznek. Minden helyiség jól fűtve van. Meghülés kizárva. Kénes iszapfürdő. Külön fürdők. Douche-massage stb. Felvonó a vízben. Lift. Lakás és teljes ellátás hetenként (közepes ár 25 Ft). Prospectust küld az igazgatóság.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XII. rendes ülés 1898. márczius hó 26-dikán.) 183. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 185.

## Budapesti kir. orvosegyesület.

(XII. rendes ülés 1898. évi márczius hó 26-dikán.)

Elnök: Rákosi Béla; jegyző: Lévai József.

## Gumma vagy carcinoma a lágy szájjpadon?

**Aschner Arthur:** Az 54 éves beteg 2 hó előtt a lágy szájjpadot érdesnek érezte és midőn tükrörben megnézte, azt látta, hogy tallérnyi területnek megfelelőleg a nyálkahártya elszínesedett, mely helynek megfelelőleg rövid idő múlva fekély keletkezett, mely azóta a mély felé terjedt. Ezen bajával sebészhez fordult, ki carcinomát kórismézett és műtétet ajánlott. Miután a beteg ebbe bele nem egyezett, tanácsomat kérte, a midőn is következőket találtam nála. A lágy szájjpad jobb szögletében tallérnyi töleszerű anyagvesztés látható, mely élesen határolt, finom szegélylyel körzött, alapja finom granulációkkal ellátott, a nyálkahártya többi része ép. A beteg sem spontán, sem érintésre fájdalmat nem érez. A nyaki mirigyek rendesek. A köztakarón a csontrendszerben és a belső szervekben elváltozásokat nem találtam. Azon kérdés döntendő el tehát, mi ezen szétesési folyamat. A szájjpabeli fekélyesedések gyakran igen nagy diagnostikai nehézségeket okoznak és következő három folyamat között kell az elkülönítő kórismét csinálni és pedig tuberculosis, carcinoma és gumma között. A tuberculosis jelen esetben kizárható, miután az egyén nem terhelt és a többi szervekben sem található tuberculosis. Beteg, ki 54 éves és korához képest erőteljes ember, eddig mindig egészséges volt; csak 18 éves korában sankert szerzett, melyet bubo is követett; vajjon a sankert secundaer tünetek is követték-e, erről a betegnek tudomása nincsen. Miután a tuberculosis kizárható, hátramarad a carcinoma és a gumma. És e kettő között a megkülönböztetés ténylen esetben nehéz, mert az elváltozások nem olyan jellegzetesek, hogy az egyiket vagy a másikat biztosan kizárhassuk. Megnehezíti ezt még azon körülmény is, hogy a betegnél jelenleg más luetikus elváltozásokat nem találunk, és ha a beteg a secundaer tüneteket tagadja is, ez nem zárná ki még a gummat, mert akárhánny beteg van, a kikkél a secundaer tünetek oly enyhék voltak, hogy ezek figyelmünket elkerülték. Beteg 10 évvel sankerje után megnősült, neje 12 gyermeket szült, ezek közül 5 él, a többi, különösen az első, eclampsziában haltak el 1—1½ éves korban. Mindezek dacára hajlandóbb vagyok jelen esetben gummát kórismézni és pedig következő okoknál fogva. A fekély élesen határolt, finom szélű, nem fájdalmas, a nyaki mirigyek rendesek, míg ellenben carcinománál azontendia létezik, hogy a folyamat diffuse a szövetekbe terjed, szélei felhánytak, keményen beszűrődtek, a legtöbb esetben igen fájdalmas és a nyaki mirigyek jellegzetesen elváltoznak. Különben az antiluetikus kúra a kórisme helyességét vagy helytelenségét igazolni fogja, a miről adandó alkalommal beszámolok.

**Justus Jakob:** A beteget ismeri, mert a dermatologusoknál is bemutatattott és az ott kifejtett vitában a hozzászólók nagyobb része epithelioma mellett nyilatkozott. Szólok sem tartja luesnek, mert a gummák mire kitörnek, a fekély nagyobb, a nyálkahártyát maguk előtt tolják, jelentékeny infiltrációt okoznak a környéken, míg ennek kiterjedése alig kiemelkedő szegélylyel bír. Felületen lueses elváltozás a nyálkahártyán, egymagában, miként a bőrön, nem szokott előfordulni, mert rendszeren többszörösen jelentkezik és ha egy lueses fekély van, az többnek összefolyásából keletkezik.

Hogy alképlet vagy syphilis-e, azt a szövettani vizsgálat fogja eldönteni.

## Vesekiirtás darabokban.

**Dollinger Gyula:** A 34 éves nőbeteg 1895. év őszén a bal hypochondriumja alatt egy gyermekfej mekkoraságú daganatot vett észre, a mely neki a hátára és a jobb czombjára leterjedő fájdalmakat okozott, és a melylyel 1897 őszén *Korányi* tanár klinikáját kereste fel, a honnan műtét végett *Dollinger* klinikájára helyeztetett át. A gyermekfej mekkoraságú daganat a has jobb felében, a bordaívek alsó szélétől le a csípőtarajig, balfelé a középvonalon túl a bal parasternalis vonal meghosszabbításáig terjedt és oldalt a jobb lumbalis tájékat egészen kitöltötte, a légzési mozgásokat alig kísérte, mindenfelé élesen határolt, felül és alul sima, középen dudoros, mindenhol majdnem porakemény, alig fájdalmas, csak vízintesen mozdítható, bimanualis vizsgálatnál pedig szabadon balottálható volt. A vizelet 24 órai mennyisége 900 cm<sup>3</sup>, vegyhatása alji, benne sok genyes üledék és nyák. A beteg hőmérséklete reggel 36.5, este 37.6—37.8<sup>o</sup> körül. Daczára annak, hogy renély tünetek vesedaganat mellett szözlottak, a mely mellett hólyaghurut vagy pyelitis áll fenn: a cystoscopikus vizsgálat kétségtelemné tette a jobb oldali pyelitis kórisméjét. A mig ugyanis a cystoscopikus vizsgálat alatt a bal ureterből egészen tiszta vizelet ömlött, addig a jobboldali sűrű halványsárga genyedés folyt ki, a mely a hólyagban egyideig megtartotta az ureter lenyomatának alakját, mignem a cystoscop egy kis mozdulatánál széjjelfolyt és a hólyag tartalmát zavarossá tette. Hogy a bal vese funkcióképessége iránt tiszta képet alkot-

sunk, a két vese vizeletét külön-külön kellett felfognunk. Az e czélra szolgáló módszerek közül a Neumann-félet választotta. Az eszköz, a melyet Neumann e czélra szerkesztett, egy női cateterszerű meghajlott cső, a mely egész hosszában végigvonuló függőleges választófal által egy jobb és bal félre osztatik, a hólyagon kívül maradó vége ketté ágazik és e két cső mindegyikére akasztott epruvettába fogjuk fel a vizeletet. A függőleges választófal a csőnek a hólyagba vezetett részén túl 4 cm. nyire folytatódik. Az eszköz homorú hajlásával mellfelé vezetetik a hólyagba, a vizsgáló jobb kézzel fogja az eszközt, a bal mutatóujját pedig a hüvelybe dugja és vele az eszközt illetőleg a választó falat a symphysis hátulsó falához nyomja, a mi által a hólyag egy jobb és egy bal félre osztatik, a melyek mindegyikébe egy ureter nyilik, az ureterek váladéka így elkülönítve foly ki a két csőre akasztott epruvettába. Ezen esetben a bal epruvettában 6 percz alatt 2 cm. folyt ki, míg a jobboldali cső megtelt sűrű világos-sárga genyedéssel. A vizelet vizsgálat végett átadatott *Korányi Sándor* tanárnak. *Dollinger* 1897. december 11-dikén nephrotomiát végzett a betegnél. A vese kérge kötőszöveti elváltozást szenvedett és nagyon kemény volt, a kelyhek ki voltak tágitva, bennük sok geny találtatott, kö nem volt jelen. A sebte drainsó tétetett. A vese következő hetekben teriméjének felére kisebbedett, de a genyedés folyton tartott és azért folyó év január hó 28-dikán *Dollinger* secundaer vesekiirtást végzett. A kiválasztás a zsirtokból az erős összenövések miatt nem sikerült és ugyanezen okból nem sikerült az intracapsularis kiirtása sem. Miután a kifejtési kísérlet alatt a májfelé megszakadt a hashártya és kitünt, hogy erős összenövések vannak a vastagbéllel és a vesevérényeket egy erős hógómegeg veszi körül, *Dollinger* elhatározta, hogy a vesét darabokban távolítja el — amorcelement — és a vesét hosszában kettészelve darabokban kimetszette, az ellágyult pyramisokat pedig kanállal kikaparta. Az erős heget, a mely a vesevérényektől a vena cava ascendens és az aorta felé húzódtott, meghagyta, egynehány kisebb véredényt, a melyet e hegben megfogott, de annak keménysége miatt lekötöni nem tudott pince-szel, comprimált és a pinceket rajtuk hagyta. Ezeket harmadnap távolította el. A sebüreget organtinnal kitömve, nyiltan kezelte. A további lefolyás zavartalan volt, a beteg jelenleg kitünően jól néz ki, teljesen egészséges. A seb helyén sarjadzó kis hámnélküli hely van.

*Korányi Sándor:* A bemutatott esetben a cystoskopia és a két ureterből kifolyó váladéknak külön felfogása azt bizonyították, hogy a bal vese qualitative ép vizeletet szolgáltat, míg a jobboldali sűrű geny ürül ki. A jobb vesének kiirtása előtt azonban ez a lelet még nem adhatott teljes megnyugvást a bal vese vicariáló képessége felől. A két évnél régebben fennálló genyedés a bal vesében valami degeneratióhoz vezetett volna: amyloidhoz, zsiros degeneratióhoz és ezek mellett, valamint a bal vesében fennálló esetleges zsugorodó folyamat mellett a qualitative épnek látszó vizelet daczára beállhatott volna a jobb vese kiirtása után az uraemia. Azért a bal vese működési képességének megállapítására a betegnél más eljárások igénybevétele is szükséges volt. A beteg vérenek vizsgálata azt mutatta, hogy fagypontsülyedés (a normalis 0.56<sup>o</sup> helyett 0.68<sup>o</sup>) volt, a miből, miután jelekenyebb fokú légzési elégtelenség jelei és okai nem állottak fenn, az ezen elváltozás létrehozásában szereplő másik okra: a vesék elégtelen működésére kellett következtetni. Miután egy ép vese is elegendő a szervezet szükségleteinek fedezésére, ebből az következett, hogy a beteg jobb vese mellett a bal vese sem működött tökéletesen. Elégtelen működésének okát képezhetette volna valami degeneratio. Ezt azonban kizárta a vizelet normalis, a középértéket is felülmuló, 1.80<sup>o</sup>-ot kitevő fagypontsülyedése. Ennek az összevetése a vér fagypontsülyedésével azt mutatta, hogy a bal vesének a hámjá mintegy 137 méter magas vízszlop nyomását volna képes kibírni, tehát ép. A hámnak valószínűleg normalis területe mellett szözlott, hogy a 24 óra alatt kiürített szilárd anyagok konyhasó egyenértéke a normalis minimumot jóval felülmuló 33 grammot érte el. Ilyen körülmények közt azt kellett felvenni, hogy a bal vese boncztanilag ép. Ha ennek daczára elégtelen volt a vese működés, a mint az a vér fagypontsülyedésének nagyságából következett, ennek okát többek közt az ép bal vese vérkeringésének rendellenes volta képezhetette. Ezen felvétel mellett több jel szölt. A jobb vese annyira meg volt nagyobbodva, hogy a hasüreghelyi nyomás növekedése folytán a diaphragmát felemelte: a szívcsúcslökés egy bordaközéssel magasabban találtatott. A mellkas szívó hatásának csökkenése a hasi nyomás növekedése mellett elég lehetett a hasúri vérkeringés kedvezőtlen befolyásolására. E mellett a nagy daganat a boncztani szomszédsági viszonyoknál fogva is dislocálhatta a vena cavát, a bal vena renalist és így is hathatott a bal vese keringésére. Azon kívül, hogy a rendellenes keringésre okot lehetett találni, a vizelet vizsgálata azt mutatta, hogy annak fagyponjtját elosztva konyhasótartalmával, 1.87, a pengési vesének megfelelő szám nyerhető. Tehát a teljes diagnosis úgy hangzott, hogy a bal vese ép, keringése azonban zavart, és előrelátszólag a műtét után működése javulni fog. A műtét után a vér fagyponjtja tényleg 0.58<sup>o</sup>-ra változott, a fagyponjt és a konyhasótartalom hányadosa a vizeletben 1.49-re csökkent, és a 24 óra alatt



kiürült szilárd anyagok konyhasó egyenértéke majdnem 44 grammra emelkedett. A felállított prognózis tehát tökéletesen bevált.

**Taufer Vilmos:** Szólok magam is küzködött a fenforgó nehéz kérdésekkel. A ki ezen kérdés előtt valaha állt, hogy helyes, jogosult és gyógyulásra kilátást nyújtó-e az egyik vese kiirtása, tudja méltányolni azt, hogy a diagnózis megállapítható legyen. Így azon küzdelem közepette, melyet e kérdésben folytatott, azon szép képet, melyet Dollinger lerajzolt, szólok magam is látta. Fontos azon örvény, melyet Dollinger jelezett és mutatja az egyik vesének állapotát. Kiváló érdekel bir azonban az objectív bizonyítás is, melyet Dollinger demonstrált a bemutatott szép műszerrel, melyet kipróbálni szólok magam is látta. Aggályai voltak szólok magam is látta, hogy két félre osztja a hólyagot, kevésbé exquisit esetben a diagnózis képes-e eldönteni. Dollinger a diagnózist előbb cystoscoppal megállapította és ezen műszerrel beigazolta. Csak kételyei vannak az iránt, hogy ezen durván beállítható műszer pontos eredményt adhat-e? Kétségtelen, hogy használatra hív fel és élni kell vele.

Dollinger csak utalt az eddig használt eszközökre az egyes vesék állapotának eldöntésére vonatkozólag; pl. az ureter lekötését említette, mely hivatott arra, hogy fontos esetben a diagnózist determinálja. Egy esetben, melyet Korányi Sándor vizsgált, szintén az ureter ki volt varrva a hassebbe és így a két vese különválasztott működésének minőségét nagy praecisítással lehetett ellenőrizni. Ez az eset egyike volt ama háromnak, melyről Korányi előbb szólt és az ő módszerének ezen eset is tiszteletet szerez, mert a fagyasztási módszer szép és megbízható eredményeket ad.

Az eset sebészi kezelésére tesz még néhány megjegyzést. Egy alkalommal szólok súlyt fektetett Favre freiburgi experimentumaira, melyeket a Virchow-archívum közölt. Favre az eclampsia tanulmányozása céljából az egyik vese kiirtása által megterhelte a másik vesét, hogy így mérgezési tüneteket kapjon az állat, eclampiát. Ennek kapcsán azután a vese kiirtásának szélesebb körébe is betekintett és értékes adatokat adott a tudományunk a kétidejű vese kiirtásra vonatkozólag.

Kétségtelen, hogy egyoldali vesemegbetegedésnél (pl. pyelitisnél), ha nephrotomiát csinálunk és a nem gyógyuló vesét utóbb kiirtjuk, sokkal kedvezőbb eredményeket nyerünk. Favre előtt nem tudtuk ennek okát. Favre óta tudjuk, hogy időt adunk a vesének sorvadási folyamatra, mely alatt a másik vese a vicariáló működésre reá szokik. Szólok az előbb említett esetben úgy akarta a másik vesére háritani a összes funkciót, hogy lekötötte a kivart uretert, de ez physiologicce nem sok eredményre vezetett, mert heves colica lépett fel, de a kiirtás mikéntjét illetőleg néhány physiologiai megfigyelésre vezetett.

Adott esetben az, hogy a kétidejű műtét jó út volt, a jövőre nézve is megszívlelendő körülmény.

Magára a műtétre vonatkozólag megjegyzi, hogy a nephrectomiának Dollinger bizonyos aggálylyal ment neki, t. i. a vesekürtás mikéntjét mérlegelte és mikor kérgesedett talált, az intracapsularis kifejtést kísérette meg, azután in medias res beleugrott és szakadván a veseszövet, a kényszerítő körülmények folytán járt el úgy, a mint leírta. Szólok nem nagy tapasztalatai után mondhatja, hogy ekkor nem félt volna a vérzéstől, t. i. akkor, mikor a veseszövet kérgesedett, szakadékonny és a nephrotomia alkalmával a vese kérge serezzeg, az odavezető edények majdnem obliteráltak, a vérzés meglepően csekély és csak a környező art.- és vénákból kapni vért, a hilusból alig. Így ilyen desperatus esetben az extirpation sokkal könnyebben megy, mint vártuk volna. De van egy aggályos részlete is a technikának s Dollinger említette, hogy olyan kérgesrészleteket talált, melyben nem köthette le az edényeket, hanem a csipőket behagyta. Ezzel együtt jár, hogy a vesemedenczéből és ureterből is kisebb-nagyobb részleteket behagyott; mindenünnen élénk sarjadzással megtelik az üreg, de ott marad egy mély, a vesemedenczenyílásba benyúló, mindig genyedő kis sipolyment, mert a hártvány ureterdarab nem töltetik ki granulatio által, az secernál sok nyákot, genyet producál, mely a sipolyt fentartja. Kérdi, nincs-e a betegnek ilyen sipolya? Szólok ilyen sipolylyal sokat bajlódtam.

**Dollinger Gyula:** A mikor ezen esetben odáig jutott, hogy a vesét kifejtette, nem úgy ment bele mint Taufer mondja, nem szakadt be a vese, vágni is alig lehetett és mikor nem lehetett a tokból kivenni, ketté vágta szólok és úgy vette ki a darabokat és mikor a vesének kocsányához jutott, melyet a heg képezett és abba belenyult az ureter, akkor eszébe jutottak azok a kórbonctani képek, melyeknél a kocsányt szeldelték le és belejutottak a vena cavába, mely össze volt növe a vesekocsánylyal és ki volt térítve helyéből és a különválasztás még a bonczasztalon sem sikerült. Ezért szólok örült, hogy nagyobb vérzés nélkül eddig eljutott és az ureter benyílását behagyta. Azt lehetne tenni, hogy paquetinnel megégetve sarjadzásra bírná az ureternyílást. A bemutatott esetben hosszú a sarjadzási vonal és így a sipoly jelenléte még nem constatalható.

#### Vesedaganat két esete.

**Pertik Ottó:** Dollinger tanár bemutatásának alkalmából a vesesebészettel kapcsolatos két esetet mutat be, melyek egyikét ma délben bonczolta s így jellegzetes friss készítményeket demonstrálhat.

A mai eset 53 éves nőre vonatkozik, ki 6 hónappal ezelőtt a leszakadott agygyal földre esve mindkét felső karjának közepérszében törést szenvedett. Már akkor feltűnt a trauma s annak hatása közötti nagy aránytalanság. A karok 6 hónap alatt nem gyógyultak. A törés helyén terimenagyobbodás mutatkozott, mi mellett haematuria jelentkezett. Eme kórjelenségek, kapcsolatban a jobb vesére valló tünetesportozattal, *Hülh* orvos urat vesetumor kórjelzésre bírták, a mi a mai bonczolásnál teljesen bevált.

Bonczatlanilag a klinikai diagnózist meg kellett, hogy nehezítse az a körülmény, hogy a különben harántirányban igen nagy máj jobb lebenye rendkívül hosszú, úgy hogy annak alsó vége a jobb esiptányér hátulsó harmadát tölti ki. Eme jobb lebeny lapos, sekély fűzési barázdát által nyolczasszerű nyakkal megy át a jobb lebeny főtömegébe s így tapintásnál magam is vesetumornak imponálhatott. A máj terimenagyobbodását különben pangás és crös zsíros infiltratio okozta.

A jobb lebeny mögött fekszik a fél emberfejnyi vesetumor, mely lebenyzetes, különböző nagyságú gömbszelvényekből összetett, puha és több helyütt fluctuáló. A tok sehol át nem tört. A tumor alsó végén a normalis vesének mintegy egy harmadrésze változatlanul van meg. A vena renalis, cava és ureter szabad, ellenben a vesemedencze tágnul és benne a csapszerűen beburjánzó tumorszövet szabadon fekszik.

A hólyag igen tágnul, benne egy liternyi borseprő-piros, zavaros vizelet, a mely szürkés sárga üledéket ad. Ezen üledékben görcsölleg 50–60, sőt több száz sejtből álló ezafatok mutatkoznak, a sejtek epithelialis, normalis sejtektől hólyagszerű magvuk és protoplasmájuk zsíros el-fajulása által különböznek és magukban véve is vesetumor gyanuját keltik. A gyakorlott észlelő bizonyos valószínűséggel a sejtekből epithelialis tumort képes kórismézni, habár vese és hólyagtumoroknak a vizelethöz való felismerése tudvalevően csak ritkán, főleg bolyhos daganatok boholytörmelekeiből, de nem izolált sejtekből kórismézhető. Jelen esetben nem is izolált sejtek, hanem sejtesoportok forogtak fenn.

A második körülmény, a mi ezen tumort tanulságossá teszi, az a sokszoros metastasis, melyeket az összes nyirokmirigyekben, tüdőben és az összes esontrendszerben létesített, mert a primaer vesetumorok tudvalevőleg éppen az áttételeknek ritkasága által tűnnek ki. Eme áttételek még veserákoknál is gyakrabban történnek a vér, mint a nyirokpályák útján, a mennyiben a lágy tumor sokszor tör be a vesevisszérbe, sőt a vena cava inferiorba és így a gazdag tüdőbeli áttételek elmaradhatatlanok. Jelen esetben azonban az áttételek a nyirokpályák útján történtek. A hátsó gátorbéli, bronchialis, trachealis, az összes felső gátorbéli és a bal supraclavicularis nyirokmirigyek egészen ökönyi paquetekké alakultak; mindannyian lágyak, velősek, a metszalon majdnem szétfolyók, szürkés-pirosak, valóban a gyermek agyvelejéhez hasonlóak.

A második rendbeli áttétel a csontokra történt. A jobb femur diaphysisében, a III. ágyékcsigolya egész testében, mindkét felkarsont diaphysisében, különösen az utóbbiakban óriási góczok.

A mellkas és nyakbeli nyirokmirigyek teljes velős rákos elfajulása a tüdőben azt a ritka és érdekes áttételei alakot vonta maga után, a mely a *retograd-metastasis* neve alatt ismeretes. A tüdők felületén, közvetlenül a pleura alatt fekvő nyirokpályák tágnultak, szürkés-fehér rákos massával majdnem idealisan injiciáltak, úgy hogy szebben mester-séges injectio által sem láthatók.

Mi módon jöttek létre eme nyirokpályák rákos injectiói?

Ismeretes, hogy a retrograd-metastasisnak lényege abban áll, hogy az áttétel *véráram vagy nyirokárammal éppen ellenkező irányban történik*. A vérpályák útján efféle áttétel ritkább, mint a nyirokpályabeli. Legismertebb volt a régi chirurgiában azon ma felelt ritkán észlelhető eset, midőn a *fejsebzésekhez másodlagos májtályogok szegődtek*, a mely jelenségnek magyarázatát *Cruveilhier* higany-experimentumai adták, a midőn a nyaki visszerekbe vezetett higany, a felső üreges visszérben, a jobb pitvaron és az alsó üreges visszérben át az utóbbiba szájadzó májvisszerekben jelent meg. Ugyanaz az útja a fejsebzések után a májban mutatkozó ilyen metastasisoknak, a minőket a mai aseptikus chirurgia időszakában a kórbonczok alig lát.

A *nyirokpályabeli retrograd-metastasisok* létrejönnek mindazon esetekben, a midőn a nyirokpályák a nyirokáram rendes irányában vannak eldugaszolva. *Gyomorrák vagy epehólyagrák* után a mély lumbalis, a medencebéli, sőt az inguinalis mirigyek másodlagos rákja csak a gastrikus, portalis nyirokpályák vagy a ductus thoracicus előremenő teljes rákos elzáródása után létesül. Eppen úgy a *tüdőben*, melyekből jövő nyirokáram a bronchialis és trachealis mirigyben át halad, úgy hogy ha ezek rákos burjánzás által teljesen eltömve lettek, a pangó nyirokáram irányt cserél és a periphéria felé viszi az elfajult mirigyekből a rákos sejteket, a melyek ilyen módon a nyirokreze telődését okozzák. Adott esetben a subpleuralis nyirokpályákon kívül még a bal conus arteriosus és a szív melleső felszínének subepicardialis nyirokpályái is tökéletes telődést mutattak.

Klinikailag felemlítésre érdemes azon ismert tény, hogy adott esetben a bal supraclavicularis nyirokmirigyek is a lesóványodott egyéneknél könnyen kitapintható, kis almamekkorású paqueté alakultak, a mely az abdominalis tumorok rosszindulatúságának ismert klinikai fontosságú symptomája, mert az abdomenből jövő nyirok, mielőtt a ductuson át a bal kulescsontvisszérbe ömlik, e tájon egy-néhány nyirok-mirigyben foly keresztül, a melyek ily módon annak ráksejtes elemeit megszürik s így az elfajulás körébe vonatnak.

Az áttételek második, a *csontokat* illető sorozata ép oly nehezen értelmezhető, mint azon jelenség, hogy nőnél az emlő rostrákja, férfinnál a prostata elsődleges rákja szokott maga után vonni az egész esontrendszerre kiterjedő, néha több százra rúgó metastaticus góczot. Itt a valószínű magyarázat az experimentális zinober szemcsék, vagy a malaria producálta festenszemcsék lerakódásának módusában látszik feküdni, melyek tudvalevően azon szervekben halmozódnak fel, a melyek hajszálaiknak tágas volta s így a véráram lassúbodása által tűnnek ki, azaz máj, lép, esontvelő és nyirokmirigyekben.

A bemutatott második eset 39 éves férfira vonatkozik, a hol a majdnem emberfejnyi vesetumor a vese configuratióját szintén megtartotta,



tokját át nem törte, mint a vese tumorok általában, diffuse a szomszéd-ságba nem burjánzott.

Mindkét esetben az ép vese mérsékelt potló túltengésben volt; kevésbé az első esetben, hol a vese polusán jókora ép vesemaradék volt. Ezen és hozzá hasonló számos tapasztalás alapján azt kell tehát mondanunk, hogy a roncsolás lassú folyamata melyet egyik vesén akár lob akár sorvadás vagy tumor eszközöl, elégséges időt a l arra, hogy a másik ép vese a funkciót átvegye s compensatio képesen túltengessen.

#### Adatok a hydrops articulorum intermittens kór- s gyógytanához.

**Weisz Ede:** Előadónak tárgyát *Fürbringer* tanár által Pös'yénbe küldött egyik beteg esete képezi. A beteg 5 év előtt gonorrhoeikus ízületi bántalom ment vala keresztül. Egy évvel rá nagy záporosó alkalmával megázván, újból megbetegedett. Vizsgálatnál a dagadt boka-izületek mellett a nagy mérvben dagadt hullámzó térdek lépnek előtérbe. Ezek a beteg kimondása szerint meghatározott s ennélfogva előre-jelvezhető időközökben váltakozva dagadnak s apadnak. A térdek dagadály- s apályáról a napi méréseket feltüntető görbék, melyeket előadó bemutat, élénk képet nyújtanak. Előadó a térdeken 6 héten belül majdnem 7 cm.-nyi végletek közt mozgó ingadozásokat észlelt. Négy egymásután következő periodust előadó részletesen taglal; ezek 5, 11, 7 és 10 napig tartottak 4, 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 2 és 3 cm. maximalis ingadozás-sal, a föl- s lejjebb szállás majd lassabb majd gyorsabb menetével. A *hydrops articulorum intermittens typikus esetében is törvényszerű szabályszerűségről szó nincsen.* Kiténik ez különösen egyik tabellából, mely naponként 5-ször végzett méréseket tüntet fel: a térdek némely napon néhány rövid órán belül 2, 3 s több cm.-nyi ingadozáson mentek keresztül. Ily értelemben az elsődleges intermissiók másodlagos remis-siókkal lehetnek keresztül szöve. *A mi a bántalom nomenclaturáját illeti, előadó általános elnevezésnek remittáló ízületi bántalom kifejezést ajánlja, egyik válfajnak a hydrops intermittens volna tekinthető. A fogalom ilyenmő kibővítése nemesak azért látszik szükségesnek, mert az irodalomban között esetek némelyikében hydrops helyett egyszerű daganat s periodicitas helyett rontetlen visszaesések találhatók, hanem azért is, mert a kórtanban intermissio alatt szabályszerű időszakosságot szoktunk érteni, azonkívül a rendeshez való visszatérést is, mely utóbbi jelenség az esetek nagy számánál szintén hiányzik. Tünettaniilag említendő, hogy az esetek túlnyomó számában sem általános lázas jelenség, sem helybeli lobtünet nem volt jelen. Túlnyomólag a térdizület szokott megbetegedni, hol egy-, hol kétoldalilag. Néha a térd megbetege-dése más izületek meglevő bántalmához társult, vagy fordítva. A meg-betegedésből kizárva egyetlen egy izület sincsen. A rohamok s idő-közök tartama rendkívül változó lehet, néhány órányi egész több hetes tartammal. A kórjósolat quoad vitam jó, a helybeli folyamat gyógyulását illetőleg azonban igen rossz, már a javulás is ritkaság számba megy.*

*Gyógyítás* céljából a különböző eseteknél alkalmazásba jött: a centralis s peripherikus villanyozás minden formája, hideg borogatás, különböző meleg fürdők, douché-ok, ma-sage, jodtinctura, nyomó-, víz-üveg s gypskötés, ágybani nyugalom, vesicatorok, jodcsetelés; belsőleg: jod, vas, ergotin, arsen, chinin, salicyl; sebészileg: punctio, carbolsav befecskendése s egy esetben — sikerrel — a szomszédos osteomyeli-tikus góczok eltávolítása. Látszólag legtöbbet hatott még első sorban az arsen, másodsorban a chinin. Előadó betegénél a 32—34 fokú *pös-tyéni iszapfürdők* segítségével sikerült a térdeknek teriméjét fokozatosan lenyomni, a betegnél rendszeresen fellépő rázó hidegek Pöstyében szintén kimaradtak, de a megbetegedés intermittens jellege fenmaradt. Előadó tanácsára a beteg azután otthon a *vizelvonást* kísérlette, a hydrops felszívódását elősegítendő, s tényleg a térdek azóta a mini-malis állandó határon túl nem emelkedtek. *A mi a megbetegedés kóroka-it illeti, az észleletek s hypothesisok főleg kétféle irányban, a fertőző bacte-riumos s ideges alapon mozognak.* Úgy az egyik mint a másik felvétel segítségével lehet időszakos tünetenyeket magyarázunk. Példák erre egyfelől a menstruatio és periodikus ideges hűdés, a vérkeringés meg lézés rythmusa, az epilepsia stb., másfelől a malaria, a febris re-currens stb. Az ideges megfertőző alap között mint harmadika *traumatikus okozat* tűnik fel. A kórokbeli ellentétes nézeteket előadó azon felvétellel véli áthidalhatni, mely szerint az intermittens ízületi hydrops főleg ideges hajlam, nagy terhetség mellett fordul elő, s csak akkor tör ki, ha a meglevő dispositióhoz a sok lehetséges alkalmi ok közül (psychikus izgalom, testbeli gyengeség, fertőzés, trauma stb.) valamelyik hozzájárul. Az iro-dalomban előadó 51 esetet talált, esete e szerint mint 52-dik szerepel.

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az elhízottság viszonyáról a diabeteshez czimen tartott előadást *F. Hirschfeld*, a „Berliner medizinische Gesellschaft“ december 1-jén tartott ülésén. Noorden szerint elhízott emberek egy nem csekély szá-mánál 100 gramm czukor felvétele után transitorius glycosuria jelent-kezik; az ilyen egyének közül némelyik később diabetikussá lesz. Előadó három elhízott diabetikusnál azt találta, hogy a czukor már mérsékelt soványító kúra mellett is, és a nélkül, hogy az amyloaceák eltávolításának, a vizelethől rövid idő alatt eltűnik. A kúra abból állott, hogy az előbbi 300 gramm szénhydrat helyett csak 100 grammot kapott a beteg, ezenkívül a fenntartáshoz szükséges táplálékknak csak 50%-a engedtetett meg a sok testmozgásra utalt betegnek. Előadó szerint a traumatikus neurosisoknál észlelhető diabetes is oly módon keletkezik,

hogy az alapbetegség miatt sok a testi nyugalom, a táplálkozás pedig túlságosan bőséges.

Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Hansemann* pankreas-lipomatosis 4 készítményét demonstrálta; a pankreas-állomány atrophikus volt; a készítmények diabetesben szenvedett egyénekből származtak. *Hirschfeld* pedig egy esetét említi fel, melyben a pankreas nagyfokú pusztulása mellett a diabetes eltűnt.

A femur egy sajtáságos daganatát mutatta be *Goebel* a greifs-waldi orvosegyület január 8-diki ülésén. A femur diaphysisében szé-kelő, 7 cm. átmérőjű, golyóalakú daganat egy izben már a femur töréséhez vezetett. A csonttörés meggyógyulása után fél év múlva újra eltört a femur és két év alatt nem is forrott össze. A daganatot a perioszta átmenő kötőszöveti tok burkolja. Mikroszkop alatt a daganat a glandula thyroidea szerkezetét mutatja: egyrétegű kőbös vagy hengeres epithellel bélelt üregekből áll, melyek colloïd anyaggal vannak megtöltve. A beteg pajzsmirigye kissé meg volt nagyobbodva s azért bemutató azt hiszi, hogy a femur daganata tulajdonképen struma-metastasis. Egy másik kisebb (1:3 mm) metastasis ugyanazon csont velő-jében találtatott.

Méhenbelüli pneumococcus-fertőzés egy esetét ismertette *Delestre* a „Société de biologie“ február 5-dikén tartott ülésén. A 7. hónapban terhes nőt comatosus állapotban, baloldali hemiplegiával hozták a Beaujon-szülőházba, a hol egy élő gyermek világrahozása után csak-hamar meghalt. A gyermek 3 naps korában pusztult el gőresök között. Boncoláskor az anyánál kétoldali pleuropneumoniát találtak, továbbá pneumococcusokozta meningitis; a gyermeknél a jobb tüdő alapja volt lobosan beszűrődve, ezenkívül pedig meningitis is volt jelen. A gyermek véreben, liquor cerebro-spinalisában, pericardialis folyadékában, tüdejé-ben, májában és lépében a Talamon-Fraenkel-féle pneumococcus volt kimutatható.

### PÁLYÁZATOK.

879/898. szám.

Az üresedésbe jött torozzkói és offenbányai körorvosi állásokra ezen-nel pályázatot nyitok.

- I. A torozzkói körorvosi kórhöz tartozik 14 község Torozzkó székhelyvel. Javadalmazás:
  1. 645 frt évi fizetés.
  2. 100 frt lakbér.
  3. 100 frt úti átalány.
- II. Látogatási díj és orvosi rendelvény lakásán nappal 30 kr., éjjel 60 kr.; lakásán kívül nappal 50 kr., éjjel 1 frt.
- III. Köteles Torozskón a húsvizsgálatot és halottkémlést a meghatározott díj mellett végezni.
- IV. Szegényeket ingyen gyógykezelné.
- V. Offenbányai körorvosi kórhöz tartozik 11 község Offenbánya székhelyvel. Javadalmazás:
  1. 500 frt évi fizetés.
  2. 100 frt úti átalány.
  3. 80 frt fizetés a bányakincstártól.
  4. A bányateleptől ideiglenesen ingyen tisztességes úri lakás.

40 kr. és fuvar. 5. Látogatási díj és orvosi rendelvényért lakásán 20 kr., lakásán kívül 40 kr. 6. Köteles Offenbányán a húsvizsgálatot és halottkémlést a meghatározott díjért végezni.

7. Szegényeket ingyen gyógykezelné. Ezen körben a községek 200 frt fizetésfelelőtlését határoztak el, az e részben hozott határozatok felsőbb jóváhagyás alá terjesztettek.

Felhívom mindazokat, a kik a körorvosi állások valamelyikét elnyerni óhajtnak, hogy pályázati kérvényeiket az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ának megfelelőleg felszerelve hozzám f. évi április hó 24-dikéig annyival bizonyosabban adják be, mivel ezen idő után érkezettek figyelembe nem vétetnek.

A választás a torozzkói körorvosi állásra névze Torozskón 1898. április hó 25-dikén d. e. 10 órakor, az offenbányai körorvosi állásra névze Offenbányán 1898. április hó 27-dikén d. e. 10 órakor a község házában fog megtartatni.

T o r o z k ó, 1898. évi márczius hó 26-dikán.

*Asztalos Gábor*, főszoigabíró.

2465/898. ki. szám.

A Baranyavármegye, mohácsi járásába bekebelezett Maiss községben rend-szeresített és lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra ezennel újra pályázatot hirdetek.

A javadalmazás évi 500 frt fizetés; az orvos lakásán adott tanácsért és segélyért vénynyel együtt 30 krnyi; a község határában nappali látogatásért vény-nyel együtt 50 krnyi; éjjeli látogatásért vénynyel együtt 80 krnyi; halottkémlésért 30 krnyi díj szedhető; 7 éven aluli gyermekek után e díjknak fele jár, mégis az orvos lakásán csakis 30 kr.; nagyobb sebészeti műtétekért a felekkel való egyez-szerint díjaztatik.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy erkölcsi bizonyítvánnyal, az 1888. évi I. t.-cz. 9. §-ában megszabott orvostudori oklevéllel felszerelt kérvényeiket hozzám f. é. április hó 22-dikéig bezárólag, a mennyiben szolgálatban vannak, fölöttes hatóságaiqk útján, különben közvetlenül adják be.

A választást f. é. április hó 26-ik napjának d. e. 9 órájkor fogom Maiss községben, a község házában megejtetni.

M o h á c s, 1898. évi márczius hó 17-dikén.

*Szinkovich Károly*, főszoigabíró.

9341/1898. sz.

A megnyitandó 12 ágygyal felszerelt erdődi községi kórháznál rendszere-sített 200 frt, azaz kétfélszáz forint évi fizetés és természetbeni lakással javadal-mazott vezető orvosi állásra pályázatot nyitattik.

A pályázati kérvények f. évi április hó 25-dikéig alant írotthoz bekülden-dők, a később érkezett pályázatok figyelembe nem vétetnek.

N.-K á r o l y, 1898. évi április hó 2-dikán.

*Nagy, alispán.*



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Déri Henrik: Subluxatio unilaterialis vertebrae quintae colli. 186. l.  
Bálint Rezső: Közlemény az „Erzsébet“-szegényház idegészvettani dolgozójából.  
Rendelő orvos: Schaffer Károly dr. egyetemi m. tanár. Az agyvelő fejlődési rendellenességének egy esetéről. 187. l.  
Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról.  
(Kétly Károly tanár.) A Basedow-kórról. 189. l.  
Tárca. † Stricker Salamon, 190. l. — *Fanzler Lajos*: Thurzófűredről — Japánba! 191. l.  
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Lang E.*: Der Lupus und dessen operative Be-

handlung. 192. l. — *Lapszemle. Munk*: Spontan gangraena egy esete. — *Kromayer*: A jodoformogenről. — *Bourdette*: A nyelv rendkívüli mozgékonyágának esete. — *Stutter*: A toxikus hangtalanságról. — *Stankovszky*: A gégevizényő gyógyítása. 193. l.

Hetiszemle és vegyesek. Budapest székes főváros közegészségi állapota 1898. február hóban. — A főváros egészsége. — Kitételek. — A közegészségügyi tanács új tagjai. — Megjelent. — Új folyóirat. — Az aranyos-maróthi vármegyei közkórháznak kimutatása. — Máramaros vármegye közkórházának kimutatása. — A berlini egyetem. — Reiniger, Gebert & Schall. — A pozsonyi vizgyógyintézet. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. 194. l. Pályázatok. — Hirdetések.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

#### Subluxatio unilaterialis vertebrae quintae colli.

Déri Henrik dr. járási orvostól Szarvason.

A nyakcsigolya ficzama oly ritkán észlelhető, hogy a ficzammal együtt járó, legtöbbször az életet veszélyeztető körülmények és a kezelés körüli nehézségeken kívül, már ritkasága is indokoltta teszi az ilyen eset ismertetését.

Legjobban bizonyítják az idevágó esetek ritkaságát Blasius<sup>1</sup>,<sup>2</sup> adatai, melyek szerint Halleban 36 év alatt két, Bonnban 38 év alatt egy nyakcsigolyaficzam észleltetett. Gurlt és Malgaigne<sup>3</sup> adatai szerint 492 friss ficzam közül egy, Krönlein a berlini sebészi kórodán összegyűjtött 400 friss ficzama közül szintén egy nyakcsigolyaficzam volt, a mi megegyezik Lossen<sup>4</sup> adataival, melyek szerint az összes ficzamak 0.2%-a jut a nyak csigolyáira. Az „Orvosi Hetilap“ utolsó 7 évfolyamát átnéztem, de nyakcsigolya ficzamáról csak egy referatumban van szó, melyet Farkas László dr.<sup>5</sup> főorvos úr az 1894. évi lyoni sebészi congressusról irt, hol az esetet Sieur mutatta be. Sieur-nek ez ügyben hozzám intézett leveléből tudom, hogy bár most nagyobb betegállomány áll rendelkezésére (Professeur Agrégé az École du Val de-Graceban) nyakcsigolya ficzamat az említett egy eseten kívül nem észlelt. Hogy 1890 előtt lett e nálunk ilyen eset ismeretve, arról, mint vidéki orvosnak, kinek csak saját könyvtára áll rendelkezésre, nincs tudomásom, mert sem az „Orvosi Hetilap“ említett évfolyamaiban, sem magyar tankönyveimben erre nézve adatot nem találtam.

Bár Schupke,<sup>6</sup> Geist,<sup>7</sup> Guerin,<sup>8</sup> Schlaepfer,<sup>9</sup> Bouisson,<sup>10</sup> Baarslag<sup>11</sup> és Hass<sup>12</sup> eseteiben a ficzam a felső négy nyaki csigolya egyikén észleltetett, mégis úgy Wernher<sup>13</sup> mint Blasius adatai egyeznek arra nézve, hogy leggyakoribb a ficzam az V. és VI. nyaki csigolyán. Wernher 39 esete közül 21-szer, Blasius 84 esete közül 44-szer az V. és VI. nyaki csigolya között észleltetett a ficzam. Ennek okát E. H. Weber<sup>14</sup> az e csigolyákat összekötő szalagok lazaságában látja, míg ellenben Blasius azt tartja, hogy a VI. nyaki csigolya tövisnyulványa sokkal vízszintesebb lefutással bírván, mint az V. nyaki csigolya tövisnyulványa, fokozott mozgásnál igen könnyen megtörténhetik, hogy az V. nyaki csigolya tövisnyulványa beleittődik a VI. nyaki csigolya tövisnyulványába és ez által elősegíti a ficzam létrejöttét. Albert<sup>15</sup> sokkal valószínűbbnek tartja azt, hogy azért leggyakoribb az V. és VI. nyaki csigolya ficzama, mert az ezen ficzamatok előidéző külerőszak legtöbbször e csigolyák táján éri a nyakat.

Richter<sup>16</sup> és vele Buttner, Ludwig, Thilaye, Dupuytren, Dorr, Ch. Bell és Lavrence a nyaki csigolya kétoldali teljes ficzamat abszolút halálosnak tartják. Bár e nézet ma már teljesen nem osztható, minthogy azóta néhány gyógyult eset lett ismertetve, mégis Malgaigne,<sup>17</sup> Chapel,<sup>18</sup> Bobrecke,<sup>19</sup> Jaworowicz<sup>20</sup> és Kerris<sup>21</sup> esetei is a mellett bizonyítanak, hogy a nyaki csigolya kétoldali teljes ficzama vagy rögtön vagy rövidebb idő múlva halálos kimenetelű és így eredménnyel járó orvosi működésre nagyon csekély tért nyújtván, a gyakorló orvos érdeklődésére nem nagyon számíthat.

Sokkal inkább számíthat a gyakorló orvos érdeklődésére a nyaki csigolyák úgynevezett „subluxatio“-ja, mert ez esetekben a boneztani és élettani viszonyok kellő mérlegelése és helyes felismerése után, működésére hálásabb tér nyílik és több eredménnyel fog az járni.

Az V. nyaki csigolya ilyen subluxatióját észleltem egyik betegemnél, kinek kórtörténetét alább közlöm:

A múlt hó első napjainak egyikén, a kora reggeli órákban hivatam egy családhoz, hová megérkezve elmondják a szülők, hogy 16 éves leányuk reggel mosdás közben torkát akarván öblögetni, fejét hirtelen jobb felé hajlította, azóta nyaka jobb felé görbült, fejét nem tudja mozgatni és a tarkó táján fájdalmat érez. Maga a beteg az esetre vonatkozólag előadja, hogy reggel mikor felkelt, teljesen jól érezte magát; mosdás közben torkát akarván öblögetni, fejét hirtelen jobb felé hajlította, miközben arcát szintén kissé jobb felé fordította, egy reccsenést hallott, a tarkó alsó felében nagy fájdalmat érzett, egy pillanatra minden elsötétült előtte, szédülni kezdett és a mosdó asztalba kellett kapaszkodnia, nehogy elessék. Azóta nyaka abban a jobb felé hajlított helyzetben van, fejét nem tudja mozgatni; a tarkó alsó felének bal oldalán mozgás megkísérlése alkalmával nagy fájdalmat érez. A bal vállban és az egész bal felső végtagban zsibbadásról panaszkodik.

Megvizsgálván a beteget, a következőket találtam:

A jól fejlett csont-, de gyengén fejlett izomrendszerrel bíró, sovány, különben jó színben levő, de ezúttal feltűnően sápadt leánya mellkasi és hasúri szervei eltérést nem mutatnak. Hőemelkedése nincs; érlökése telt, szabályos; érzékszervei jól működnek; alsó végtagját és jobb felső végtagját jól tudja mozgatni; bal felső végtagjait is tudja ugyan mozgatni, de nem képes vele olyan erőt kifejteni mint a jobb felső végtaggal. Reflexek kiválthatók, de nem fokozottak.

A beteg nyaka erősen jobb felé görbült, úgy hogy a nyak jobb szélé homorú, bal szélé pedig domború; az állásúcs a középvonaltól kissé jobb felé tér el. Ezen állásból activ



mozgást nem képes végezni, passive azonban jobb felé még egy kiesít lehet mozgatni a fejet, bal felé azonban nem. Úgy az activ mozgás megkísérlése alkalmával, mint passiv mozgásnál a tarkó alsó felének bal oldalán heves fájdalomról panaszkodik. Az izomzat a tarkó mindkét oldalán jól érezhető; de míg a baloldali izmok feszesek és úgy mozgatás mint nyomásra fájdalmasok, addig a jobboldali izmok petyhüdtek és sem mozgatásra sem nyomásra nem fájdalmasok. A tarkó középvonala nem egyenes, hanem alsó harmadában bal felé domborulattal bíró görbe vonal.

A VII. nyaki csigolya tövisnyulványának gombjától kiinduló és a középvonal irányában felfelé haladó ujj jól érzi a VI. nyaki csigolya tövisnyulványát, de e fölött a tarkó középvonalában egy mélyedés látható, mely mélyedés bal szélén egy kiemelkedésben érezhető az V. nyaki csigolya tövisnyulványa, a tarkó képzelt egyenes középvonalától mintegy centimetryi távolban. A többi nyaki csigolya tövisnyulványa nem érezhető. A beteg száját jól tudja kinyitni; nyelése szabad, nem fájdalmas. A garat hátsó falán ujjammal elég mélyen le tudtam nyulni, de a gerincoszlopon semmiféle alakeltérést nem tudtam észrevenni. Megkísérlettem a gége és légső jobb felé tolása után, kívül a nyak oldalán a gerincoszlopot elérni, de még mielőtt sikerült volna azt elérni, a beteg ájuldozni kezdett, miért is a további vizsgálatot abbahagytam.

Első sorban tisztázandó volt azon kérdés, hogy a betegnél észlelhető tünetek mi által vannak feltételezve. Vajjon a fej hirtelen hajlítása alkalmával a nyaki csigolyák valamelyike szenvedett-e sérülést — törést vagy ficzamatot —, avagy az észlelhető tünetek a nyaki izmok hirtelen fellépett csúzos megbetegedésének a következményei.

A kórisme megállapítása bizonyos nehézségekbe ütközött, mert sem a nyaki csigolya törésének, sem ficzamatának körjelző tünetei nincsenek annyira tanulmányozva, hogy egyik tünet jelenlétéből valamely bántalomra biztosan következtetni lehetne, avagy valamely tünet hiánya miatt említett bántalmak egyike vagy másika kizárható volna. Hutchinson<sup>22</sup> és Moritz<sup>23</sup> szerint nem is szükséges törés és ficzamat között elkülönítési kórismét megállapítani, mert e bántalmak mindig együtt fordulnak elő.

A nyaki csigolya törése betegnél kizárható volt: mer törés csak nagyobb küllerőszak behatása alkalmával pl. magas helyről való leesés stb. szokott létrejönni, betegnél ily küllerőszakos behatás nem észleltetett; mert törésnél az irányától eltérített csontrészt mozgatható (legtöbbször a csigolyaív törik le a csigolyatestről) és mozgatás alkalmával crepitatio észlelhető, míg ellenben betegnél az irányától eltérített csontrészt nem volt mozgatható és crepitatio sem észleltetett; mert törésnél még a rendesnél is nagyobb a mozgathatóság, míg esetemnél a mozgás ad minimum volt reducálva; mert törésnél a gerinczagy legtöbbször megsérül és e sérülés következményi tünetei a mozgási és érzési körben (göresök, hűdések) észlelhetők, míg a betegnél észlelhető csekély érzési zavarok a bal felső végtagban és bal vállban legfeljebb a baloldali felkari idegköteg vongálására vagy nyomására mutattak; mert törésnél legtöbbször a n. phrenicus is érintve van, minek következtében a légzés is szenved, e mellett vasomotorikus zavarok és hőemelkedés is észlelhetők, mind e tünetek hiányoztak betegnél, miért is a nyaki csigolya törését kizárva, a ficzamat és az izmok csúzos megbetegedése között kellett választanom.

A nyaki izmok hirtelen fellépett csúzos megbetegedése, valamely gyorsan véghez vitt hajlítás vagy fordítás után, csúzos egyéneknél elég gyakran észlelhető. Ilyenkor azután a fej azon helyzetben marad, a merre fordított, a nyak meggörbül, az izmokban nagy fájdalmat érez a beteg, activ mozgást egyáltalán nem végez, a passiv mozgás a fájdalomtól szabadulni óhajtó beteg megfeszült izmainak ellenállása következtében szintén korlátolt, szóval olyan tünetek észlelhetők, a melyek, mint pl. a Dupuytren esetében, nagyon hasonlítanak a nyaki csigolya ficzamatának a tüneteivel és valamely nagyobb küllerőszak behatására engednek következtetni.

Betegemnél mindezen tünetek meg vannak, sőt a keletkezési mód is e bántalom mellett szól, mégis, ha az egyes tüneteket közelebbről vizsgáljuk, arra az eredményre jutunk, hogy ez esetben nem a nyaki izmok csúzos megbetegedése van jelen.

Igaz ugyan, hogy torticollis rheumaticánál a nyak egy oldalra görbül, a csúzos izmok göresös összehúzódása következtében és így e bántalomnál a nyak görbült — homorú — oldalán levő tarkó izmok feszesek; betegemnél ellenben a nyak görbült — homorú — oldalán levő izmok petyhüdtek, míg a domború oldalán levő izmok feszesek.

Torticollis rheumaticánál a beteg mindig a nyak megrövidült oldalán jelzi a fájdalmat, míg ellenben betegem, kinek feje a jobb oldalra hajlított, a fájdalmat úgy nyomásra mint mozgási kísérletre mindig a bal oldalon jelzi.

Torticollis rheumaticánál a nyaki csigolyák tövisnyulványai sohasem hagyják el a tarkó középvonalát, míg ellenben betegemnél a nyaki csigolya tövisnyulványa eltért a tarkó középvonalától.

Kizárván a törést és az izomesúzot, a nyaki csigolya ficzamatára kellett gondolnom.

A nyaki csigolyák mozgása különböző tengely körül történhetvén, a ficzamat is különböző irányban jöhet létre. Részben a ficzamat iránya, részben elhelyeződése és foka szerint, megkülönböztetnek: kétoldali teljes ficzamatot, mely lehet elő- vagy hátrafelé, vagy ellentétes, azaz egyik oldalon elő-, a másik oldalon hátrafelé; egyoldali teljes ficzamatot, mely szintén elő- vagy hátrafelé történhetik; végül egyoldali nem teljes ficzamatot (incomplet luxatio), mely állapotra Kerris, minthogy inkább rándulás mint ficzamat, a „dorsio“ nevet ajánlja.

Kétoldali teljes ficzamatról van szó akkor, a midőn a kificzamadott csigolya alsó izületi nyulványai az alatta levő csigolya felső izületi nyulványainak izületi síkján vagy annyira előre esúsznak, hogy az izületi sík előtti mélyedéseibe süllyednek, vagy annyira hátra esúsznak, hogy az izületi sík mögött állanak meg. A nyaki csigolyának fennemlített módon való ficzama betegemnél kizárható volt, részben azért, mert ilyen ficzamat is csak nagy behatás következtében szokott létrejönni, részben azért, mert ilyen ficzamatnál a fej nem oldal felé van hajlítva mint betegemnél, hanem legtöbbször annyira előfelé hajlítva, hogy az állésűcs csaknem a szegycsontot éri, továbbá, mert ilyen ficzamatnál a nyaki csigolyák tövisnyulványai nem oldal felé görbült vonalat képeznek, hanem a ficzamat helyén egy lépcsőzetes bemélyedés észlelhető. Ilyen esetekben a kificzamadott csigolya tövisnyulványa nem érezhető, mert fölötté a tarkó izmai göresösen összehúzódnak, végül, mert kétoldali teljes ficzamatnál a garat hátsó falán a kificzamadott csigolya teste okozta kiemelkedés érezhető; ugyancsak ez okból a nyelés is nehezített.

(Folytatása következik.)

Közlemény az „Erzsébet“-szegényház idegszövet-tani dolgozójából. Rendelő orvos: Schaffer Károly dr. egyetemi m. tanár.

Az agyvelő fejlődési rendellenességének egy esetéről.<sup>1</sup>

Bálint Rezső dr.-tól.

A normalis agy fejlődésének, szerkezetének és működésének vizsgálata oly nehézségekbe ütközik, hogy a legkisebb adat is, mely azok ismeretét előbbre viszi, megérdemli a felemlítést. Az ezekre vonatkozó kutatásoknak nem éppen utolsó helyen álló forrását képezik az agy rendellenes fejlődési viszonyai s az ezek folytán létrejött agyi abnormitások s éppen azért, bár a közlendő eset (cebocephalia) nem tartozik is a különösen ritkák közé, nem tartom fölöslegesnek közlését annál is inkább, mert ha nagyban és egészben ezen

<sup>1</sup> Jelen esetnek központi idegrendszerét nemkülönben klinikai és boncolási adatait Bókay János egyet. tanár és kórházi igazgató úr kiváló szívességének köszönhetem. Szabadjon ezért e helyen is hálás köszönetemet kifejeznem. Schaffer.



abnormitások közt is megvannak a határozott típusok, az egyes esetek közt mégis vannak, ha kis eltérések is, melyek minden egyes esetben bizonyos tekintetben némi önállóságot s így tudományos értéket biztosítanak.

Az esetre vonatkozó adatok a következők:

B. József, 5 napos csecsemő, 1896. május hó 4-dikén vétetett fel a „Stefánia” szegénygyermek-kórházba. A korához képest gyengén fejlett, koraszülött gyermek feje rendellenes alkotású. Fejének körfogata 29.5 cm., a biparietalis átmérő 8, a fronto-occipitalis átmérő 9 cm. A két fül között a koponya kerülete 28 cm. A homlok és nyakszirtesont a két fal-sont alá toldott, úgy hogy mindkét helyütt egy egész csontkorona képződött. Kutacsok nincsenek. Mindkét szem erősen kidülledt, féldiányi, kiemelkedő gömböket képez. Conjunctiva belővelt, csekély genyes váladékot secernál. A szemek és orrsúcs közti hely egészen belapult, mely barázdát képez, melyen át az orrsontok jól tapinthatók. Az orr csúcsa egy kis, 1.5 cm. széles és 0.5 cm. magas, ép bőrrel bevont porc részlet által van képviselve, melyen ornyílások nincsenek. Ez a részlet egy háromszög alakú anyaghiány csúcsát képezi, melynek alapja a normalisan kifejlett alsó ajak, két szára pedig a tökéletlen felső ajak, melyek csak a szájuágnál normalisak és ajkpirral bírnak. A többi része kifejlődve nincs és csak az orrsúcsal összefüggő kis bőrlélez által van jelezve. A csukott szájnál ennél fogva egy kis háromszögű rés tátong, melyből két üregbe juthatni; az egyik a normalisan kifejlesztett szájuüreg, a másik közvetlenül a felső állkapocs fognedri nyújtványa fölött a középvonalban egy kis lencsényi nyílással kezdődik, melyen át a sonda mintegy 4 cm.-nyire vezethető be, a hol megakad. A beteg szopós üvegből tápláltatik, keveset fogyaszt, sir. Kezeit mindig ökölbe szorítva tartja, melyből csak erőfeszítéssel hozható ki. Lábak és lábujjak tartása is merev. A gyermek bőre halvány-rózsaszínű, pelyhekkal borított. A köldök levált. A gyermek hossza 48 cm., súlya 2.70 kg. Allandóan subnormalis hőmérsék; táplálkozása rossz. Hőmérséki adatok: Május 4-dikén 34.0°, 5-dikén 40.0°, 6-dikán 36.0°, illetve 34.2°, 7-dikén 35.0°, illetve 34.0°, 8-dikán 34.0°, 9-dikén és 10-dikén 34.0°; utóbbi napokban a felső végtagokra kiterjedő két perczig tartó tonikus göresök mutatkoztak. Május 16-dikán nagyfokú elesettség, elvértve jelentkező göresös rohamok közt bekövetkezett a halál.

A Preisz Hugó tanár által felvett bonczjegyzőkönyv következő:

A fiúcssecsemő hullája 50 cm. hosszú, elég jól táplált; elég sok hullafolt. A fej kisebb, nyak rövid, vastag. Szemtekék erősebben kidülledtek. Szemrések belülső távolsága 1 cm. Orr alig kiemelkedő, felső ajak hasadt s két fele 7—8 mm. széles hasadékat képez, mely fent kissé elődomborodó, félbabnyi, harántirányban hosszúság, az orrnak megfelelő nyulások nélküli bőrredő által határoltatik. Mellkas domborodó, ujjak igen erősen hajlítotak. Koponyaboltozat 8 cm. harántirányban, 9 cm. nyilirányban, elég szilárd. Nyakszirtesont pikkelyeinek megfelelőleg megvastagodott, szivacsos. Kemény agykéreg a falesontok hátsó felének, a nyakszirtesontnak megfelelőleg megvastagodott, edénydús alhátyákkal fedett, sarlóalakú nyulványa hiányzik. A lágy agyburkok és kemény agykéreg közt sok tiszta folyadék. Az agy a koponyafüreg (a savó kifolyása után) csak felét tölti ki. Felülete síma, csak kevés sekély barázdát mutat. Az agyféltekék egy tömeget képeznek, mely hátfelé alig éri el az agyacsot és az ikertelepet. Az oldalsó és középső agygyomrocs tyúktojásnyi üreg által van képviselve, melynek alapját a lelapult agydúcok, felül és oldalt pedig a nagy agy boltozatos, egészen síma belfelülete képezi. Az orrsontok igen durványosak. A kemény szájpád teljes. Mindkét tüdő vérdús s kevés légtartalmú rész kivételével légtelen, szemes és metszfelületű, tömött. Diagnosis: Hypoplasia cerebri maj. grad. Pachymeningitis chronica. Hypoplasia ossium nasi. Labium leporinum. Pneumonia catarrhalis pulmon. utriusque.

A központi idegrendszer közelebbi vizsgálata a következő viszonyokat tüntette fel:

**Makroszkopos vizsgálat:** A gerincvelőn alaki eltérés nem tapasztalható, úgy a nyultvelő kezdeti részén sem. Ideggyökerek, spinaldúcok úgy számra, mint elhelyezésre normalis viszonyokat mutatnak. A kisagy mekkorására a rendes újszülött kisagyanak felel meg, agyacsok megvannak. A nyultvelőn 2 erős oliva-duzzanat látható, melyek a középvonalban a rendesnél közelebb esnek egymáshoz s közöttük a pyramisoknak megfelelő duzzanatok hiányoznak. A hid normalis nagyságú, az agyidegek gyökei mind megvannak. A hid előtt az agyállomány középpüzt kissé besüppedve sekély gödröt képez, kétoldalt pedig, valamint a gödör előtt középpüzt is hatalmas massa következik, mely az agyalapnak nagy részét elfoglalja; ennek elülső részén a chiasma látható, mely szintén nem mutat eltérést, majd pedig kis nyelv alakú agyállomány által az agyköpenyvel köttetik össze. Pedunculusnak, valamint szagló karélynak nyoma sincs. Az említett tömeges agyrészek felülről (az agyköpenyt felmetszve) tekintve, rajta nyilirányban futó barázdát találunk, mely mögött a

glandula pinealis, majd pedig a corpora quadrigemina láthatók. A barázda által két részre osztott agyrészt, mely mindenek szerint az összenőtt thalamusoknak felel meg, kétoldalt egy-egy kis tekervény köti össze az agyköpenyvel, mely tekervény valószínűleg a gyrus hippocampi analogonja. Az agyféltekéket páratlan köpeny képviseli, mely leghelyesebben egy nagy gomba kucsmájához hasonlítható. Incisur. palii, corpus callosum tehát teljesen hiányoznak. A hemisphaeratomag szabálytalan ébrényi barázdaképződést mutat, lebenyekre való elkülönítés rajta nem látható. Van frontalis polusa, melytől az agyalap felé a median vonalban medianhasadék húzódik, melynek alapját fél cm. mélységben velőtömeg tölti ki. A páratlan félteke-állomány hátul nem fedi az agyacsot és egy ovalis nagy ür képeben betekintést enged az agy üregébe. Ez páratlan, medianfekvésű nagy ür, melynek boltozatát és oldalfalait a páratlan félteke-tömeg képezi, alapját pedig elől a már említett nyelv alakú hosszanti dudor, kétoldalt pedig 2 U-alakú tekervény, melyek a thalamusokkal kötik össze. Az agyköpeny fala egy cm. vastag.

A leírásnál különben világosabb képet nyújtanak a rajzok, melyek az agyat két különböző helyzetben örökítették meg. (1., 2. ábra.)

**Mikroszkopos vizsgálat.** Sacralis velő. A pyramisnak megfelelőleg kis háromszögű velőhiány látható (Weigert-féle készítményeken). Egyéb viszonyok rendesek.

**Ágyéki velő** egészen hasonló képet mutatott.

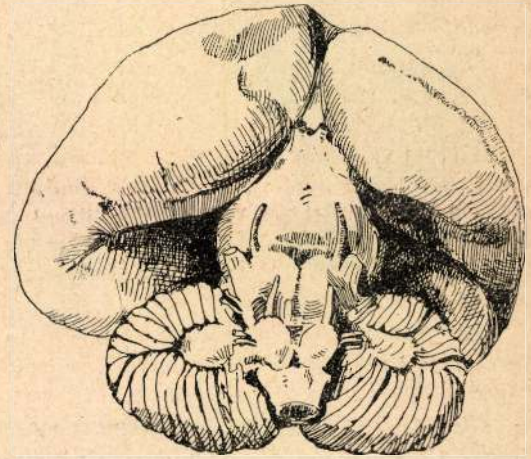
A háti velőben a pyramisnak megfelelő velőhiány nem szorítkozik a megszokott háromszögű területre, hanem vékony nyelv alakú nyulványt bocsát előre az oldalkötélbe, mely az oldal és elülső köztli határon a gerincvelő széléhez ér.

Hasonló viszonyokat találunk a gerincvelő nyaki segmentumaiban is. (3. ábra.) A legfelső nyaki (I. gyök) velőben a pyramisnak megfelelő velőtlen folt, már említett előfelé való megnyulása kissé kiszélesedik az anterolateralis kötegben s ez a velőtlen bunkó követhető a nyultvelő intercalaris részébe is. Még egyszer meg akarom jegyezni, hogy a gerincvelőben úgy a többi pályák, valamint a gyökök és idegsejtek is teljesen normalisak, s különösen kiemelem, hogy az elülső szarvi idegsejtek Nissl szerint festve a normalis és ép körülmények közt ismert sejt képet mutatják.

A nyultvelő kezdeti részén a pyramis-keresztződés teljesen hiányzik, a nyultvelő alapján a hurokkeresztződés látható. Úgy itt, mint feljebb is a magvak és pályák (a Py.-on kívül) rendesen megvannak s a rostok velős hüvelylyel bir-



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.

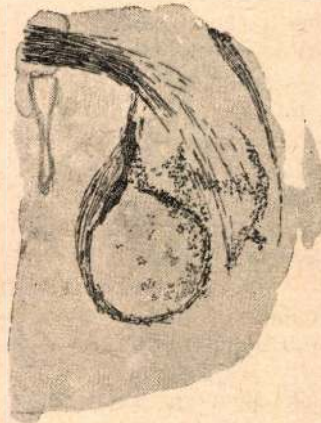


nak. Kiemelendőnek tartom a nyultvelő magasabb segmentumairól azt, hogy, mint a 4. ábra mutatja, annak teljes alapi, ventralis része hiányzik; a nyultvelő alapját az olivák képezik, melyek azonban a középvonalban nem érintkeznek egymással, hanem annyira távol állanak egymástól, hogy a Py. pályák éppen odahelyezkedhettek volna. Mindazonáltal a Py. pályáknak még a kötőszövetes váza sínes meg, melybe az idegrostok az agytól jöve belé nőhettek volna. Az illető helyen csak a nucleii arciformes láthatók. (4. ábra.)

Valamivel feljebb a trigeminus kilépésénél a rendesen fejlett hidat látjuk. A basalis rész itt normálisan van kiképezve, a még velőtlen hidrostok a megfelelő kiterjedésben vannak jelen, a mit különben az agyaeskarok normalis fejlettsége kellően megmagyaráz. Pyramisnak nyoma sínes, míg a többi pályák és magvak itt is feltalálhatók, valamint valamivel feljebb az oculomotorius tájékán is. Az oculomotorius kilépése fölött egy tömegbe olvadt basalis velőállományt látunk, melynek közepén homokóraszerű ventriculus medialis fekszik. Ettől le és oldalt van a nucleus ruber, melytől oldal felé a lemniscus látható. A medialis gyomrocs fölött hatalmas commissura posterior, mely mindkét oldalt erőteljes velős pamatot küld a vörös magvak medialis széléhez, mint abnormis köteget. A vörös magvak alatti rész minden differentiálást nélkülöző szürke tömeg, melyből velős hüvelyű rostok teljesen



4. ábra.



5. ábra.

hiányoznak. (5. ábra.) A vörös magvak megszüntése után, ezektől proximalisan megszüntik minden normalis structura. A középső gyomroestől jobbra és balra anomal lefutású rosthuzamok jelentkeznek, melyek jelentőségét megállapítani biztonsággal nem lehet. Még feljebb a középső gyomrocs felső tágulata megnyílik, míg ellenben az alsó tágulat újabb önálló gyomrocsesá alakul át, melytől ventralisan, tehát az agyvelő basisán, szorosán a középvonal mellett 2 lapos, kerekded duzzanat mutatkozik, melyek mindenek szerint a corpora mammillaria-nak felelnek meg. Ezekből csak igen gyér és gyengén velősödött rostocok húzódnak a medialis gyomrocs oldalfalához, melyek egy proximalis metszeten a thalamusnak medialis részletébe sugároznak. A corpora mammillaria-tól oldalt hatalmas biconvex-alakú képlet fekszik, melynek külső szélét gyenge velős tok fogja körül. E képlet megfelelhet a Luys-féle testnek. Ettől dorsalisán fekszik egy hatalmas dúcztömeg, mely a thalamusnak felel meg. E dúcztömegnek felső medialis részében van egy körülírt sejtesoport, mely nyilván a ganglion habenulaeival azonos. A thalamus lateralis részét finom velőhüvelyű rostokból álló stratum zonale fedi. Még magasabban a két thalamus tömege tökéletesen egybeolvad egy minden velős hüvelyű rostozatot nélkülöző, csakis szürke állományból álló dúcztömeggé, melynek ventralis részén mindkét oldalt háromszögű, velős hüvelyű rostokat tartalmazó terület fekszik. E háromszögű terület alatt egy oliva-alakú, féregszerűen kanyarulatós dúcshalmaz fekszik, mely esetleg a nucleus amygdalaenak felelhet meg. Különösen ki akarom emelni, hogy a thalamus magaslatában sem a belső toknak, sem pedig a corpus striatumnak megfelelő formációt nem találtam.

Ettől fogva a frontalis metszetek jól leírható képet többé már nem mutatnak.

A kéregben a rétegekre való differentiálódás egészen hiányzik. Elszórva idegsejtek és igen gyéren velős hüvelyű idegrostok láthatók.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról. (Kétly Károly tanár.)

### A Basedow-kórról.

Irta Kollarits Jenő dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

Ha a Basedow-kór pajzsmirigy-túltermelésnek eredménye volna, pajzsmirigyetetésnek a Basedow-kóros betegek állapotában rosszabbodást kellene létrehoznia. Egyes szerzők tényleg rosszabbodásról számolnak be. *Dreyfus Brisac*<sup>13</sup> és *Béclère*<sup>3</sup> ezt általánosan felemlítik. *Joffroy*<sup>34</sup> két, *Kocher* egy esetben thyreoidin pastillák mellett, *Spencer*<sup>67</sup> három esetben szárított pajzsmirigy, *Revilliod*<sup>57</sup> egy esetben, *Auld*<sup>1</sup> egy esetben thyreoidin után látott kellemetlen következményeket. *Lemcke*<sup>39a</sup> *Nasse*<sup>50</sup> a pajzsmirigy kisebbedése mellett az általános állapot rosszabbodását észlelte. *Saenger*<sup>63</sup> több esetet javulás nélkül kezelt ilyen módon, kettő állapota rosszabbodott. *Ewald*<sup>19</sup> egy esetben három hétig naponként öt tablettá thyreoidintól csak emésztés zavart, egyben süttött pajzsmirigy-től rosszabbodást észlelt. *Lemé*<sup>6</sup> egy esetben előbb javulást, később rosszabbodást látott. *Oppenheimer*<sup>53</sup> *Scholtz*<sup>65</sup> *Goldscheider*, *Jeaffreson*, *Lichtenstern*<sup>16</sup> *Mochen* együtt 10 esetben semmi hatást sem értek el. Ellenben *Aden*, *Bograff* (3 eset), *De Cambi*<sup>16</sup> javulást értek el Basedow-kórosban ilyen módon, *Lépine*<sup>16</sup> ezt csak kivételesen tapasztalta, *Gusina*, *Mac Coth*, *Nielsen*, *Sieght* (3 eset)<sup>16</sup> a pajzsmirigy therapiát nem ajánlják. *Howitz*<sup>31</sup> egyszer az exophthalmus és struma kisebbedését, egyben teljes megszűnését, *Taty* és *Guerin*<sup>70</sup> egy esetben javulást, *Voisin*<sup>78</sup> egy esetben 6—8 gm. báránypajzsmirigy után a struma és exophthalmus javulását, az érlökés 150 ról 100-ra szállását látta. *Ewald* csak a kezelés kezdetekor látott javulást. *Morin*<sup>48</sup> két, *Moyan*<sup>49</sup> egy esetben báránypajzsmirigy-gyel, *Bogrow*<sup>6</sup> pajzsmirigy-emulsióval 12 esetben látott javulást. *Hock*<sup>30</sup> *Lands* egy-egy, *Silex*<sup>62</sup> egy súlyos esetben majdnem teljes gyógyulást értek el. *Foot*<sup>20</sup> egy betege naponként háromszor kapott 2.5 gm. thyreoidint, két hónap múlva kissé kellemetlen lelki állapotát leszámítva, gyógyultnak volt mondható. *Stabel*<sup>69</sup> nyers pajzsmirigy-etetéssel hányást és ideges tüneteket, egy esetben a Basedow-kór rosszabbodását észlelte, egy betege, bár rajta változást nem látott, subjectiv tünetinek megszüntéről szólott. Hét esetet thyreoidin-tablettával kezelt, valamennyiben az érlökés számának emelkedését, ezenkívül semmi változást, négyen az ideges tüneteknek inkább rosszabbodását, mint javulását találta. Ugyanígy más betegek is kezelt és a különféle készítményeket bírálatban részesítette. Ezek egy része szerinte mérges ptomainokat tartalmaz, mely a pajzsmirigyben nincs meg. A nyers pajzsmirigy, melyet különben használt egy ízben, nyáron hamarabb romlott és ekkor betegein fejfájás, étvágytalanság, hányás támadt tőle. Említést tesz arról is, hogy pajzsmirigy-tablettákból, melyek rosszhatásúak voltak, egy ízben bakteriumokat tenyésztett ki, melyek állatban az oedema malignumhoz hasonló tüneteket hoztak létre. *Inglass* és *Ohls*<sup>351</sup> a soványodást, melyet Basedow-kóros betegen pajzsmirigy-kezelés alatt láttak, az étvágytalanságnak tulajdonítják. Eseteikben a szív működés rosszabbodott, a pajzsmirigy kisebb lett, az exophthalmus változatlan maradt.

A II. belklinikán három beteget etettünk az angol Burroughs, Wellcome and Comp.-féle pajzsmirigy-tablettákkal. Az esetek, melyek közül az első a Basedow-kór kóránát illetőleg is figyelmet érdemel és így még reá fogunk térni, a következők:



1. V. I.-né, 42 éves, házmester felesége. Első férje, a ki a klinikán is feküdt, tabesban szenvedett. Tőle ötször volt más állapotban, háromszor a terhesség körülbelül ötödik hónapjában elvetélt, kétszer élő gyermeket szült. Ezek közül az első 4 hónapos korában ismeretlen betegségben, a második 3 éves korban himlőben halt meg. Második férjétől más állapotba nem jutott. 1890-től szenvedett leginkább a bal oldalon, fejfájásban, mely éjjel-nappal egyenlően néha két hétig is tartott. Később bal testfelében szűrő fájdalmakat is érzett. 1896. januárban a szeme kezdett fájni, majd homályosabban látott, a viláosság bántotta, két hétig kettős képei is voltak. E panaszok miatt 1896. január 21-dikén a szemklinikán jelentkezett. Ott azt találták, hogy látása a jobb szemén a rendes egy harmada, a balon fele volt, mindkét szeme hypertrophiás, anisokoriája is volt, bár kis fokban. Pupillái ki voltak tágulva és fényre nem reagáltak. Szemfenekén semmi kóros elváltozás sem volt található, a színlátása is ép volt. 1896. október 9-dikén látóélességében változás nem állott be, alkalmazkodása a jobb szemén körülbelül 1.5 D.-val csökkent, a balon teljesen megbénult. A pupillák tágak voltak, a bal tágabb volt, mint a jobb, fényre nem reagáltak. A szemfenék most is ép volt. Ez idő alatt többször volt klinikánkon, a midőn patella-inreflexét rendesnek, érzését jónak találtuk és egyáltalában semmi tabesra gyanus jelt sem mutathattunk ki és kórjelzésünkben az alkalmazkodási bénulást *nyultvelői* eredetűnek kellett tartanunk. Fejfájás volt most is legkínzóbb baja, de szívdobogásról is nagyon panaszkodott, többször hányt. Három ízben olyan betegnek érezte magát e miatt, hogy két-két hétre ágyba is kellett feküdnie. 1897. február első napjaiban rémes álma volt, mely őt rendkívül felizgatta. Álma azután is folyton előtte állott, megszabadulni attól nem birt. Kedélyhangulata nyomott volt, nagyon sokat sirt, ingerlékenysége miatt mindenkivel összeveszett. Szívdobogása is igen heves volt és majdnem állandóan bántotta. Csak ekkor vette észre, hogy nyaka dagadni kezd. 1897. február 24-dikén újra klinikánkra jött. Itt a beteget elég megváltozottan találtuk. Nyakán elég jelentékeny struma volt, mely főleg a jobb oldalon volt nagy. Exophthalmusa nem volt nagyfokú, Graefe-tünet is csak kis mértékben kifejezett. Érlökés perezenként 104, a beteg nyugtalansága is feltűnő volt. Az aorta fölött systoles zörejt hallottunk. Nehezen lélegzett, szédült. Úgy érezte, mintha fűzőbe volna szoritva. Kezei finoman reszkettek, különösen a jobb volt fáradt és zsibbadt. Lábai időnkint mintha elhagynák: — *giving way of the legs* — összeroskadnak. Forróságról többször panaszkodott. Néha étvágytalan volt, máskor farkas-étvágygyal evett. Márczius hóban sokat köhögött, de nem köpött semmit, a vizsgálat sem torkában, sem tüdejében nem talált eltérést a rendestől. Azt is észrevette, hogy leginkább az arezbőre sötétebb lett betegsége óta és a haja hull. Az ideges tünetek azonban kissé javultak, fejfájása megszűnt. Mint bejáró beteg állott ekkor is kezelésünk alatt.

Április 5. Érverés 96. Szédül, nyugtalan, rosszul alszik, éjjel felretten. Vizeletében sem fehérje, sem cukor.

Április 7. Érverés 98. Feje fáj. Szívdobogása van.

Április 8—9. Érverés 97. 4—5 szívdobogás rohama volt. Izzad; válla, háta fáj, fejfájása elmúlt. A has jobb oldalán kínzó viszketés, a bőrön mitsem látni. Bulimia.

Április 11. Érverés 98. Éjjel fuladt, felijedt. Szívdobogása van heves rohamokban. Hasán urticaria. Bulimia elmúlt.

Április 16. Érverés 120. Vizsgálatkor körülbelül 15 percig tartó szívdobogás rohama volt. Négy napig nem jött igen heves szívdobogása miatt.

Április 21. Érverés 120. Sokat szárazon köhög, nagyon izgatott. Étvágytalan. Reggel és este 1 gm. bromot kap.

Április 22. Érverés 100. Kevesebbet köhög, nyugodtabb. Kétszer volt szívdobogás rohama. Jól aludt.

Április 23. Érverés 92. Keveset köhög, jól alszik. Szívdobogása nem volt. A bromot kihagytuk.

Április 26. Érverés 92. St. idem. Testsúly 75 kilogramm. Mai naptól reggel és este 2—2 szem pajzsmirigy-tablettát fog szedni.

Április 28. Érverés 92. Jól érzi magát. Este a feje izzadt. A tabletták közvetlen a beszéd után kis gyomor-nyomást okoztak. Ezentúl porrá zúzva, undorító ízük miatt ostyában veszi.

Április 30. Érverés 90. Éjjel egész teste izzad, különben nyugodt, nem ijed, jól alszik. Egyszer volt szívdobogása. Gyomor-nyomás elmúlt.

Május 1-től reggel, délben és este 2 szem pajzsmirigy-tablettát szed.

Május 3. Érverés 88. Jól alszik. Kétszer volt kis fokú szívdobogása. Izzadás, viszketés elmúlt.

Május 4—5-dikén egész jól érezte magát.

Május 6. Érverés 96. Megint izgatott, fulad, heves szívdobogása volt. Sokat köhög.

Május 7. Érverés 96. St. idem. Testsúly 75.5 k.

Május 9. Érverés 100. Most is köhög. Szívdobogás rohama nincs. Ideges tünetek elmúltak.

Május 14. Érverés 96. Az utóbbi napokban egész jól érezte magát. Mai naptól négyszer naponként vesz két szemet.

Május 16. Érverés 98. Semmi ideges tünet sincs. Ét- vágya nincs.

Május 19. Érverés 98. St. idem.

Május 21. Érverés 98. Kétszer volt szívdobogása, ét- vágya nincs, gyomra émelyeg.

Május 25. Érlökés 96. Ideges tünet nem mutatkozott. Szívdobogása többször volt kis fokban. Étvágytalanságát, émely- gését a pastilláknak tulajdonítja. Ét- vágyjavítót kap. Testsúly 75 kg.

Május 28. Érverés 100. Elmondja, hogy két napig nem volt tablettája. Ez alatt szívdobogása volt, többször fuladt, sokszor olyan hevesen köhögött, hogy hányt. Mától ötször naponként fog szedni 2 szemet.

Május 30. Érverés 98. Nem köhög, ét- vágya jó, émely- gés elmúlt. Nem fulad. Reggel felé egyszer volt szívdobogása, aludni nem tudott. Areza izzadt.

Junius 1-én falura ment. A megfigyelés és pajzsmirigy- kezelés elmaradt. Nem régen értesültünk, hogy ott állapota rosszabbodott és augusztus közepe táján meghalt.

E betegünk tehát a pajzsmirigy-etetés alatt általában jobban érezte magát. Szívdobogás-rohamok kevésbé bántották, az ideges tünetek enyhültek, sőt eleinte az érverés is csökkent. Sőt mikor egy ízben az orvosságot 2 napig nem szedte, rosszabbodás is jelentkezett. A gyomor-nyomás, mit a tabletták eleinte okoztak, megszűnt, mikor porrá zúzva vette, a 8 szem szedésekor jelentkező émelygés, étvágytalanság ét- vágyjavító szedésére elmaradt. A struma, az exophthalmus a kezelés alatt nem változott, bár azt állította, hogy hőszámkor nagyobb volt, ezt azonban észre nem vettük. Testsúlya nem mutatott számba- vehető változást. Tehát mindössze némi subjectiv javulás, míg objectiven csakis csekély ritkulás állott be a szív- működésben.

(Folytatása következik.)

## T Á R C Z A.

### † Stricker Salamon.

Alig néhány hete, hogy Strickerről, az egyaránt neves tanítóról és búvárról, 30 éves tanári jubileuma alkalmából meg- emlékeztünk és ma már haláláról kell hírt adnunk, mely hosszas szenvedés után e hó 2-dikán következett be.

Stricker 1834-ben született Vág-Ujhelyen, mint jómódú szülők gyermeke. Középsikolai tanulmányait részben még hazájában, Pesten, részben már Bécsben végezte, melyeknek befejezte után a bécsi egyetem jogi karába iratkozott be, ezt azonban csakhamar felcserele a hajlamainak sokkal megfelelőbb orvosival. Már orvostan- hallgató korában önálló vizsgálatokkal volt elfoglalva Brücke tanár élettani intézetében. Az 1858. év végén elnyervén az orvosdoctori oklevelet, a bécsi általános köz- kórház szolgálatába állott, a hol különböző osztályokon mint segédorvos működött 1862-ig, a mikor a fejlődéstanból magántanári képesítést nyert. A következő évben Brücke tanár assistense lett, majd 1866-ban Oppolzer tanár klini-



káján a kísérletes vizsgálódás adjunctusává neveztetett ki. Egyetemi tanszéket 1868. február 18-dikán kapott, a kísérleti kórtan rendkívüli tanárává nevezetve ki. Az általános és kísérleti kórtan rendes tanárává 1873-ban léptették elő.

Stricker tudományos dolgozatainak száma 134-et tesz. Első és talán legfontosabb dolgozatai a szövetek biológiájára és pathológiájára vonatkoznak; ezekben behozta a kísérletező módszert a szövettani vizsgálatokba, miért is egy életirója experimental histologusnak nevezi. Legnevezetesebb ily irányú dolgozatai a capillaris falzat contractilitására, az általa felfedezett diapedesisre, az intercellularis anyagra, a lobra vonatkoznak. Ezekon kívül itt említhető az általa kiadott nagy szövettan is (Handbuch der Lehre von den Geweben). Egyéb kísérletes vizsgálatai közül különösen azok érdemelnek említést, melyekkel a gerinczagyban vasomotoros centrumok, a hátsó gyökökben pedig vasodilatatorok jelenlétét mutatta ki. Valamennyi kísérletes vizsgálatát az éles megfigyelőképesség és a kísérleti módszerek lehető tökéletessége, úgyszintén a nagy körültekintés a következtetésekben jellemzik; csak azt bocsátotta közre, a minek valódiságáról határozottan meggyőződött, de ilyenkor nem is engedett már, a minek következtében nem egy éles, sokszor a személyeskedésbe átesapott vitába keveredett. Nagy előszeretettel foglalkozott Stricker philosophiai, úgyszintén physikai kérdésekkel is; idetartozó munkái közül megemlítjük a következőket: Studien über das Bewusstsein, Über Sprachvorstellungen, Über Bewegungsvorstellungen, Physiologie des Rechtes, Über strömende Electricität.

Daczára rendkívüli tudományos irodalmi tevékenységének, a tanításról sem feledkezett meg, sőt erre talán még nagyobb súlyt fektetett, mint az előbbire. Előadásai kiválóan demonstratívek voltak; a kísérletek előkészítésére rendkívüli gondot fordított és azt, hogy a kísérleteket nagy hallgatóságának minden egyes tagja egyszerre és jól láthassa, elmésen összeállított készülékek segítségével érte el. Bámulatós kísérletezési ügyességének alapjait Ludwignál nyerte, később azonban egészen önállóan fejlesztette tovább a tökély lehető magas fokára. Kísérleti kórtani előadásai a nyolczvanas évek elején könyvalakban is megjelentek (Vorlesungen über allgemeine und experimentelle Pathologie).

De nemcsak szorosabb értelemben vett egyetemi tanítói, hanem magasabb tanítói működésével is nagyot végzett Stricker, a minek feltüntetésére elég lesz felhozni azt, hogy intézetéből 123 tanítványa részéről körülbelül 300 irodalmi dolgozat került ki, és hogy tanítványai közül 45 lett tanár, 17 pedig docens.

A elhunyt zajtalan, de eredményeiben annál gazdagabb munkásságával méltán rászolgált arra, hogy neve úgy a bécsi orvosi egyetem, mint általában az orvostudományok történetében maradó helyet foglaljon el. Nyugodjék békével! S.

## Thurzófüredről — Japánba!

Egy hajóorvos naplójából.

(Folytatás.)

Szeptember 29. Megérkezés *Port-Saidban*, az első keleti tohu-vabohuban, hol európai kultúra és ázsiai piszok egymással ölelkeznek, hol tolakodó felláhok és szentelen beduinok az arabs negyed szemetjében fuladoznak még, csirkéjükkel, kecskéjükkel egy kamrában élve, egy levegőt szívnak, de hol azért már európai café chantantok, hétemeletes, liftes, nagy fényűzéssel berendezett angol hétel és „Damenkapelle“ is vannak már.

Itt volnánk a tropusok klimájában! Itt vagyunk abban a fenséges, sőtartalmú, tiszta sivatagi légkörben, melyet oly jó esik belélegzeni, abban a búvós atmospherában, mely szinte megkönnyíti a légzést. Azt hinné az ember, hogy a Nildelta táján stagnáló sok víz egészségtelenné teszi e vidéket, de a nagy sivatagokról és a tengerről jövő légáramlások a legegészségesebb viszonyokat teremtik itt, főképp rossz gyógyhajlammal bíró, érzékeny nákhártyájú, hurutos emberek számára.

Legnagyobb hőmérsékünk árnyékban 35—38° C. volt ez időben, de a Vörös-tengerben egy Számum alkalmával 42° C.-ra emelkedett a hőmérő higánya. Csodálatos, hogy aránylag mégis mily jól tűrni e magas hőfokokat itt. Persze megfelelő toiletteba is vágjuk magunkat e sivatagok között, vagyis a rendes európai

ruházat helyett fehér mosható vászonruha kerül elő és tropikus (indus) kalap. De a fő az, hogy e levegő oly száraz, hogy a bőrtranspiratio a lehető legelénkebben megy végbe és így a melegkötés következtében sokkal tűrhetőbb, csekélyebb az izzadás és kellemetesebb a közérzet is, mint mondjuk pl. Indiában, hol a bőr majdnem macerálódik a folyton nagyfokú izzadságtól és a víz éjjel-nappal formaliter csurog az emberről.

A nappal és éjjel közötti hőingadozás miatt nagyon gyakoriak itt a meghűlések. Úgy ettől, mint a gyümölcs bő élvezete következtében sokat szenvednek az európai utasok, lázas, gastrikus bajokban, enteritisben, sőt dysenteriában. Napszúrás mindennapos dolog, és a benszülöttek főképp a fejnek nagy kendőkkel való betekerését (a turbánt) dicsérik ellene. Azt mondják, a legnagyobb forróságban is ez esik legjobban az ő fejüknek. Sokat látni végre köthártyahurutokat is.

*Suezban* egy szép angol tengerész-kórház van és ugyane városban működnek a quarantine-orvosok, kik közül egy a nem igen messze innen eső Mózes-forrásoknál tartózkodik folyton, hol az esetleg quarantine-ben fekvő hajó is kénytelen horgonyozni, és a távol Keletről jött ragályos betegek számára barakk van. Minden a suezai kanálison át Európába menő hajó itt megáll, sárga quarantine-zászlót (éjjel jelző lámpát) húz fel és vár, míg a hivatalos orvos jő, ki a hajóorvos szóbeli jelentését fogadja, mely szerint „senki az utazók vagy személyzet közül contagiosus betegségben nem szenved, nem szenvedett, nem halt meg“ és ugyanezt írásbeli jelentés alakjában is adhatja magának, még pedig legrészesebben francia nyelven. (A hajóorvos idegen nyelvek, főképp az angol nyelv ismerete nélkül nagyon siralmas szerepet játszik.) Ezen orvos jogában áll a hajón levő összes személyzet glédában elővezettetni, a hajó helyiségeit mind megvizsgálni stb. Miután mindez megtörtént, a sárga zászló vagy jelző lámpa eltűnik, és még csak most szabad közlekedni a hajón levőknek a kikötőbeliekkel, csak most szabad ki-beszállni vagy partra menni.

Az itt működő quarantine-orvosok 8—12,000 frank évi fizetést húznak. Qualificatióként megkívánják tőlük, hogy bakteriológiával és epidemiológiával elméletileg és gyakorlatilag (ragály-kórházban) foglalkoztak legyen, és hogy ez állásra testileg is alkalmasak legyenek. Modern nyelvek ismerete előnyös.

Port-Said és Suez elhagyása után hajónkat vitorlavászon-tetővel látták el, a fedélzetet pedig naponta többször vízzel bőven leöntötték. Czigányos mondurba vágtam magam, és hogy magam ne legyek ily fogyatékos kosztümben, kapitányunkra az összes létező és nem létező hurutokat disputálva, ellene mindjárt Kneipp-kúrát ajánlottam neki, mint egyetlen biztos és gyökeres orvoslást. Belé-, illetve léprement a szegény és félretéve minden kapitányi méltóságot, porosz arrogantiát és képzelődést, csakugyan dühös kneippolást kezdett a hajón. Én sekundáltam neki és így jutottam hozzá, hogy egész nap meztláb szaladgálhattam a fedélzeten. Így már azután pazar élvezet a Vörös-tengeren átutazni. Kiadtam itt egyben azt a rendeletet, hogy a matrózok és a chinai fűtők naponta kétszer ledoucheoltassanak, a mi egész egyszerűen úgy megy, hogy sorban a vízszivattyú elé állanak és tetőtől-talpig, elől-hátul — Blitzgusst kapnak.

Hosszú útunk volt most *Pulo Penangig*. Hajónkat Port-Saidban ismét ellátták volt jéggel, ivóvízzel, friss hússal, gyümölcsesével, s más friss tápszerekkel. Ez ily hosszú útnál roppant fontos kérdés. Magától értetődik, hogy tizenkilenc napra nem lehet eltenni még jégen sem friss húst, és így a hajó éléskamráját már Hamburgban jól megrakták konzervekkel. A mi hús-, főzelék-, gyümölcskonzerv csak van, azt mind bőségesen viszi magával az ily nagy hajó. Bor, sör, cognac, ásványvizek stb. szintén nagy mennyiségben lesznek berakva. Miután a friss hús elfogyasztása után egy pár napig már konzervek jöttek az asztalra, élő disznó, élő borjú lesz levágva és előkerülnek az élő szárnyasok. (A disznótör, melynél az orvos, ha akarja, mint halottkém mindjárt a halált konstatálhatja, mindig nagy gaudiummal jár.) A személyzet ellátása egyáltalában oly jó mainap már, hogy scorbut, táplálkozási bajok, gyomor-bélbajok a hajókoszt miatt nem fordulnak többé elő. A matrózok hús, főzelék, esetleg tésztán kívül még sört és kávét is kapnak; a hajó pékje pedig állandóan jó házi-kenyerről vagy zsemlyékről gondoskodik hozzá. Csak a szegény czopfos fűtők *csau-csauju*, a mint ők a kosztot nevezik, az borzal-



mas. Saját regiejükben vezetik a konyhát, a legolcsóbbat vásárolják mindenütt össze, és így rothadt hús, bűdös hal, romlott főzelék, csirkebél és más nem igen invitáló holmik kerülnek asztalukra. És csodálatos, hogy mindezt jól tűrik, gyomrukát nem rontják és soha még egy késhegynyi soda bicarbonicára sem volt szükségük. De azért van egy mindennapos díszételük is, és az a rizsük; kosárákban találják és téás-csészével merítik ki, honnan azután evőpálcikáikkal oly ügyesen lapátolják szájukba, hogy még egy szemecskét sem ejtenek le belőle.

Az indiai oceánban azonban egyik fűtőnk mégis megbetegedett. Kezdett gyengeségről, lábszagatásról, alszárnnyilalásról panaszkodni; kezdett sápadt és étvágytalan lenni; obstipatio állt be, majd végre lába feje is megdagadt, dyspnoéval összekötött erősen felmagasztalt szív működés kíséretében. Az első *beri-beri* betegem volt. Le kellett fektetnem. Hydropsa, hydraemiája fokozódott, vizelet kiválasztása nagyon csökkent, de fehérségét vizelete sohasem mutatott. Vagus-hűdés tünetei, kezdődő diaphragmabénulás állott be, a térdreflex eltűnt. Pupillák beidegzése részéről semmi zavar. Buddha-türelemmel, resignatióval viselte szegény szenvedéseit. Ágynyugalom, roboráló diaeta, kevés alkohol, sósavas chinin refracta dosisban, közbe-közbe egy subcutan strychnin-injectio, ez volt therapiám. Igen nagyon lassan bár, de mégis javulás állott be; egészsége azonban nem állván helyre teljesen, pár hét múlva Hongkongban, hazájában, elbocsátott. Ekkor már annyira volt, hogy magányosan tudott ugyan menni, de ataktikusan és térdreflexe is hiányzott még.

A *beri-beri*, melyet Japánban Kakkének, a francia Antillákon „maladie des suceries“-nek, Kubában „hinchazon de los negros y chinos“-nak, a malájoknál „pautjakit“-nak, Braziliában „perneinas“-nak neveznek, nem ragályos, hanem helybeli miazmatikus bántalom, és a tropusok szülöttje. Ha európai ember nagy ritkán megkapja, úgy nála (kivált, ha a tropikus vidékről megszabadulhat) bizonyosan kedvezőbbben és enyhébben folyik le a baj, mint benszülöttnél. Utóbbiak nem oly resistensek e vírussal szemben, mely bacillusok alakjában főképp az idegrendszert támadja meg, speciell a gerincezagyat és a vagust, melyekben azután degeneratív folyamatot létesít. A tropikus kórházakban százával láttam *beri-berit*, annak minden stadiumában. Igen kínos a lethális kimenetele, mely diaphragma és szívparalysis következtében suffocatióval áll be. Specifikus therapia hiányában symptomatice lesz kezelve. Strychnin, galvanizálás, később jodkali, vaspraeparatumok, hydropathikus kezelés az, mit a keleti kórházakban *beri-berinél* alkalmazni láttam. A halálozás 50—60% szokott lenni.

Október 18. Megérkezés *Pulo-Penangban*, a tropikus éghajlat első paradicsomában, mit a sors jóvoltából láttam, és hol nagy boldogságomban az a maleuróm történt, hogy 41 éves lettem. E születésnapomat tehát egy malájok, hinduk, chinaiak, javánok, szingalézok, parzok, bengalok alkotta babylonban ünnepeltem. Radikálisan megünnepeltem. Miután a hajó személyzetének negyven szomjas torkát megsöröztettem egészségemre (mert sokszor csakugyan az válik egészségünkre, mit nem saját magunk, hanem mások ittak meg helyettünk), és kapitányunk vezetése alatt czopfos kuli húzta kétkerekű gyermekfiakkerben (riksában) kikerültünk (magyarul: kikétkerekűtáligáztunk) a penangi leirhatatlan szépségű botanikus kertbe, este az ottani bodega billiárdozó misszeivel „healthet“ ittunk, utána pedig az orosz hétel criterion érdekese tulajdonosnőjének aegidje alatt születésnapit „Kränzchen“ következett.

*Pulo-Penang* a tropusok legegészségesebb helye, egy ideális klimatikus gyógyhely, hová messze vidékről jönnek a tropikus bántalmakban szenvedők bajukat kiheverészni. Itt meg kell gyógyulni maláriának, spleennek, kedélybetegségnek, itt nem ismernek cholérát, pestist. Egy remek hely, hol minden nevet, hol a gigási tenyészet ölében a létérti küzdelem megszűnik, hol az orvosok is megférnek egymással és boldog még a — magyar is.

Pár nap múlva egy ennél még sokkal érdekesebb helyre, Singaporba jöttünk. Ez a hajók országútján feküdvén, az angolok malakkai birtokának, a „strait settlement“ legjelentőségesebb helyévé nőtte ki magát. Circa 200,000 lakosa közül 5000 európai, a többi czopfos chinai, kézzel evő maláji, bétlit rágó hindu, javáni, s még sokféle más. A benszülöttek első sorban a maláji nyelvet

kultiválják, és az európaiak is, ha hosszabb ideig itt tartózkodnak, az angolon kívül ezt a nyelvet kell hogy elsajátítsák.

Kifejezett tropikus városban vagyunk itt. Embereken, állatokon, tenyészetben, építkezési modoron, életszokásokon, mindenben a forró égöv jellege van. Nappal az emberek nem igen szívesen mennek ki, akkor csak az irodák és üzletek árnyékában való munkálkodás járja. A társas élet este kezdődik és főképp a tengerparti előkelő esplanádon pezseg, de itt azután a legragyogóbb színekben mutatja magát.

Kórházakkal igen jól el van látva Singapor. Így:

1. Legelső sorban európaiak számára itt van az *általános kórház*. Egy nagy szellős épület mellékbarakkokkal, két mérföldnyire a város központjától; 1882-ben épült. Két nagy termében 40—40 ágya van. Az épületeket hűsítő árnyékos verandák futják körül, a kórtermekben pedig óriási punka-legyezőkkel tartják fenn a légáramlást. Két női pavillon külön van. A betegek itt még ágyakban fekszenek; berendezés és kezelés is teljesen európai. Forgalom évente körülbelül 2500 beteg. Orvosok angolok; ápolónők a „holy infant Jesus“-rend angol testvérei.

2. A *tébolyda* szintén újabb épület. Hely 300 betegre van.

3. A *ragály kórház* egy nagy földszintes épület, elég rosszul elkülöníthető kórszobákkal.

4. A *közkórház benszülöttek* számára (a pauper hospital), a kolonia legnagyobb intézménye.

Két gazdag chinai: Tau-Tok-Szing és Tau-Kin-Csing alapította 1854-ben. Egyszerre 600 beteget is ápolhatnak benne, 17 kórteremben. Évente betegforgalom 5800—6000. Az orvosok és kórházi gyógyszerészek Madrasban végzett, modern képzettségű barnabőrű hinduk. Itt, valamint a ragály-kórházban a betegek már nem fekszenek ágyakban, hanem szalmaterítős (gyékényes) „prieskákön“. Vánkost, lepedőt csak nagyon nehéz betegek kapnak, de hisz az itt nem is szükséges, mert a benszülöttek ily luxus-cikkekre nincsenek hozzászokva. E kórház egyik termében csupa *beri-beri* beteget láttam, úgy hogy az egyik hindu collega előzékeny vezetése mellett bő alkalmam volt ez érdekes tropikus bántalmat minden phasisában észlelhetni.

A betegek főtáplálékát tej, rizs, téa képezi és csak néha napján kapnak az egészséges gyomruak egy kis curryt (olvasd: kerrit) a rizshez. A benszülöttek e kedvencz húsétele irgalmatlanul csipős, borsszerű curryporral és egy chutney (olvasd: csetni) nevű gyümölcsbefőttel készül. A reconvalescensek néha kis gyümölcsöt (manguszt, mangusztint, pomolót, bánánt, narancsot) is kapnak.

Singaporban borzasztóan elterjedt a prostitutio. Van itt angol, orosz, román, maláji, hindu és japán lány három városra való is. E házak számozva vannak és hatósági orvosi felügyelet alatt állanak. Igen sok „privat“-publica azonban „manila-szivar“-boltot tart, melyet a „vevő“ belépésénél mindjárt be szoktak zárni. Azért a járatlan ismeretlenek feltűnik a sok bezárt ajtajú szivarbolt.

Akár mennyire tudja is az európai, hogy az alcohol mértéktelen élvezete a tropusok alatt még inkább méreg, jellemző, hogy mennyit pusztítják itt a sok „whisky with soda“-t, a sok pschorrt, pilzenit stb. De nincs is itt nagyobb élvezet e 30—40—50° C. melegben, mint betülni pl. a hétel de la paix árnyékos, hűvös, nagy verandájába és a punkalegyezők alatt a czopfos boytól elegánsan szervirozott hűsítőket fogyasztani. Persze a „temperance-clubban“ még a legnagyobb forróságban is csak forró cacao és forró téa járja, mi állítólag üdítőbb volna. Én mégis az előbbiekkal tartottam.

Fanzler Lajos dr.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

Lang E. Der Lupus und dessen operative Behandlung. Wien, 1898. Verlag von J. Šafař.

Ki ne ismerné Lang tanárnak világhírű könyvét a syphillis pathológiájáról és therapiájáról?! Alig két éve, hogy e munkának,



második bővített kiadását a legnagyobb elismeréssel méltatta e lap s máris egy újabb kimerítő munkája fekszik a nagyevű tudósnak előttünk. A lupus pathológiája s therapiája terén, érdem dolgában, ez ideig izoláltan állott a korán elhalt Leloir monographiája, melyhez most méltán sorakozhatik Lang Ede tanárnak a lupusról irt 136 oldalas könyve, magába foglalva szerzőnek gazdag tapasztalatait, egybegyűjtve a tudomány haladásában kiforrott tanokat s a mi főérdeme: élénk tárva sok új és érdekes részletet egy oly téren, melyen újat teremteni ma már igazán nehéz. A lupus kérdése az, mely a bőrkórtan fejezetei közt talán a legtöbb művelőre talált s mely ennek folytán a legtisztábbnak, legtökéletesebbnek mondható. De ha e jelzőket szigorúan vesszük, úgy meg kell győződnünk, hogy azokra inkább csak a lupus pathológiája tarthat igényt, a therapiája, sajnos, messze van még a tökéletességtől. Reméljük azonban, hogy Lang tanárnak e munkája itt is forduló pontot jelent.

Az orvostudomány egyes specialis ágainak therapiájába igazi lendületet leginkább a sebészet hoz; a mily mértékben halad az egyes ágakban a sebészet térfoglalása, azon arányban hajlik a palliativ kezelések systemája a késnek éles járma alá.

Lang tanár könyvét kilencz fejezetbe foglalta, melyek közül lehetetlen mindegyikre e szűk keretben kiterjeszkedni. Egyeseknek kiemeléséről azonban le nem mondhatunk.

A rövid történeti bevezetést a lupus histológiájának kimerítő tárgyalása követi. E kitűnő fejezet, melyet számos ábra kísér, Lang tanár régebbi histologiai vizsgálatainak eredményét tükrözve vissza, kissé individualisnak látszik némely kérdésben, melyben a felfogás nem mindig egyezik más kutatók nézetével. Így például a véredények falának szerepe a lupusgócok keletkezésében, a lupusgócok peripheriáját képező körkörös oósejtek histogenesise, az óriássejtek képződése, melyeket „vielkernige Klumpen“ sokmagvú tömegnek nevez, sőt általában a lupusos újképződés histogenesise nem kevésbé képezi és képezheti eltérő felfogásoknak tárgyát, mint a hogy nem fogadható el a lupusos gócok alak-elemeinek consequens „Lupuszellen“ elnevezése, miután ezektől a tuberculosis gócok alakelemei semmiben sem különböznek, pl. egy tüdőbeli gócz sejt alakelemeit még sem nevezhetjük „Lupuszellen“-nek, de nem nevezhetnők pl. „Tuberkelzellen“-nek sem, mert más chronikus lobos folyamatoknál ugyanolyan sejtelemek fordulnak elő. Czélszerűbb tehát a semmit sem praejudikáló „infiltrációs sejt“ és az Unna által ajánlott „plasmasejt“ elnevezésnek általános elfogadása azért, hogy fogalomzavarok elkerülhetők legyenek.

Hogy a verejtékmirigyek elváltozásainak a szerző igen kimerítően enged tért, azt a hitet kelthetné, hogy azok állandóan így találhatók fel, holott ezen elváltozásokkal ritkán találkozunk, de ép ezért igen érdekes és tanulságos részletét képezi a kimerítő szövettani leírásnak, melyből még különösen a lupus hypertrophicus, a lupusnál előforduló bőrszarvak („Hauthorn“) s az óriás sejtekben is gyakran található Hassal-féle testecsek méltatása emelendő ki.

Egy következő fejezetben foglalkozván a lupusnak tuberculosis természetével, nemsokára áttér e munkának egy más, igen kiváló részére: a bőrtuberculosis különböző alakjaira. Következő öt alakot különböztet meg: 1. Scrophuloderma (gumma tuberculosis), melyhez a tuberculosis cutis fungosa-t is sorolja. 2. Lupus. 3. Tuberculosis cutis verrucosa. 4. Tuberculosis cutis miliaris. 5. A bőr tuberculosis tumorai. E felosztás eltér a tankönyvek által általában követett osztályozástól, melyek tubere. cutis propria-t, scrophuloderma-t és lupus-t ismernek, s ezek keretén belül fogadnak csak el különféle megjelenési alakokat. A tuberculosis bőrexanthemáival („tuberculides“ Darier), melyeknek tuberculosis jellege még csak részben van bebizonyítva (mint pl. a lichen scrophulosorum, az acne cachecticorum, lupus erythematosus, lupus erythematosus disseminatus [Boeck]) nem foglalkozik s csak az említett alakok egymásközi combinációjára, valamint carcinoma és sarcomával való társulására fordít figyelmet. Érdekes azon állítása, hogy a scrophuloderma a nevezett alakok közt a leggyakoribb s nevezetesen gyakoribb a lupusnál, melyet eddig a szerzők mint a bőrtuberculosis legerjedtebb alakját említettek. Az infectio létrejöttét lupusnál három lehetőség szerint osztályozza: I. A tbc. bac. öröklés útján jutott a vérbe s ab ovo a bőrben telepedett meg.

II. A tbc. bac. öröklés útján a testnek valamely más részében helyezkedvén el, később jutott a bőrbe és pedig 1. vagy külső autoinfectio útján; 2. réteges tovaaterjedés útján a mélyből, avagy 3. a vér útján. III. Az egyén születésénél fogva bacillusmentes ugyan, de a bőr később inficiáltatott 1. külvilágból származó direct infectio útján avagy exauterin életben szerzett tuberculosis gócból jutottak a bacillusok a bőrbe, 2. réteges tovaaterjedés, avagy 3. a véráram útján. Az idevágó fejezet e methodusokat, valamint a lupus tovaaterjedésének módját bőven világítja meg. A következő s photogrammok után készült ábrákkal bőven ellátott fejezet a lupus sebészi therapiájának hatalmas szószólója s a könyv fénypontja, mely alkalmas arra, hogy szélesebb körben szerezzon híveket a késtől irtó dermatologusok körében is. S ha a befejezést képező s 52 esetet magában foglaló casuistika apróbb recidivák vagy kiújulások előfordulását — a dermatologusok jó részének föellenvetését — nem is képes eloszlatni, azon eredmény, hogy az 52 eset közül 27 a munka megírásáig kiújulásoktól mentes maradt, eléggé támogatja a radikális sebészi beavatkozás leghathatósabb voltát a gyakorlatban levő összes egyéb, merőben palliativ eljárások között. De még ha a legnagyobb skeptikusok sorába állanánk is és tekintettel arra, hogy szerző 52 esete (az 1-nek kivételével, mely számba nem jöhet) mindössze négy és fél év anyagát öleli fel, a megfigyelés idejét még igen rövidnek tartanók, a mennyiben az 52 eset közül csak 7 van olyan, melyeknél a megfigyelés ideje a két évet meghaladja s csak kettő, hol a radikális műtét óta 4 év telt már el teljes gyógyulásban, még így is el kell ismernünk azt, hogy a definitiv recidivamentesség jogosult reménye egyrészt, másrészt pedig azon körülmény, hogy a recidivák és kiújulások csak szórványosan lépnek fel s csekély beavatkozásokkal könnyen leküzdhetők, a radikális operativ eljárást, az exstiripatiót fölébe helyezik minden palliativ kezelésnek, melynek concret eredménye vajmi csekély. Reméljük, hogy a könyv tartalmának részletei, melyekre itt ki nem terjeszkedhetünk, tanulságos voltak és bizonyító erejüknel fogva meghozzák a babért szerzőjüknek és számos szerencsétlen indirect áldása is jutalmazni fogja úttörő munkájáért.

Tauffer E.

## II. Lapszemle.

Spontan gangraena egy esetének kapcsán Munk (Duna-Szerdahely) előadást tartott ezen betegségről a moszkvai nemzetközi orvosi congressus sebészeti osztályában. Kiemeli, hogy megkülönböztetésül a traumatikus gangraenától, a spontan gangraena belső, eddig még ismeretlen okból keletkezik és Raynaud monographiájának (De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités) megjelenése óta rendszeres symmetrikus gangraena elnevezéssel illetik. Aetiologiai szempontból az irodalomban különféle okok vannak felemlítve. Dupuytren a spontan vagy helyesebben symmetrikus gangraenát arteritissel hozza kapcsolatba, Virchow neurosisnak mondja, mások pedig angiospasmusból származtatják. Előadó csodálkozását fejezi ki azon, hogy minden vélemény képviselőkre talált, csak Billroth nézete nem, melyet 1879-ben a bécsi orvosegyesületben nyilvánított s a mely a tudomány mai állása mellett leginkább felel meg a valószínűségnek. Billroth ugyanis a spontan gangraena keletkezését egy kígyóméreghez hasonló anyagnak tulajdonította, mely toxikus hatású anyag a szöveteket hirtelen mumifikálja. Az előadó által észlelt eset, mely az irodalomban alig találja hasonmását, röviden a következő: Király Jenő, született 1894. május 22-dikén. Egészséges szülőktől származik és fogzáskor fellépett eclampsiaát kivéve beteg nem volt. 1897. április hó elején kanyaróban és utána tüdőlobban betegedett meg. Felépülése után a bal kéz minden ujjja hirtelen mumifikálódott. Májusban, a mikor a demarcatio kifejlődött, a hüvelykujjat a metacarpophalangealis ízületben enucleálta, a többi ujjat ezen ízület közelében amputálta, kivéve a mutatóujjat, melynél az amputálás a második phalanx közepén történt. Junius végén a kis beteg gyógyultan bocsátottatott el és azóta egészséges.

Autoreferatun.

A jodoformogénról, szagtalan jodoformkészítményről Kromayer E., hallei m. tanár beható vizsgálatai alapján következőkép nyilatkozik: A jodoformogén tényleg csaknem szagtalan jodoform



fehérjekészítmény, mely világos-sárga por, vízben oldhatlan, 100°-nál sterilizálható, melynek főelőnye, hogy gyenge szaga nagy sebfelületeknél sem érezhető. Ezen szerrel több mint 100 esetben tett kísérleteket s azt tapasztalta, hogy tényleg határozott jodoformhatása van, mely leginkább *egészséges granulatióban* és gyors *epithelialis bőrképződésben* nyilvánul. Előnye a jodoform fölött az, hogy a por száraz és nem esomósodik össze, úgy hogy a sebfelületnek bármely üregébe és ürmenetébe könnyen bevihető, s hogy finom száraz portestecsei sokkal bensőbbben egyesülnek a nedves szövetekkel, mint a jodoformnál. Szerző tapasztalatai folytán tehát indítottak érzi magát annak kijelentésére, hogy a jodoformot egylegőre valamennyi más közt *legjobb sebhintő pornak* tartja.

**A nyelv rendkívüli mozgékonyágának** esetét közli *Bourdette*. Ozoenában szenvedő 20 éves beteg nyelvét a nyelvcsap mögé tudta vinni és az orrjárat üreget egészében érinteni és a crustáktól megtisztítani. Nyelvének érintésével egészen jól tudta leírni a choanákat, a tubákat és a Rosenmüller-féle árkot. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. 1897.)

**A toxikus hangtalanságot** tanulmányozta *Stutter*, mely ásványi, növényi, állati vagy fehérnyebomlásból eredő mérég által támad. Az organikus aponia úgy támad, hogy a vérkeringésbe jutott mérég a hangképző szerv ideg- és izomelemeire hat, a midőn a hűdés vagy göres keletkezik; a mechanikus aponiát előidézék helybeli hatással a gégebe jutott mérgek, a melyek ott gyuladást, duzzanatot, álhartákat stb. okoznak; az adynamikus aponia beáll, ha a mérég a szervezet olyan nagymérvű gyengüléséig idézi elő, hogy a hangképző szervek működése elesik. (*Archiv f. Laryngologie* 1897.)

**Gégevizényőt** jodkali használatával által előidézve két esetben észlelt *Stankovszky*. Gyógyulás a jodkali megszüntetésével. (*Revue de laryngol.* 1897.)

## Hetiszemle és vegyesek.

**Budapest székes főváros közegészségi állapota 1898. évi február hóban.** A tisztí főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz általában kedvezőnek mondható, a mennyiben a már hónapok óta lényeges javulásnak indult általános halálzási viszonyok e hóban sem változtak s a heveny ragályos betegedések is úgy összegyűltek, mint egyenkint — a vörheny kivételével — apadtak. Lényegesen csökkent a hagymáz 37 esettel, a halálzás 2 esettel (januárban 18, februárban 16), míg ugyanis az előző hó folyamán előfordult 114 betegedés, e hóban csak 77. Az összes ragályos kórok 246 esettel csökkentek, míg a vörheny alig számbavehető — 13 eset — emelkedést mutat. Elhalt a mult hóban 983, e hóban 959 egyén, a különbség tehát 24. Ha most már viszonyítjuk e hónapot a mult év hason havához, a közegészségi állapot javulása e hónapban ezen viszonyításnál még szembetűnőbb. Míg a mult év február havában 1065 egyén halt el, e hóban csak 959 (106), ragályos kórban megbetegedett 1897. év február hava folyamán 1275 egyén, e hóban 734 (541). Elveszülte e hóban 1891, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 109 egyén levonásával 959; így a születések 932-vel multák felül a halálzásokat. Február hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezelte 7948 fekvő és 5511 járóbeteg, vagyis 3083-mal kevesebb, mint az elmúlt hónapban. A kerületi orvosok által gyógykezelte 578 fekvő és 1468 járóbeteg, összesen 2036, kórházba küldte 80 egyén. A lelenz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: szaporodás volt e hóban 382, csökkenés 20. Beteg volt e hóban összesen 25, meggyógyult 25, gyógykezelte 1, meghalt —. Beoltatott 1 leány, összesen 1, újraoltatott 259 fiu, 54 leány, összesen 312. Ebmarás előfordult 6; veszettségre gyanus 1. A köz-tisztaság a csatornázatlan és közvetlen utczák kivételével kielégítő volt. A vízvezetési víz minősége a káposztásmegyéri szűrőktől függött s a mint ezek, úgy a városi vízvezetési csapok is a hó elején igen jó vizet adtak, a hó közepetáján egy jelentékeny depressio mutatkozott, mely csak a hó vége felé ment át újra javulásba. A mesterséges szűrők e hóban is, mint azelőtt ingadozó működést tanúsítottak. A székes főváros vegyész 649 esetben végzett vizsgálatot. Az önkéntes mentőegyesület által február havában 27 elmebeteg-szállítás eszközöltetett. Orvosrendőri boncolás végeztetett 65, orvostörvényszéki 20 esetben. Öngyilkosság 23 esetben fordult elő, még pedig: lövés 12, akasztás 4, mérgezés 4, egyéb módon 3. A Dunából 2 hulla fogatott ki. Oklevelüket e hóban bemutatták: *Jassniger Károly, Nagy Imre, Fuchs Mór, Egresi Lajos* és *Kerényi Zoltán* egyetemes orvosdoktorok, valamint 18 szülész nő.

\*\*\*

**A főváros egészsége.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1898. márczius 27-dikétől 1898. április 2-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 472 gyermek, elhalt 288 személy, a születések

tehát 184 esettel multák felül a halálzásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 3, hökhurut 1, kanyaró 4, vörheny 7, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekági láz —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 5, agykérlob 12, agyverőmleny 10, rángások 10, szervi szívhaj 13, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurur 51, tüdőgümő és sorvadás 64, bélhurur és béllob 14, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 1, Bright-kór és veselob 9, angolkór 2, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 22, aszkór, aszály és sorvadás —, aggkór 11, erőszakos halálet 14. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2407 beteg, szaporodás 716, csökkenés 725, maradt e hét végén ápolás alatt 2398. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1898. április 2-dikétől április 9-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 10 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 25 (meghalt —), vörhenyben 31 (meghalt 5), kanyaróban 88 (meghalt 7), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 12 (meghalt 3), trachomában 11, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 6 (meghalt —), orbáncban 16 (meghalt —) gyermekági lázban 2 (meghalt —).

**Kitüntetések.** A király *Chyzer Kornél* dr. miniteri tanácsosnak és a belügyministerium közegészségi osztálya főnökének a közegészségügy terén kifejtett buzgó és szakavatott működése elismerésül a Lipót-rend lovagkeresztjét; *Réczey Imre* dr. budapesti egyetemi nyilvános rendes tanárnak pedig az orvosi tudomány és különösen a katonai orvosok kiképzése körül szerzett érdemeiért a harmadosztályú vaskoronarendet adományozta.

**A közegészségügyi tanács új tagjai.** A belügyminister *Hangel Ignác* dr.-t, Tolna vármegye tisztí főorvosát és *Szaplonczay Manó* dr.-t, Somogy vármegye tisztí főorvosát az országos közegészségügyi tanács rendkívüli tagjaivá nevezte ki.

**Megjelent és a szerkesztőségnek beküldött munkák:** *Prochnov József*: Útmutató a hadsebészetben. 96 ábrával és 6 könyomatú táblával. Budapest, 1898. Franklin-társulat. Ára 3 frt 50 kr. — *Feuer Nathaniel*: Trachoma-útmutató. Harmadik átnézett kiadás. Budapest, 1928. — *Finger E.*: Die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne. Mit 8 Holzschnitten. Leipzig, Verlag von Arthur Georgi, 1898. Ára 3 márka.

**Új folyóirat.** Leyden és Goldscheider tanárok szerkesztésében a Thieme-czég Lipsceben egy új folyóiratot indít meg „*Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie*“ czímen. A folyóirat időhöz nem kötve 4—6 ives füzetekben fog megjelenni; 4 füzet egy kötetet képez, melynek ára 8 márka lesz.

**Az aranyos-maróthi vármegyei közkórházban,** mely 45 felszerelt ágygyal rendelkezik, *Lányi Benedek* dr. kórházi igazgató kimutatása szerint az 1897. évben összesen 388 beteget (275 férfi és 113 nő) ápoltak. Egy betegre átlag 27 ápolási nap esett. Meghalt és haldokló állapotban hozatott 10%. Nagyobb műtétet 11 esetben végeztek.

**Máramaros vármegyei közkórházában** az 1897. évben — a mint azt *Szilágyi István* dr. kórházi igazgató-főorvos és *Lengyel Soma* dr. kórházi másod orvos kimutatásában olvassuk — összesen 1569 beteget (848 férfi és 721 nő) ápoltak. A halálzási százalék 5.67 volt. Egy betegre 31.8 ápolási nap esett. A betegek közül belbeteg volt 570, bujakóros beteg 526, bőrbeteg 45, elmebeteg 41, sebészeti beteg 311, szembeteg 61, szülönő 15. Sebészeti műtét 153, szülészeti 6 és szemészeti 14 végeztetett.

**A berlini egyetemen** a most kezdődő nyári félévben 124 előadó (tanár és magántanár) 276 collegiumban 783 órát hirdetett; a budapesti egyetemen pedig 67 előadó (tanár és magántanár) 101 collegiumban 383 órát. A berlini egyetemen a collegiumok nagy száma onnan származik, hogy ott a magántanárok különböző collegiumokat hirdethetnek.

—r. Az ismert *Reiniger, Gebbert & Schall* czímű czégtől (Bécs, Universitätsstrasse 12), mely *villamos orvosi készülékek* gyártásával foglalkozik, ép most *elektromos fényfürdők*ről prospektus jelent meg, mely bizonyára számos orvost fog érdekelni. A legújabb szerkezetű *elektromos fényfürdő*, melyek az eddigiekkel szemben lényeges javításokról tanuskodnak, a Bécsben tartott 1898. évi *balneológikus congressuson* a poliklinikán bemutatva lövek és általános elismerésre találtak. A prospektus kívánatra ingyen és bérmentve megküldetik.

**A pozsonyi vizgyógyintézet** f. évi április hó 15-dikén megnyitja negyedik évalját. Az intézet *Schlesinger Miksa* dr. szakvezetése alatt áll, ki szimo: évig a Vöslau-Gainfahn-i vizgyógyintézet segéd-orvosa volt. Évről évre folyton növekedő számú bel- és külföldi vendégek látogatják a legjobb hírnevű gyógyhelyet.

**Dr. Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitérő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospectus.

**Téli kúra** rheumatikus bajok, kösvény, ischias stb. ellen **a Szt. Lukács-fürdőben Budapest.**

A szállodák és fürdők egy épületből képeznek. Minden helyiség jól fűtve van. Meghülés kizárva. Kénes iszapfürdő. Külön fürdők. Douche-massage stb. Felvonó a vízben. Lift. Lakás és teljes ellátás hatenként (közepes ár 25 frt). Prospectust küld az igazgatóság g.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete (VII. rendes ülés 1897. november 25-dikén) 195. l. — Közkórházi orvostársulat. (V. bemutató szakülés 1898. márczius 9-dikén.) 196. l.

### Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VII. rendes ülés 1897. november 25-dikén.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Polyák Lajos.

#### A jóindulatú gégedaganatok gyógykezeléséről, operált esetek kapcsán.

**Paunz Márk:** Előadó a szt. Rókus-kórház II. sebészeti és gége-  
szeti osztályán a legutóbbi két év alatt (1895. november 1-jétől 1897.  
november 1-jéig) gyógykezelést nyert, gégedaganatban szenvedő betegek-  
ről beszámolván, ismerteti az osztályon szokásban levő eljárást és pár-  
huzamot von az endolaryngealis és translaryngealis eljárás között. A  
lefolyt két év alatt az osztály járó beteg-rendelésén megfordult 19 gége-  
daganattal bíró beteg, nagyobbára apróbb szemölcsök és polypusok.  
Az osztályon nyert ápolást 23 beteg. Ezek közt volt 8 carcinoma,  
10 papilloma, 5 polypus mucosus. P. a carcinomákat figyelmen kívül  
hagyva, a papillomákról és polypusokról részletesebben referál. A  
papillomák közül 5 esetben, a polypusok közül két esetben laryngo-  
fissio útján távolított el a daganat. Ezen műtéteket Navratil tanár  
végezte szokott eljárásával, t. i. altatás nélkül és ha lehetett, előzetes  
tracheotomia nélkül. Ez a hét esetben háromnál volt lehetséges. Mind  
a hét esetben a laryngofissio által a daganatnak teljes és gyökeres ki-  
irtása volt lehetséges. Négy esetben előkészítő tracheotomia vált szük-  
séssé. Két betegnél (egy 2 éves leánykánál és egy 57 éves férfibeteg-  
nél) a canule eltávolítása nem volt eszközölhető. A többi esetben  
endolaryngealis úton távolított el a daganat. Ezek után előadó ismer-  
teti azon eljárást, mely a szt. Rókus-kórház II. sebészeti és gégeszeti  
osztályán uralkodik. Navratil tanár álláspontjára helyezkedik, t. i.  
minden esetben a gégedaganatok gyökeres kiirtására kell törekedniük  
a lehető legrövidebb úton. Ha az eset alkalmas az endolaryngealis  
műtetre, úgy ily módon operálandó; ha ily úton siker nem várható,  
a laryngofissio van helyén. Hogy mely esetben, melyik eljárás a helyesebb,  
azt mindig esetről esetre kell meghatározni. A laryngofissio mint olyan  
sem nem súlyos, sem nem veszedelmes beavatkozás. Hátrányai egy-  
általán nincsenek, főelőnye pedig, hogy a beteget minden hosszadal-  
masabb előkészítés nélkül egyetlen műtét által megszabadíthatjuk bajá-  
tól. Végül előadó bemutat egy férfit, a kinél a szilvamekkoraságú, a  
jobb hangszalag mellső része alatt ülő polypus laryngofissio útján  
eltávolított.

#### Körülrített larynxoedema esete.

**Polyák Lajos:** A 36 éves nőbeteg, ki korábban gyakran szen-  
vedett mandola-lobokban, október eleje óta kaporást, szárazságot érez  
torkában oly mellékézzéssel, mintha ott akadna, lógná valami. Nálam  
ugyanazon állapottal október 23-dikán jelentkezett.

Az egyedüli kimutatható elváltozás a bal aryepiglotticus szalag  
vizenyője volt. Lob a környezetben nem volt kimutatható, a duzzanat  
nem fájdalmas, gégemotilitás intact. Vér- és vizeletvizsgálat negatív.

A vizenyő immár egy hó óta áll fenn, néha kissé több, máskor  
kevesebb. Az aetiologikus momentum nem dönthető el, perichondritis,  
leukaemia, diabetes és nephritis kizárható. Egyéb ok híján mégis azt  
kell felvenni, bár objectív alap erre sincs, hogy valahol a nyelvgyök  
adenoid folliculusainak egyikében van egy rejtett genyngóc, mely colla-  
teralis oedemat okozott.

#### Pemphigus vulgaris mucosae nasi, oris, pharyngis, laryngis, cutis et mucosae genitalium.

**Fuchs Sándor:** R. Frigyesné, 47 éves, férjezett, apja 76 éves  
korában bélesavarodás folytán halt meg, anyja 66 éves, él és egész-  
séges. Kiállott betegségekre nem emlékszik; hószám rendes, 3 gyermeket  
szült, köztük egy nagykorban tüdővészben halt el. A másik kettő  
él és gyenge testalkatú. 20 év előtt kétszer vetélt. Luese nem volt.  
Jelen baja állítólag minden lázas mozgalmat nélkül támadt 4 hó előtt  
száj- és torokfájással, beszéd, de még inkább nyelésnél gombostű-  
szúrásához hasonló fájdalmi voltak. A garatban daganatot érzett, a  
mely a garatfűrt annyira szűkítette, hogy vizet is alig bírt nyelni. A  
baja miatt orvoshoz fordult, de eredménytelenül, a baj tovább terjedt  
a gége felé és fülkölési rohamok léptek fel. Négy hét előtt a nyákhártya  
eme bajához a köztakaró küteges bántalma csatlakozott.

Először az emlők alatt mindkét oldalt, egy héttel rá az ágyék-  
tájékon mindkét oldalt, majd egynéhány nap előtt egy nagy hólyag a  
könyök felett jelentkezett. Genitáliákon a baj a köztakaróval egy-  
idejűleg jelentkezett.

A nő anaemia, lesóványodott, zsírpárnája megfogyott, csont- és  
izomrendszer elég jól fejlett, szív és tüdő fölött eltérés nincs.

A kütég az orrban csak gyengén van kifejlődve. Az orr  
mucosája belővelt, az orrszárnnyakon excoriált, vérzékeny; az excoriatiók  
összefolytak, itt-ott látható lenesényi különálló excoriatio is. A porozos  
septum és az orrfalak mucosáján belőveltségen és duzzadságon kívül  
más eltérés nincs.

A szájban az alsó ajkon két oldalt hosszúkás, babnyi mekkora-  
ságú, a niveau fölött 3 millimetryre kiemelkedő, szürkés-fehéres bulla.  
A bulla burka nem feszes, lötyögő. A gingiva fellazult, vérzékeny, a  
nyelv erősen lepedékes, s főleg a széleken lenesényi-borsónyi élesen  
határolt excoriatiókkal. Az excoriatiók alapja az erősen piros corium.  
A bucca-nyákhártyán a fogak lenyomata jól látható, egyes helyeken  
borsónyi, kis babnyi területen excoriált. A garatívek és az uvula  
duzzadtak, vérpiros színűek, a kemény szájjadon egymással el-  
helyezett kölesnyi egész lenesényi élesen határolt hólyagok, víziszta,  
átlátszó tartalommal. A száj erős bűzt terjeszt. Az epiglottison köles-  
nyi egész lenesényi, egymással elhelyezett hólyagcsák szürkés,  
zavaros tartalommal. Ugyanazon elváltozás látható az aryepiczok táján.  
Cocainnal érzéstelenítve sikerült a hangszalagokat is megnézni, de ott  
duzzadságon kívül más abnormitás nem volt constatálható.

Száj, garat és gége vizsgálata a beteg nagy fájdalma miatt csak  
nehezen volt keresztül vihető. Következnek most a köztakarón talált  
elváltozások.

Az emlők alatt, az emlő és a mellkas által képezett barázdában  
nagy tenyérszerű területen, élesen határolt, excoriált, erősen piros mezők,  
szélükön fiatal epidermis képződéssel láthatók. Található még a kütég  
a lumbalis táj mindkét oldalán, nagyon elszórtan bab-, egész kis galamb-  
tojásnyi excoriatiók alakjában, az excoriatio szélén a megpattant hólyag  
csafataival. A jobb oldali könyök felett egy 2 1/2 cm. széles, 3 1/2 mm.-  
nyire promináló, nem feszes szürkés burokkal.

A genitáliák és az anus körül talált elváltozásokat Prokess  
Antal dr. úr, a szt. Rókus-kórház szülészeti osztályának segédorvosa,  
volt szíves megvizsgálni: mindkét nagy ajk kis mértékben beszűrdött,  
rajta és környékén a czombokra kiterjedőleg több, helyenkint már  
megrepedt, helyenkint mákszemnyi egész leneseményi fénylő  
hólyagcsa van, melyek bennéke sárgás, kissé zavaros savó. A fel-  
repedezett hólyagcsák alapja bágyadt piros színű. A jobb farpofán  
az anustól körülbelül 5 cm.-nyire egy fekély küllemű mutató, egye-  
netlen szélű, sárgás-fehér lepedékekkel bevont fillérnyi felhámhiány van,  
mely egy nagyobb megrepedt hólyag helye. Úgy a nagy ajkon, mint  
a környéken, a piszkos-sárga s erősen tapadó lepedék lemosása után  
élénkvró, felhámotlósított helyek láthatók. A folyamat a kis ajkakra  
is átterjed, de az introitus vaginae már szabad. A középtáj vagina  
fala sima, portio 1 cm., duzzadt livid, méhszaj körül koronányi könnyen  
vérző erosio és számos Naboth-tömlő van. Méhtest retrovertált, a  
rendesnél valamivel nagyobb, a keresztoszhoz rögzített, előrehozatala  
nem sikerül, kemény, kissé érzékeny, mindkét parametrium sima,  
szabad, mindkét oldalt adnexusok kitapintása a feszes hasfalak miatt  
nehezen sikerül, de szabadok.

Vizeletvizsgálat: tegnap reggeltől ma reggelig 300 cm<sup>3</sup>, fs. 1015,  
savi kémhatású, fehérsége, cukor nincs. Egyszeri ülepítés után: kevés  
hólyagham és oxalsav-kristály látható. A beteg subjectív érzése nem  
jó. A szájban levő elváltozások miatt a tápfelvétel nagyon nehezített  
és csak híg ételekre szorítkozik. Az excoriált helyek viszketést, égetést,  
a beszüremkedett bőr feszülést, ennek folytán álmatlan éjszakákat és  
étvágytalanságot okoznak.

A pemphigus vulgaris prognosisa általában rossz. Kaposi esetei-  
nél (300) csak 10% állandó gyógyulást vesz fel. Esetünkben, tekintve,  
hogy a bántalom nagyon el van terjedve, a hólyagok még mindig  
újabbán támadnak, hogy a száj és garat sebei folytán az emésztés  
nagyon nehezített, a fájdalom miatt éjszakai álmatlanok, a prognosist  
kedvezőtlennek mondható.

Therapia: chinin refracta dosi, mint roboráló. Erősítő diéta, száj-  
viznek 2%-os bórolat, aqua amygdalarum amararum-mal. A köztakaró  
lecsupaszított helyeire morphiomos bórkenőcs. A genitáliákra Burov-  
oldat 1:3 vízhez borogatások alakjában.

**Zwillinger:** Néhány pemphigus esetét én közöltem 1889-ben. Utá-  
nam Landgraf foglalkozott ezen kóralakkal, Irsai az orvosegyesület-  
ben mutatott be egy esetet, az utolsó közleményt pedig Thost írta  
Hamburgban, ki a pemphigussal bakteriologikus alapon foglalkozott.

A jelen eset hasonló az általam közlöttekhez; a különbség csak  
abban áll, hogy én három esetben képes voltam határozott hólyagcsákat  
demonstrálni, ebben az esetben pedig hólyagok nincsenek sem a gége-  
ben, sem a nyelven, szájban, hanem vannak körülrített, confláló, detritus-  
sal fedett felhámvesztések. A diagnosishoz azonban kétség nem fér,  
mert a köztakarón hólyagok vannak, melyekből a pemphigus vulgaris  
felismerhető és ebből folyik a nyákhártya-elváltozások diagnosisának  
helyessége is. Másik áll a dolog olyankor, midőn csak a nyákhártyán  
vannak elváltozások.

#### Nyelvgumma gyógyult esete.

**Irsai Arthur:** H. János, 45 éves, napszámos, f. évi október hó  
18-dikán lett a kórházba felvéve. Az elég jól táplált egyénnél a nyelv  
középső részén, annak hátsó harmadán egy körülbelül tallérnagyságú  
piszkos sárgás-feketes lepedékekkel fedett, felhánt czafatos szélű fekély  
volt található. A feketés lepedék betegnek állítása szerint erős lapis-  
oldattal való gyakori eseteléstől keletkezett, mert míg a kórházba



jutott, azzal lett kezelve. A pontos diagnózis megállapítása ezéjjából a beteg teljesen át lett vizsgálva. Megjegyzendő, hogy a beteg minden infectiót tagadott. A vizsgálat alkalmával mirigybeszűremkedéseket sehol sem lehetett találni. Elsődleges infectio nyoma sehol sem mutatkozott. Daczára annak, az esetet egy szétesett nyelvgyümmből eredő fekélyesedésnek kellett tartani. A kóros folyamat ugyanis minden fájdalommasság nélkül kezdődött és folyt le; betegnek állítása szerint, először képződött a göb, mely lassankint nőtt és később kifekélyesedett; mirigybeszűremkedések hiányoztak. A fekélynek erős határoltsága és felhánt, megvastagodott széle szintén a szétesett gumma felvétele mellett szólt. Mindezt a carcinomával való összetévesztést kizárja. Az adagolt jodkalium (belsőleg) és a bedürzsölési gyógmód a kórisme helyességét be is bizonyította. 3 heti kezelés után a fekély teljesen meggyógyult és a beteg mint gyógyult hagyhatta el a kórházat. Ezen esetnek érdekességét kölcsönöz az, hogy kórelőzményi adatok teljesen hiányoztak, és hogy a beteg szervezetének átvizsgálásakor kiállott syphilisre semmiféle gyanust találni nem lehetett.

#### Sarcoma veli palatini esete.

**Groák Ernő:** Sz. A., 43 éves, házmesternő, körülbelül egy év előtti erős, egészséges volt, gyermekkorában kiállott bárányhimlőn és többszörös elvetélés után történt nehezebb vérzéseken kívül szót érdemlő megbetegedésre nem is emlékezik. Havi baja rendszer, 4 heti időközökben, fájdalomlatlan, 8 napi tartammal, utoljára e hó 16-dikán. 11—12-szer volt terhes, először 22 év, utoljára 4 év előtt. Az V., VII., VIII., IX. és utolsó terhesség annak 3—4. hónapjában abortussal végződött, állítólag túlfeszített munka következtében. A többi rendszeres szüléssel végződött, 3 gyermek él, egészséges, a többi zsenge korban elhalt. Az elvetélések mindig orvosi beavatkozást tettek szükségessé, nehéz vérzésekkel jártak, tartósabb következmények nélkül. 1896. karácsony táján lázzal, egész testében szagatos fájdalommal együttjárt betegségbe esett, egy hét múlva fülzúgás, fejfájás kíséretében kétoldali heveny középfüllob fejlődött, mely megfelelő kezelés mellett (paracentesis) rendszeren gyógyult; 1897. husvét táján ismét gyorsan muló fülpanaszok. Ez év tavaszán jelentkeztek először torokpanaszok, nyelési nehézségek, csekély fájdalmak, melyeket egyideig foglalkozásával járó meghűlésekre vezetett vissza, s nem igen vette azokat figyelembe.

A nyelési fájdalmak azonban lassankint fokozódtak, mirigyei a jobb állkapocs alatt és azután egyéb helyeken is megdagadtak, „toroka bedagadt”, ereje, testsúlya gyorsan fogyott, végre is orvosi segítséget volt kénytelen igénybe venni (augusztus végén). Szűrke kenőcs bedürzsölésekre, jodkalira, helyi kezelésre állapota nem javult, november elején a poliklinika gégészeti osztályához fordult.

Széketlet rendszer, étvágytalan, luest, potust tagad.

**Jelen állapot** (november 5-dikén). Középnagy, mérsékeltén fejlett jó táplálkozásból láthatóan lesoványodott, de még mindig elég jó panniculussal ellátott nöbeteg. Arcszíne, nyákhártyái igen halványak. Első tekintetre feltűnik a jobb alsó állkapocs alatt csaknem tyúktojásnagyságú, in toto jól mozgatható, több megnagyobbodott mirigyből álló, tömött tapintatú, nem fájdalmas, ép bőrrel fedett csomó.

Kiállhatatlan bűz a szájból, melybe benézve következő kép tárult elénk:

Az uvula és a lágy szájpadlás szabad széle hiányoznak. Magát a lágy szájpadlást helyettesíti egy lapos, felfelé félkör alakúan határolt merev képlet, mely épen a kemény szájpadlásig terjed, melynek alsó, szabad, a nyelvgyök felé néző, a rendszeres lágy szájpadlásnak két-háromszorosára megvastagodott széle elfekélyesedett, több mm. vastag piszkos-sárgás, szalonnás lepedékkel bevont. Kétoldalt e képlet a garatíveknek megfelelőleg a tonsillákra megy át, baloldalt kissé mélyebben, mint jobboldalt, a garatíveket is infiltrálva a tonsillák alsó határáig, de a nyelvgyökre át nem terjedve. A felső igen éles, félkör alakú határ körülbelül 2 mm.-nyire kiemelkedik az alpból, a határos nyákhártya kissé halvány, de különben normalis kinézésű, a képlet mellső felülete síma, epithellal bevont, közepe felé kissé behúzódott, a nyákhártya színétől kissé elítő sárgás-vöröses színű, az egész képlet porckemény, merev. Nyelv szabadon mozog.

A rhinoskopia posterior jobboldalt normalis leletet ad, a bal choana ki van töltve egy kissé piros, síma nyákhártyával fedett gömbölyded duzzanat által, mely a choana felső határát nem éri el egészen. Gégetükri lelet normalis, csak az aryporezok csúsa feletti nyákhártya kissé belévelt.

Előlről az orrban baloldalt spina septi, egyébként semmi feltűnő.

A nyak egész területén elszórva a már említett csomón kívül megnagyobbodott mirigyek tapinthatók, különösen a bal cucullaris széle alatt egy csaknem diónyi és egy csoport a jobb fossa supraclavicularisban.

A bal axillában egy nagy mogorónyi, mindkét lágyékban több babnyi egész mogorónyi lapos, fájdalomlatlan mirigy.

A köztakarón, úgy mint annak a különféle nyákhártyákba való átmeneténél semmi feltűnő.

Jobb tüdőcsúcs fölött elöl kissé tompább kopogtatási hang, gyér száraz szűrésűk, egyébként mellkasi szervek fölött nincs rendellenesség, has nem fájdalmas, bal bordaív alatt a mélyben némi tömörség (?), positivebb tapintási lelet nélkül. Léptompulat a VIII. bordán, lép nem tapintható.

Vérben csak igen csekély leukocytosis, vizeletben sem fehérnye, sem cukor.

Mindezek után e képletet *neoplasma malignum*-nak kórisméztük. A betegség tartama, a leirt tumor egész kinézése e mellett szóltak,

megkönnyítette a diagnózist a más helyütt már 2 hét óta alkalmazott antiluetikus gyógmód hatástalansága.

Vajjon mily természetű ez újképlet? A porckeményesség és gyakoriság carcinoma mellett szólanának, a mirigyek általános oly nagymérvű megtámadottsága inkább lymphosarcomára vagy a Billroth-féle „lymphoma malignum” metastasisára enged következtetni, utóbbi mellett szólanak a mirigyecsomók elrendeződése a nyak jobb oldalán (egy csomó a jobb állkapocs alatt, egy a fossa supraclavicularisban), de ellene az élektor.

Ennek eldöntésére görösövi vizsgálat ezéjjából a tumor egy darabkáját kivágtuk, a mikor is tapasztalhattuk, hogy a friss bevágási felületen az állomány szűrkés színű, kissé a vágási felületen túl bugygyanó, ráknedvet nem ad. (Az asszony nagyfokú féltékenysége miatt nem lehetett a felső szélből kimetszeni, hol egyúttal az ép nyákhártya is belesett volna a metszett darabba.)

A görösövi vizsgálat Pertik egyet. tanár úr kórsvéttani intézetében ejtetett meg, a kórisme *polymorph-sejtű sarcoma*. A praeparatum beállítva a t. tagtársak rendelkezésére áll.

A leirt állapotban látták tisztelt tagtársaim az esetet a mult gyűlésen. Azóta beteg solut. arsenic. Fowleri-t szedett, kal. hyp.-oldatot használt szájbölgőgetőnek, s pár napon át az elfekélyesedett felületre jodoformot, azután dermatolt kapott, a mely befűvésokat, mivel hányingert okoztak, mihamar elhagytuk.

Több nap eltelté után az asszony tegnap jelentkezett ismét. A colossalis bűz csaknem eltűnt, a fekély egész terjedelmében felhámozódik, csak 1—2 borsónagyságú felületen van némi vékony lepedék, subiectiv jobban nyel és jobban érzi magát.

Külső okoknál fogva a bemutatáshoz ma nem jelent meg, tisztelt tagtársaim engedelmével annak idején visszatérek ez esetre.

**Krepuska:** A beteg egy év előtt volt nálam otitis media suppurrativával. midőn is paracentesist végeztem nála. Egy más izben otitis externa furunculosaival keresett fel és most újlag jelentkezett igen erős fülfájással; megnéztem azelőtt a beteg torkát, orrát és láttam nála egy szalonnás alapú felhánt szélű fekélyt a pharynx lateralis falán, a jobb oldali tonsilla mögött, meglehetősen oedemával; a mirigyek is duzzadtak voltak és nekem úgy imponált a dolog, mint egy chauce-fekély a nyaki mirigyek bubójával.

**Baumgarten:** Klinice az eset sarcomának látszik, a bemutatott görösöi készítmény alapján sarcomának talán, de lympho-sarcomának semmi esetre.

#### Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1898. márczius 9-dikén.)

Elnök: Rózsaffy Alajos; jegyző: Terray Pál.

Súlyos agyi tünetekkel kezdődő diphtheritis faucium esete felnőttnél.

**Gerlóczy Zsigmond:** A 20 éves férfibeteg 1897. december 24-dikén néhány napi előzetes bágyadtság után hirtelen tonikus és clonikus görösök között betegedett meg és másnap a Ferencz József-kereskedelmi kórházba szállították, a hol december 30-dikáig Frischmann Gyula főorvos osztályán feküdt. A kereskedelmi kórházban felvett jelen állapótából megemlítendő, hogy „a jobb sulus nasolabialis kissé elsímult, a jobb szájzúg valamivel mélyebben áll, a bal szájzúgban felhámfosztott, kissé vérvő, pörkkel fedett helyek, melyek az ajak belfelületén áthúzódnak; a szájüregben abnormitás nem észlelhető. Pupillák egyenlők, fényre jól reagálnak. Hólyag telt, catheterrel egy liternél több vizelet ürül ki, mely 2/100 fehérjét tartalmaz. Microscop alatt szemcsés cylinderek, buzogányalakú phosphorsavas ammoniak-jegeczek. Beteg öntudata zavart, nyugtalan, folyton ide-oda hanykolódik, ágyából ki akar ugrani, hozzátartozóit fel nem ismeri. Az ideg- és érzékszervek vizsgálata, a fejn leirt facialis hűdésen kívül, abnormitást nem mutat. Hőmérsék 37° C., pulsus perczenkint 80. December 26. és 27-dikén a tünetek nem változtak. Torokfájalmakról panaszokodik, mindkét tonsillán éleson határolt sárgás felrakódás, vizeletben fehérje ki nem mutatható. 29-dikén a tonsillákról vett oltás diphtheriára positiv lévén, december 30-dikán a szt. László-kórházba szállították.”

A szt. László-kórházban december 30-dikán felvételén, a leirt facialis hűdés mellett mindkét tonsilla belső felületén fillérnyi piszkos sárgás-szűrke vaskos lepedék látható, torokképletek egybeüttl erős belöveltséget mutatnak, a bal szájzúgban az ajkak belső felületén itt-ott lepedék. Beteg szerfölött nyugtalan, ágyából felugrál. Hőmérséke a délutáni órákban 37°6' C. 10 kem. Preisz-féle serumot kap. Január 2-dikén bal tonsilla tiszta, jobban fátyolszerű lepedék; beteg láztalan, de még mindig izgatott. Január 5-dikén a torok tiszta. Izgatottsága jelentékenyen engedett ugyan, de tekintete még mindig zavart. Január 10-dikétől fogva mindinkább nyugodtabb, s erőbeli állapota is lényegesen javulván, daczára a még fennálló facialis hűdésnek, atyja kérelmére hazabocsátottuk.

Az eset érdemes a bemutatásra azon súlyos kezdeti tünetek miatt, a melyek betegünkénél mutatkoztak s a melyek legkevésbé sem kelthették akkor azt a gondolatot, hogy diphtheriában szenved. A beteg előzetes bágyadtság után, hirtelen lett rosszul görösök és öntudatlanság mellett. A deliriumos állapot másnap a kereskedelmi kórházban is változatlan volt s e mellett facialis hűdés tünetei voltak constatalhatók. Torokfájásról csak december 26-dikán panaszokodott először s diphtheriára először csak december 27-dikén kezdtek gyanakodni. Az oltás positiv leletet adván, így került a beteg a szt. László-kórházba. Ez esetben



nem lehetett a torokbeli diphtheria kezdetét pontosan megállapítani, mert a beteg több napon át öntudatlan állapotban levén, torokpanaszokkal nem fordult orvosához, de még a kórképből sem lehetett a priori diphtheriára gondolni.

Bemutató úgy fogja fel az esetet, hogy a beteg hirtelen rosszul léte előtt már több nappal azért volt bágyadt, mert a diphtheria incubatio stadiumában volt, illetőleg az a levertség diphtheritissnél minden esetre szokatlan hosszú prodromalis szakasz volt, melyre következett a leirt súlyos tünetekkel a tulajdonképpeni megbetegedés. Ezeket a súlyos izgatottsági tüneteket másból, mint a diphtheriatoxin hatásából, nem tudja magyarázni; a facialis hűdés megjelenését is toxikus behatásnak lehet tekinteni s ez esetben egy fölülte ritka esettel állunk szemben, a melyben t. i. a hűdés a torokdiphtheria tartama alatt, sőt talán a torokbeli localis tünetek megjelenése előtt állott elő.

*Frischmann Gyula:* Az esetet szóló észlelte és kórtörténetét három szakaszra osztja. Az elsőben a beteg otthon volt 8—14 napig, rosszul érezte magát, fejfájásai, lázai voltak, 1897. december 24-dikén családi körben egyszerre összerogyott, öntudatlan lett, az orvosok tonico-klonikus göresöket constataáltak, sőt trismust is, ezért szájtérpesztővel szétfeszítették száját, vizelete kevés volt; 25-dikén vététt fel szóló osztályára. Ekkor a betegsége második szakában felvételkor öntudatlan volt, feleletet nem ad, környezetét nem ismeri, pupillák egyformák, fényre renyhén reagálnak, cornea homályos, jobboldalt facialis bénulás, melkasi, hasi szervek épek, telt hólyag, patellaris reflex kissé fokozott. A beteg kórtörténete eltér az előadó által előadottól, a mennyiben a beteg torkát azonnal megnézték, mert a százugban levő anyagihiány a szájba is folytatódott, de tiszta volt, diphtheriát nem találtak. 27-dikén lépett fel fehér lepedék az ajkon és akkor tonsilitis follicularis confluens képe mutatkozott hasonló lepedékekkel. 29-dikén a mandolán piszkos, sárgás-szürkés lepedék jelentkezik, a beteg hőmérséke ekkor 38.2° C, logikusan beszél, csak néha téveng. 30-dikén a diphtheria-bacillust kimutatják és akkor küldik a szt. László-kórházba.

Először szóló mérgezésre vagy uraemiára gondolt, de a heveny mérgezés kizárta, mert a gyomor és bél részéről nem volt elváltozás, családi körben volt a beteg, nem evett, nem ivott semmit, a beteg már 8—14 nap óta rosszul érezte magát, ezért *uramiát* vett fel, melyet megerősít az, hogy a csapolással nyert 300 gm.-nyi piszkos zavaros vizeletben 20/100 albument találtak és cylindereket. A vesebántalom okául fertőző betegséget, scarlatinát, volt hajlandó felvenni. A fellépett diphtheriával nem hozhatta összefüggésbe ezen tüneteket, mert ennek felvételkor nem volt semmi nyoma; a diphtheria különálló betegség. A diphtheria hozhat létre agybeli tüneteket, de csak utólag, a helybeli tüneteket megelőzőleg nem. Szóló nem ismer ilyen esetet az irodalomból, talán előadó sem. Ezért szóló bár méltányolja előadó nézetét, de kételyeit, hogy itt a diphtheria egy külön infectiv bántalom, nem bírja szétosztani. Várta szóló, hogy desquamatio is fel fog lépni, de erről nem tud, hogy fellépett volna.

*Gerlóczy Zsigmond:* Hogy heveny fertőző betegségről van szó azt szóló a Frischmann főorvos osztályán felvett kórtörténet alapján, vette fel, mert olyan izgatottsági tünetek, melyeket szóló is észlelt még, heveny fertőző betegségeknél szoktak fellépni. Scarletinának nyoma sem volt. Hogy a szájugyban levő seb fertőztetett volna a kereskedelmi kórházban, az ellen szól, hogy ott 2 év óta nem volt diphtheria-eset, azután igen gyors lett volna a fejlődése. Szóló azt hiszi, hogy a diphtheria-bacillus invasiója megvolt már előbb, a fekély csak alkalmi okul szolgál, hogy arra a helyre localizálódjék. Másrészt a hűdés, ha más okból lép fel, nem szokott olyan izgalmi tünetekkel járni, ezt is a diphtheria-toxinnak tulajdonítja szóló. Irodalmi adatai nincsenek, tisztán tapasztalatára támaszkodva gondolta ezt így magyarázhatni.

*Frischmann Gyula:* Uraemia folytán is létrejöhet hűdés.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

1006/1898. sz.

A budapest-angyalföldi m. kir. állami elmeegógyintézetben megüresedett II-dik másodorvosi állásra, a mely 500 frt évi fizetés, szabad lakás, fűtés, világítás és I. osztályú ételmezés élvezetével van egybekötve, ezennel pályázat hirdetik.

Az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának követelményeire való utalással felhivatnak mindazon orvostudor urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy belügyminis-ter úr ő nagyméltóságához címzett, 50 kros bélyeggel ellátott, valamint orvostudori oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat f. é. május hó 11-dikéig bezárolag alulírt igazgatóságnál nyújtsák be. Megjegyeztük, hogy később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1898. március hó 17-dikén.

A budapest-angyalföldi m. kir. állami elmeegógyintézet igazgatósága.

3—3

1218/98. kg. szám.

Szabolcsvármegye dadai alsó járásához tartozó Büdsszentmihály és Tisza-Büd összesen 8760 lelket számláló községekben lemondás folytán megüresedett körorvosi állás választás útján betöltése Büdsszentmihályon, mint a kör székhelyén a városházánál folyó évi május hó 4-dikén (negyedikén) délelőtt 10 órakor fog eszközöltetni.

Ezen állással járó javadalmazás a következő:

Évi készpénzfizetés 400 frt.

Nappali látogatásért a két községben 40 kr.

Éjjeli látogatásért 60 kr.

Az orvos lakásán eszközölt vizsgálatért 20 kr.

A községeken kívüli látogatás alkalmával természetbeni fuvar adandó vagy annak díja lefizetendő.

Halottkémisért 40 kr.

Szegényeket ingyen tartozik a megválasztandó körorvos gyógykezeln.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében kérvényüket, születési bizonylat és eltöltött szolgálati idejükről vonatkozó bizonylatokkal is felszerelve hozzám f. é. május hó 1. napjáig anyival inkább beadják, mert a később beérkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Tisza-Lök, 1898. évi április hó 2-dikén.

3—1

Dobos, főszolgabíró.

40/898. eln. szám.

Biharvármegye közokmányozásánál lemondás folytán az egyik segédorvosi állás megüresedett. A napokban megjelenő pályázat kiírását megelőzőleg, felhívotnak mindazon egyetemes orvostudor urak, kik ezen állásra pályázni óhajtnak, hogy ebbeli szándékukat velem mielőbb írásban tudassák, mellékelvén összes okmányaikat, és megjelölvén azon időpontot, melyben ez állást egyelőre mint helyettesek f. évi május 1-én belől elfoglalni hajlandók.

Nagyvárad, 1898. évi április hó 6-dikén.

Dr. Fráter Imre, Biharvármegye közokmányozás igazgató-főorvosa Nagyváradon.

## HIRDETÉSEK.

### BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-6339, kén-savas natron 7-1917, szénsavas mész 4-1050, chlornatrium 3-8146, szénsavas kali 2-3496, szénsavas Magn. 1-7157, szénsavas Lithion 0-1089; szilárd alkatrészek, 53-3941 összes szénsav-tartalom 47-5567, hőmérséklet 12-30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérvél stb.

Kitünő diaetetikus ital.

### Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kúra, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos:

Med. Dr. REUSS VILMOS

A fürdő-igazgatóság Bilinben

Csehországban.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, gőrcsö- és bacteriologiai

### ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13—15. szám.

### Gyermek-sanatorium Abbaziában.

Igazgató orvos: Dr. Szegő Kálmán.

Felvétel kísérővel vagy a nélkül egész éven át. Állandó orvosi felügyelet, modern kényelem, mérsékelt díjak. Kívánatra prospektus.

### Trencsén-Teplicz kénes-fürdő

Felső-Magyarországban. Vasúti állomás Tepla-Trencsén-Teplicz.

Az osztrák-magyar monarchia legerősebb kénes fürdői 28°—32° R. fokú meleg forrásokkal. Javalatok: köszvény, csúsz, megrögzött syphilis, idegzsák, ischias, idült bőrbetegségek, onosztú és úszók, makacs sebek stb. — 6 fürdőorvos.

Az idény kezdete május 1. — Kényelmes és olcsó. — Ez idén hidegvíz-intézet is berendeztetett. — Fürdő-leírást ingyen küld a fürdőigazgatóság.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI  
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Marschalkó Tamás: A plasmasejt-vitához 198. l.

Déri Henrik: Subluxatio unilateralis vertebrae quintae colli. 200. l.

Bálint Rezső: Közlemény az „Erzsébet”-szegényház idegészvettani dolgozójából. Rendelő orvos: Schaffer Károly dr. egyetemi m. tanár. Az agyvelő fejlődési rendellenességének egy esetéről. 201. l.

Tárca. Fanzler Lajos: Thurzófűredről — Japánba! 203. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Navratil Imre, Hüttl Hümér, Rosenberg Alajos: Sebészeti adatok 1895—1897. 204. l. — Lapszemle. Welandér: A higanykezelésnek új módja. — Spiegler: A trichorrhexis nodosáról és kórokozójáról. 205. l. Hétiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A szülészeti poliklinikum forgalma. — A jászberényi „Erzsébet”-kórház kimutatása. — Somogyvármegye egészségügyi viszonyai. — Szemere Bertalan. — Elhunyt. — Hall-fürdő. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. 205. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A plasmasejt-vitához.

Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanártól.

Krompecher Ödön dr. úr a budapesti kir. orvosegyesület márczius hó 19-dikén tartott ülésén egy érdekes előadásban a plasmasejtek fontos kérdését ismét felszínre hozta, a melyhez, valamint az ahhoz fűződő discussióhoz, ha részemről is pár megjegyzést óhajtok fűzni, az — azt hiszem — annál természetesebbnek fog mindenki előtt látszhatni, mert hisz úgy az előadásban, mint a rákövetkezett vitában rám is többször történt hivatkozás.

Teszem ezt annál szívesebben, mert 1895 tavasza óta, a midőn plasmasejt-munkám (Über die sogenannten Plasmazellen, ein Beitrag zur Kenntniss der Herkunft der entzündlichen Infiltrationszellen. Aus der kgl. dermatol. Universitäts-klinik zu Breslau. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1895. Bd. XXX.) megjelent, daczára annak, hogy a kérdésre vonatkozó vizsgálataimat magától érthetőleg azóta is folytattam és annak minden fejlődési phasisát figyelemmel kísértem, a nyilvánosság előtt nem nyilatkoztam, holott erre a dolog természetéből kifolyólag bő alkalmam lett volna.

Miután ugyanis én fenti munkámban a plasmasejtekre vonatkozó minden fontosabb kérdésben, de különösen a leglényegesebb pontra, t. i. azok histogen vagy haematogen eredetére nézve nemcsak nagy számú, a legkülönbözőbb kórfolyamatoknál végzett göresői vizsgálatok nyomán, hanem — az e kérdést illetőleg nézetem szerint egyedüli helyes útra, a kísérleti buvárlat útjára lépve — mesterséges lobkisérletek és állatexperimentumok alapján homlokegyenest ellenkező eredményekre jutottam, mint *Unna*, a plasmasejtek felfedezője: az is nagyon természetesnek tűnik fel, hogy munkálatom nem maradt felelet nélkül, hanem úgy *Unna*, mint a hozzá közelálló vizsgálataim horderejét mindenképen meggyengíteni igyekeztek.

Igy *Unna* már pár hónappal munkám megjelenése után megtámadott egy cikkében (Über Plasmazellen. Antikritisches und Methodologisches. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XX. Nr. 9.), azt vetve szememre, hogy eredményeimet részben más festési módszerrel nyerve, azok nem helyesek, másrészt meg, hogy az állatoknál talált leletek nem bizonyítók az emberre nézve. A fődolgra nézve azonban, t. i. a plasmasejtek eredetére, illetőleg mesterséges lobkisérleteimre, melyekben a plasmasejtek fejlődését a lymphocytákból lépésről lépésre követtem, ezen válaszában ki nem terjeszkedett.

Ha az ezen cikkben foglalt inkább személyes élő támadásra, a mely különben csak részben vonatkozott reám, nagyobb részben *Neisser*-re, a kinek intézetéből került ki dolgozatom és a ki munkám alapján *Unna*-nak éppen ez időtájtban megjelent nagy könyve („Histopathologie der Hautkrankheiten“) felett éles kritikát gyakorolt, részemről annál is inkább elégségesnek tartottam a *Neisser* által *Unna*-nak nevében is adott válaszszal („Zur Discussion über Plasmazellen“, Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. 3 H.) megalégedni, mert azt tartom, hogy a személyeskedés mindig a tudományos érték rovására megy, mivel a kinek személyeskedésre van szüksége, hogy igazát megvédje, annak a dolog érdemére nézve rendesen úgy sines igaza; *Unna*-nak egyéb ellenvetéseire azonban válaszolni igenis szándékomban volt. Ez újabb vizsgálatok nélkül is igen könnyű lett volna, hisz hogy csak egy példát hozzak fel, a plasmasejtek alaki tulajdonságaira általam felhozott újabb momentumokra nézve elég lett volna *Unna*-nak saját rajzára utalni a histopathológiájában, a hol pl. a plasmasejtek magvának excentrikus helyzete, a mit én hangsúlyoztam, a lehető leghatározottabban van kifejezésre juttatva.

E közben jelent meg azonban *Hodara*, *Unna* egy tanítványának a munkája *Darier* laboratoriumából (Annales de Dermat. et de Syphiligr. T. VI. Nr. 10 p. 586. és németül Monatsh. f. pract. Dermatol. Bd. XXII. Nr. 2), a ki a plasmasejtek eredetére ugyan nem terjeszkedett ki, mert tisztán csak azon kérdést vizsgálta, vajjon előjönnek-e a normalis vérkészítő szervekben plasmasejtek és azon következtetésre jut, hogy a normalis emberi lépben előforduló sejtek nem plasmasejtek, hanem nagy egymagvú leukocyták, a melyeket ő polyeido-cytáknak nevez, a melyek azonban a valódi plasmasejtekhez annyira hasonlítanak, hogy sokszor nem lehet őket egymástól megkülönböztetni.

*Hodara* munkájára alább még visszatérek és itt csak annyit jelzek, hogy válaszom közzétételével, melyet ad hoc irtam, azért késtem, mert meg akartam várni *Darier* kritikáját *Unna* könyvéről, a mely ép akkor kezdett megjelenni az „Annales“ folytatólagos számaiban s melynek elején előre jelezte, hogy a plasmasejteknek egy külön fejezetet fog szentelni és így egyúttal arra is meg akartam tenni reflexiómat; *Hodara* munkáját pedig, a mely a kérdésnek különben is csak egy kis, inkább alárendelt részével foglalkozott, épen-séggel nem tartottam olyannak, a mely a sietséget részemről egyáltalán indokoltá tette volna.

Időközben azonban más külföldi szerzők munkálatai jelentek meg, a melyek teljesen feleslegessé tették az én



megnyilatkozásomat, mert észleleteimet mindenben megerősítették. Mindenesetre a legkellemesebb, ha egy vitás kérdésben nem az érdekelt felek, hanem más, mindkét részről teljesen független buvárok nyilatkoznak pro vagy contra.

Miután pedig időközben külső körülmények egy ideig megakadályozták abban, hogy vizsgálataimat tovább folytatva a kérdést újabb irányban fejleszsem, csak egy újabb munkámban, melyet ép most rendezek sajtó alá, szándékozom egyúttal a plasmasejtek kérdésére is újlag rátérni.

Mivel azonban *Krompecher Ödön* dr. úr érdekes előadásával e fontos kérdést ismét szőnyegre hozta, ezen alkalmat használok fel — miután a megnyilatkozásra úgyszólván provokálva lettem — hogy reflexióimat nyilvánosságra hozzam.

\*\*\*

A mi mindenekelőtt *Krompecher* kartárs úr előadását illeti: többször volt alkalmam vele behatóan értekezni a plasmasejtek kérdéséről, készítményeibe is nagyrészt bepillantást vehettem és így eredményeit részben már ismertem; de megoly szíves volt kérésemre munkálatának, mely „*Ziegler's Beiträge*“ legközelebbi számában fog megjelenni, egész szövegét, valamint az ahhoz mellékelte chromolitographikus táblát is megküldeni és így azt egészen áttanulmányozhattam.

Mindenekelőtt igen örülök és nagy súlyt fektetek rá, hogy *Krompecher* dr. úr, a ki oly lelkiismeretes buvár és ezen munkálatára is — mint tudom — oly sok időt és gondot fordított, leleteimet a főbb pontokban mindenütt megerősíti; így különösen a plasmasejtek jellegző morfológiai tulajdonságait illetőleg, melyeket én praecisiroztam szorosabban; továbbá arra nézve, hogy meglehetősen, sőt teljesen egyforma, vajjon az *Unna*-féle festési, illetve szintelenítési eljárást, avagy a *Jadassohn* és általam ajánlottakat alkalmazzuk-e; meg főképp arra nézve, hogy a plasmasejteket ő is lymphocytáknak tartja.

A mi az első két pontot illeti, tényleg csak ismételve hangsúlyozhatom és minél tovább folytatom vizsgálataim, csak annál inkább megerősödöm ezen nézetemben, hogy szerintem a plasmasejt, az a sejt, a melyet *Unna* és utána *Jadassohn* és én definiáltunk — mondjuk, hogy a „*typikus*“ plasmasejt —, egy *morphologiai egység*, épúgy mint más morfológice jól kifejezett sejtalak, így pl. a polynuclearis leukocytá; a mely ugyan jellegezve van az által, hogy protoplasmája a methylenkék iránt bizonyos affinitással viseltetik, de más basikus anilin színekkel, különösen thioninnal is erősebben festődik, e mellett azonban pl. haematoxylin-festés mellett is pompásan tanulmányozható; de a melynek általam részletesen praecisirozott alaki tulajdonságai oly jellemzők, hogy mint olyanok bármely festés mellett is könnyen felismerhetők; és én megvallom, soha sem jöttem zavarba, hogy egy lobos beszűrődés sejtjei közül vagy máshol is a plasmasejteket tisztán alaki tulajdonságaik után kiválaszszam és felismerjem, épúgy mint pl. felismerem a polynuclearis leukocytát vagy egy hizott sejtet stb. és a melyeknél én ennél fogva a jelzett alaki tulajdonságokra fektetem a főszúlyt, annál is inkább, mert a methylenkékkel utóvégre is egy csomó más sejtelem protoplasmája is erősebben festődik és ha tisztán a festési reakciót vesszük tekintetbe, bizonynyal egy csomó más, idegen provenienciájú sejtelemet fogunk a plasmasejtekkel összezavarni.

Hogy azután e mellett léteznek-e úgynevezett „*pseudo-plasmasejtek*“ vagy „*atypikus plasmasejtek*“, mint *Hodara* és *Schottländer* után *Krompecher* kartárs úr is konstatálta, az a szóban forgó kérdésre nézve szerintem teljesen közömbös, mert szerintem ezeket a valódi vagy tipikus plasmasejtekkel összezavarni nem lehet és nem szabad.

Az első, a ki a pseudoplasmasejtek kérdését felszínre hozta, *Hodara* volt, a ki normalis emberi lépben sajátságos sejteket irt le (l. c.), melyek szerinte is nagyon hasonlítanak a tipikus plasmasejtekhez, úgy hogy többször nem lehet őket egymástól megkülönböztetni, de a melyek mégis úgy a sejtmag, mint a sejtest nagy polymorphiája, valamint a festési reakciónak nagyobb határok közt való ingadozása által különböznek a valódi plasmasejtektől, úgy hogy csak azokat lehet velök összezavarni, a melyeknek alakja hasonlít a plasma-

sejtekéhez és e mellett protoplasmájuk is sötétben van megfestve; szerinte azonban még ilyenkor is fel lehet haematoxylin-festéssel azonnal ismerni, hogy azok nem valódi plasmasejtek, a mennyiben a sejtmag különböző alaki tulajdonságai, a melyek methylenkék-festésnél a sötét szín által el vannak fedve, inkább előtérbe lépnek.

*Hodara* valószínűnek tartja, hogy a normalis emberi lépben általam leirt sejtek, a melyek szerintem (ép úgy mint a normal emberi nyirkmirigyekben, valamint házinyulak ép nyirkmirigyekben és lépben előfordulók) a plasmasejtektől morfológice épen nem és festési tekintetben is csak annyiban különböznek, a mennyiben protoplasmájuk methylenkékkel egy árnyalattal halványabban festődik, nem egyebek, mint ilyen pseudo-plasmasejtek, t. i. nagy egymagvú leukocyták, általa úgynevezett polyeidocyták.

Eltekintve azonban attól, hogy én vizsgálataimat nemcsak emberi, hanem állati (házinyúl, fehér egér, fehér patkány) ép vérkészítő szerveken (lép és nyirkmirigy) végeztem, s így *Hodara* kritikája ellen — a ki csak emberi szerveket vizsgált — már csak ezért is kifogást emelhetnék; eltekintve továbbá attól, hogy *Hodara*, mint ezt hozzáintézt, de — mint említém — nem közölt válaszómban bővebben kifejtettem, egyáltalán nem bizonyította be, hogy azon sejtek, melyeknek úgy protoplasmája, mint különösen sejtmagva morfológice mégis megegyezik a plasmasejtekkel, a minek lehetőségét ő maga is többször hangsúlyozza, a midőn tehát haematoxylin-festéssel sem lehet azokat a valódi plasmasejtektől megkülönböztetni, tényleg miért „*polyeidocyták*“ és miért nem plasmasejtek: én csak a fehér egerek és különösen fehér patkányok ép lépében óriási mennyiségben előforduló sejtekről, a melyek a plasmasejtektől sem morfológice, sem festési tekintetben absolute nem különböznek, állítám, hogy azok biztosan plasmasejtek; az emberi normalis lépben előfordulókról a fenti rezervákkal nyilatkozom s e tekintetben egyáltalán nem mondok mást, mint *Hodara* végkövetkeztetéseknek 1. pontjában, hogy t. i. azok oly sejtek, a melyek a plasmasejtek morfológiájával bírnak, csak hogy halványabban festődik a protoplasmájuk.

Hogy azután én ezen sejteket, a melyek morfológice teljesen egyeznek a plasmasejtekkel, mégsem tartom „*polyeidocyták*“-nak, az természetes. Mert én biztosíthatom *Hodara* dr. urat, hogy én a polyeidocytákat, t. i. nagy egymagvú leukocytákat mindig élesen külön választottam a plasmasejtektől; azokat igenis mindig láttam a plasmasejtek mellett, de ezekkel soha össze nem tévesztettem, még akkor sem, ha erősebben voltak megfestve, mert hisz ismétlem, hogy én a plasmasejtek jellegző alaki tulajdonságaira fektetem a főszúlyt; a nagy egymagvú leukocyták pedig oly különböző morfológiai tulajdonságokkal bírnak, hogy azokat velök összetéveszteni nem lehet. Azokat külön bővebben leírni azonban annál kevésbbé tartottam plasmasejt-munkámban szükségesnek, mert én egész nyíltan kijelentém, hogy a nagy egymagvú leukocytákkal és azok továbbfejlődésével nem szándékozom foglalkozni.

*Hodara* után *Schottländer* munkája következett (Über Eierstocksterculose. Jena, Gustav Fischer, 1896), a ki az ú. n. tipikus plasmasejtekre, tehát az itt szóban forgó sejt-elemekre nézve, a melyeket, mint ő is kiemeli, *Unna* értett első munkájában és utána én bővebben praecisiroztam, az én leleteimet mindenben megerősíti, úgy az alaki és festési tulajdonságokra nézve, azoknak normalis szövetekben való előjövetele, valamint arra nézve is, hogy azok nem kötőszöveti sejtek, mint *Unna* állítja, hanem lymphocytákból keletkeznek; e mellett azonban megkülönböztet nem tipikus vagy pseudo-plasmasejteket is, a melyek az előbbiektől alakilag bizonyos különbségeket mutatnak fel és a melyeket ő a nagy egymagvú leukocytáktól származtat, a melyek tehát megfelelnek a *Hodara* által leirt sejteknek.

Ugyancsak ezen nézetnek ad kifejezést *Krompecher* kartárs úr is, a ki szintén azt állítja, hogy a tipikus plasmasejtekhez képest — a melyek lymphocytar eredetére nézve teljesen felfogásomhoz csatlakozik — egy elenyésző csekély része a plasmasejteknek nem a lymphocytáktól, hanem a



nagy mononuclearis lymphocytáktól és azok átmeneti alakjaitól származik, mint azt határozottan lehet konstatálni, ha az ilyen plasmasejtek magvait, a melyek megegyeznek a nagy mononuclearis leukocyták magvaival, összehasonlítjuk a plasmasejtek egészen jellegző és sajátos magvaival, melyek azoktól lényegesen különböznek.

(Folytatása következik.)

### Subluxatio unilateralis vertebrae quintae colli.

Déri Henrik dr. járási orvostól Szarvason.

(Vége.)

Egyoldali teljes a ficam, a midőn a kificzamodott csigolya egyik oldali alsó ízületi nyulványa, az alatta levő csigolya felső ízületi nyulványának ízületi síkján fel és előre csúszik annyira, hogy az ízületi sík előtti mélyedésbe sülyed. Ha igaz az, a mit Blasius és Albert állítanak, hogy t. i. ilyen ficamoknál a nyak mindig a sérült oldal felé görbült, a fej mindig a sérült oldal felé hajlított, akkor betegemnél a ficam ezen módja is kizárható, mert hiszen betegem nyakát a jobb oldal felé görbíti, fejét a jobb oldal felé hajlítja, míg ellenben az alakeltérés a bal oldalon van és a fájdalmat is mindig a bal oldalon jelzi a beteg. Völker<sup>24</sup> kétségbe vonja Blasius és Albert állításának helyességét hullákon eszközölt mérések alapján. E mérések alkalmával Völker azt találta, hogy a nyaki csigolya ízületi síkja 7 mm. magas, a sík előtti mélyedés pedig 1 mm. mély; s ebből azt a következtetést vonta le, hogy teljes egyoldali ficamnál az egészséges oldal felé görbült a nyak, mert bár a kificzamodott csigolya ízületi nyulványa le is sülyed az alatta levő csigolya felső ízületi nyulványa előtti mélyedésbe, még akkor is 6 mm.-rel magasabban áll, mint a megfelelő egészséges oldali ízületnyulvány. Figyelembe véve azt, hogy teljes egyoldali ficamnál is érezhető a garat hátsó falán a kificzamodott csigolya teste, hogy továbbá a nyelés nehezített, mely tünetek betegemnél hiányoztak, továbbá, hogy sokkal plausibilisebb Blasius és Albert véleménye, hogy t. i. a nyak a sérült oldal felé görbült, esetemnél az egyoldali teljes ficamot is kizárhatónak tartottam.

Egyoldali nem teljes ficamra (Luxatio incompleta = Subluxatio) kellett végül gondolnom, a melynél fokozottabb oldalhajlítással együtt járó kisebb forgómozgás következtében valamelyik nyaki csigolya egyik oldali alsó ízületi nyulványa az alatta levő csigolya felső ízületi nyulványának ízületi síkján előre- és feleszúszik, de nem sülyed az ízületi sík előtti mélyedésbe, hanem az alatta levő ízületi síkkal tovább is érintkezve, annak felső szélén megáll.

Ezen bonczani állapotnak megfelelők az éln észlelhető tünetek. A fej azon oldal felé van hajlítva, a mely felé a hajlítás irányult, az arc az egészséges oldal felé fordul, mert a sérült oldalon levő ízületi nyulvány előbbre áll, mint az egészséges oldalon levő, neki megfelelő ízületi nyulvány. A sérült oldalon a nyaki izmok feszesek és jobban kiemelkednek, az egészséges oldalon levők petyhüdtek; a kificzamodott csigolya tövisnyulványa a sérült oldal felé tér ki. A gerinceggy ilyen esetekben nem szenved sérülést, de a kari idegköteg legtöbbször vongáltatik, minek következtében a sérült oldali vállban és felkarban kisebb fokú mozgási és érzési zavar észlelhető.

Esetemnél fokozott jobb felé hajlítással együtt járó kisebb-fokú forgómozgás után maradt a nyak jobb felé görbült, az arc az egészséges jobb oldal felé tekint; a tarkóizmok a sérült bal oldalon feszesek, az egészséges jobb oldalon petyhüdtek; a kificzamodott nyaki csigolya tövisnyulványa a sérült bal oldal felé tér ki, végül a sérült baloldali vállban és felkarban zsidbadásról panaszkodik a beteg. A tünetek teljesen egyeznek a subluxatio tüneteivel, miért is a nyaki csigolya subluxatiójára tettem a kórismét és pedig tekintettel részben a fájdalomjelzés helyére, részben az alakeltérés helyére, az V. nyaki csigolya nem teljes ficamát vettem fel. A keletkezési mód szintén subluxatio mellett szólt, mert mint a Blasius, Heineke<sup>25</sup>, Martini, Rotter, Völker, Berthold<sup>26</sup>, Bardeleben<sup>27</sup> és Guerin esetei is bizonyítják, fokozott izom-

működés okozta hajlítás következtében elég gyakran észlelték a subluxatio létrejöttét. Rendes körülmények között, pl. esetemnél a nyak jobb oldal felé való hajlításánál az V. nyaki csigolya jobboldali alsó ízületi nyulványa a VI. nyaki csigolya felső ízületi nyulványának ízületi síkján le- és hátrafelé csúszik, ugyanekkor az V. nyaki csigolya baloldali alsó ízületi nyulványa a VI. nyaki csigolya felső ízületi nyulványának ízületi síkján előre- és feleszúszik. Ha már most elképzeljük, hogy ez a hajlítás fokozott erővel hajtatik végre és még forgómozgás is csatlakozik hozzá, akkor igen természetes, hogy az ízületi nyulványok kitérése is nagyobb lesz. Fokozott jobb oldal felé való hajlításnál esetemnél a VI. nyaki csigolya jobboldali felső ízületi nyulványának ízületi síkja egy emeltyű forgási pontjává lett, mely körül az V. nyaki csigolya baloldali alsó és a VI. nyaki csigolya baloldali felső ízület nyulványa egymástól eltávolodik. Minthogy fokozott oldalra hajlításnál csak 30°-nyi fordulatot kell a fejnek tenni, hogy a kificzamodott nyaki csigolya alsó ízületi nyulványa az alatta levő nyaki csigolya felső ízületnyulványának legmagasabb pontjáig előre csúszszon, könnyen elképzelhető, hogy betegemnél, ki még fejlődésben van és így minden izülete mozgékonyabb, az ízületek szálagai lazábbak, egy ilyen erős jobb felé hajlítás, melyhez a fej jobb felé fordítása is csatlakozott, subluxatiót hozott létre.

A nyaki csigolyák ficamának kórjósolata a gerinceggy sérüléseinek mérvétől függ, és így esetemnél, hol a gerinceggy sérülésének nyoma sem volt, kedvező volt. Boyer, Richerand, Horner és Desault azon figyelmeztetését, hogy a kificzamodott nyaki csigolya visszahelyezését meg sem szabad kíséreni, csak akkor lehet kellően méltányolni, ha olvassuk, hogy említett szerzők idejében minő erőszakos módon igyekeztek a kificzamodott csigolyát visszahelyezni. Brunus<sup>28</sup> említi, hogy Malgaigne a földre ültetett beteg háta mögé állva, annak álla köré vezetett kendőt saját tarkója felett összekötötte és míg válláival a beteg vállait rögzítette, ez összekötött kendővel gyakorolt húzást. Theodorich<sup>29</sup> állánál fogva emelte fel a beteget és a testsúly gyakorolta az extenziót. Saliceto<sup>30</sup> a beteget fejénél fogva húzta fel és addig rázta, míg a ficam helyre ment; Paré<sup>31</sup> a beteg vállait rögzítette és a beteg fejét rázta. Hickermann a garat felől akarta helyre nyomni a kificzamodott csigolyát, míg Walker és Porta a kificzamodott csigolyának a középvonalról eltért tövisnyulványára gyakorolt nyomás segítségével szándékoztak a visszahelyezést végezni.

A mióta Richet<sup>32</sup> és Hueter<sup>33</sup> kik a nyaki csigolyák bonczani és mechanikai viszonyait tanulmányozták, azt ajánlották, hogy csak az a visszahelyezési mód helyes, csak az felel meg a bonczani és élettani viszonyoknak, a melynél a helyét elhagyott csigolyarészlet ugyanazt az utat teszi meg, csak hogy fordított irányban, mint a mely utat a ficam létrejöttékor megtett, azóta minden nyaki csigolyaficam helyretételénél ez szolgál vezérelvül.

Betegemnél a subluxatio úgy jött létre, hogy a beteg fejét erősen jobb felé fordítván, az V. nyaki csigolya jobboldali alsó ízület nyulványa erősen reátámaszkodott a VI. nyaki csigolya jobboldali felső ízületi nyulványára, miáltal ez egy emeltyű forgási pontjává vált, mely körül az V. nyaki csigolya bal alsó ízületi nyulványa a VI. nyaki csigolya bal felső ízületi nyulványától eltávolodott.

Ezt a helyzetet kellett ismét előidézni, a mi csak úgy sikerül, ha az amúgy is jobb felé hajlított nyakat még jobban jobb felé hajlítom, a mikor azután az V. nyaki csigolya jobboldali alsó ízületi nyulványa reátámaszkodik a VI. nyaki csigolya jobboldali felső ízületi nyulványára is, ezzel megvan az emeltyű forgáspontja. A ficam létrejöttékor az arc jobb felé fordult, azaz az előbb említett forgáspont körül az emeltyű szárai egymástól távolodtak. A visszahelyezésnél tehát az arc előbb a középvonal felé, majd kissé bal felé fordítandó, hogy az emeltyű szárai egymáshoz közeledjenek, hogy a helyét elhagyott V. nyaki csigolya baloldali alsó ízületi nyulványa megint a VI. nyaki csigolya baloldali felső ízületi nyulványának ízületi síkjára kerüljön.



Bár Schuh és vele többen még a chloroform alkalmazása előtt az ébren levő betegen sikerrel reponáltak több esigolya luxatiót, mégis betegemnél a narkosisban való visszahelyezést ajánlottam. A szülők azonban a leghatározottabban elleneztek ezt, hivatkozva a napilapokban (jobb ügyhöz méltó buzgalommal világgá kürtölt) chloroform halál esetekre. Engednem kellett!

A visszahelyezés egyik akadályát a sérült oldalon levő és szokatlan feszülés által göresös összehúzódásra ingerelt izmok ellenállása képezte. Ez ellenállás legyőzésére legalkalmasabbnak látszott a helybeli érzéstelenítés. Minthogy töményebb cocain-oldat esetleg kellemetlen mellékhatásokat hozhatott volna létre, legcélszerűbbnek találtam e célra a Schleich<sup>34</sup>-féle érzéstelenítő oldatot, mely tudvalevőleg aa 0'20 cocain-t és chloroformot és 0'01 morphint tartalmaz 100 gramm vízben. Ez oldatból mintegy 20 cm<sup>3</sup>-nyit feeskendeztem a tarkó bal oldalán levő sérült izmokba. Néhány percznyi várakozás után felszólítottam a beteget, mozgatná fejét, de a legesekélyebb mozgási kísérletnél is nagy fájdalmat érzett a beteg és képtelen volt fejét jobban mozgatni mint azelőtt. Passive mozgatósi kísérletnél sem voltam képes a fejét jobban mozditani. Tovább nem akarván várakozni, nehogy a Schleich-oldat hatását veszítse, mialatt a nyaknak fizetési része kellően támogatva lett, a fejet még jobban jobb felé hajlítottam és az arcot a középvonal felé akartam fordítani, de nem sikerült.

Rögzített vállak mellett és a nyaknak fizetési részét kellően támogatva, ezután a fejet két kézzel hátulról megfogva erősen jobb felé hajlítottam, ekkor előfelé akarván a fejet fordítani, egy reccsenés hallatszott és az arc a középvonalon túl bal felé fordult. A beteg a visszahelyezés folyamán elég türelmesen viselkedett, csak a fej fordítása alkalmával jelzett igen nagy fájdalmat.

A visszahelyezett esigolya rögzítése céljából Adams acélkészüléket szerkesztett, Moritz gyps-gallért alkalmaz, Vogt<sup>35</sup> kemény bőrből készít gallért, Lossen pedig a Glisson-féle állóvót ajánlja.

Minthogy e készülékek csak nagyon ritkán hozzák létre a kívánt eredményt, mert vagy nagyon szorosak és akkor a légzést akadályozzák, vagy nagyon tágak, akkor meg a kívánt rögzítésre nem képesek, esetemnél nem is alkalmaztam ilyen rögzítő készüléket.

A beteg nyugodtan tartja fejét és mozgástól lehetőleg tartózkodva, 5 napig volt ágyban fekvő, miközben a tarkó tájra állandóan hideg vizes borogatások lettek alkalmazva. A bal vállban és bal felkarban a zsidbadás még aznap estéjén megszűnt. Az ágyat elhagyva, még néhány napig panaszkodott, hogy a nyak forgatása alkalmával kis fájdalmat érez, de azután az is elmúlt és ma teljesen egészséges.

#### Irodalom.

- <sup>1</sup> Blasius E.: Die traumat. Wirbelerkrankungen. 1869. Prag.  
<sup>2</sup> Blasius: Deutsche Klinik. Nr. 43, 1873. <sup>3</sup> Malgaigne: Die Knochenbrüche und Verrenkungen. 1850. <sup>4</sup> Lossen H.: Grundriss d. Frakt. u. Luxationen. <sup>5</sup> Farkas László dr.: Referaturn az 1894. évi lyoni sebészcongressusról. Orvosi Hetilap, 1894. <sup>6</sup> Schupke A. E.: De luxatione spontanea atlantis etc. 1816. <sup>7</sup> Geist L.: De luxatione process. odontoidi 1832. <sup>8</sup> Guerin I.: Mémoire sur un cas de luxation traumatique de la seconde etc. 1840. <sup>9</sup> Schlapfer: Über Luxation der drei obersten Halswirbel. 1854. <sup>10</sup> Bouisson F.: Die traumatische Verrenkungen etc. 1854. <sup>11</sup> Baarslag W.: Luxatio atlantis. 1854. <sup>12</sup> Hass C. W.: De luxatae vertebrae cervicalis tertiae. 1858. <sup>13</sup> Wernher: Handbuch d. Chirurgie. 1855. <sup>14</sup> E. H. Weber: Meckel's Arch. f. Anat. u. Phys. 1827. <sup>15</sup> Albert: Lehrbuch d. Chirurgie. 1890. <sup>16</sup> Richter: Theoret. prakt. Handbuch d. Lehre v. Brüthen u. Verrenkungen. 1828. <sup>17</sup> Malgaigne: Rev. méd. chir. 1853. <sup>18</sup> L. Chapel: Rev. méd. chir. 1854. <sup>19</sup> Bobrecker G.: Über die traumat. Lux. der 6 unt. Halswirbel. 1876. <sup>20</sup> Jaworowicz W.: Über die Beugungsluxationen d. Halswirbel. 1883. <sup>21</sup> Kerris H.: Über Halswirbel-luxationen. 1869. <sup>22</sup> Hutchinson: London Hosp. Report. 1866. <sup>23</sup> Moritz: St. Petersburg med. Zeitschrift. 1867. <sup>24</sup> Völker: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Band VI. 1875. <sup>25</sup> Heinecke: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Band II. 1873. <sup>26</sup> Berthold: Deutsche Zeitschrift f. prakt. Med. 1875. <sup>27</sup> Bardeleben: Beiträge zur Anatomie d. Wirbelsäule. <sup>28</sup> Brunus: De dislocat. Lib. I. <sup>29</sup> Theodorich: Brunus dislocat. Lib. II. <sup>30</sup> Saliceto: Brunus dislocat. Lib. III. <sup>31</sup> Paré: De luxat. Lib. XV. <sup>32</sup> Richot: Gazette d. hôp. 1863. <sup>33</sup> Hueter: v. Langenbeck's Arch. 1864. <sup>34</sup> Schleich: Schmerzlose Operationen. 1893. <sup>35</sup> Vogt: Moderne Orthopädie. 1883.

Közlemény az „Erzsébet“-szegényház idegszövet-tani dolgozójából. Rendelő orvos: Schaffer Károly dr. egyetemi m. tanár.

Az agyvelő fejlődési rendellenességének egy esetéről.<sup>1</sup>

Bálint Rezső dr.-tól.

(Vége.)

Esetünk majdnem teljesen megfelel azon leírásnak, melylyel Geoffroy<sup>1</sup> a *cebocephaliát* határozza el a többi agyi abnormitástól. Ez az alak közeli rokonságban van a cyclopiával s attól a normalis viszonyok felé egy lépéssel közelebb áll. Itt már két szem van két üregben, köztük orrüreg is, az olfactorius hiányában, az orresontok durványosságában s az egy köpeny formatiójában azonban a cyclopiával megegyezik. A torzképződést tehát külső és belső eltérések jellemzik; nemcsak az agy bizonyos, mondjuk visszamaradt állapota, hanem egyszersmind az orrnak, tehát külső szaglószernek durványossága is és ha a hasonló közölt eseteket átnézzük, akkor azt látjuk — mit különben Geoffroy is megjegyez —, hogy az ily torzképződések legállandóbb s így legjellemzőbb ismertető jele a külső és belső szaglószer hiánya. Wille,<sup>2</sup> ki egy majdnem teljesen megegyező esetet közöl, e két jelenséget, t. i. a külső és belső szaglószer hiányát egymástól teljesen függetlennek tartja, melyeket ugyanazon ok hoz létre. Ez a felfogás azonban nem látszik egész valószínűnek. Miért volna az, hogy valamely behatás, mely az agynak bizonyos, a szaglószer hiánya által jellemzett torzképződését hozza létre, függetlenül attól, következetesen a sceletumnak mindig ugyanazon csontjait akadályozza fejlődésében. Sokkal távolabb álló jelenségek közt is, ha azok gyakrabban fordulnak együtt elő, fel szoktuk állítani az okozati összefüggést, mért szölanánk ezen okozati összefüggés ellen olyan esetben, mikor két egymással működésileg szorosan összefüggő szervnek egyidejű elváltozásáról van szó. Annál is inkább gondolkozóba ejthet ez bennünket, mert mint a fejlődéstanból ismeretes, a kettő közt fejlődési összefüggés van. A külső szaglószer fejlődése, mint tudjuk, az ektoderma betüremkedése által létrejött szaglógödör képződésével indul meg. Ez a gödör később összeköttetésbe lép a szájüreggel, majd pedig a szájüreg két részre oszlik, melyek közül a felső az orrüreg respiratorikus részévé lesz, míg a primitív szaglógödörből a szaglószer tulajdonképeni labirinthje képződik ki. A szaglógödörben a hámréteg már korán megvastagszik, a sejtek egy része kétsarkú neuroblastokká lesz, melyeknek egyik nyulványa a szaglógödörrel marad összefüggésben, maguk a neuroblastok a szájüreg felé képezik, mely a szagkarélylyal összenő, a másik centralis nyulványuk pedig a központ felé haladva, az agyvelő szaglószerében végződnek. A külső és központi szaglószer részének fejlődése tehát függetlenül indul meg, később azonban (8—9. hét) összeköttetésbe lépnek egymással. Nagyon valószínűnek látszik ezek után, hogy ha a kettő közül az egyik hiányosan vagy egyáltalán nem fejlődik, úgy ez a másikra minden befolyás nélkül nem marad s azon időponttól kezdve, mikor a kettő összeköttetésbe lépésének létre kellene jönni, ha a központi szerv hiányzik, úgy a környi visszamarad fejlődésében. Nem lévén központ, mely a felfogott szaglószer képzőteket érvényesítse, nincs szükség a közvetítő szerepet játszó környéki szervekre sem. Hogy miben áll a befolyás, melyet a központi szerv a környékiek fejlődésére gyakorol, vajjon talán a vasomotionak a szagidegek által közvetített reflectorikus szabályozása-e vagy más, azt eldönteni persze nem áll módunkban.

A mi a torzképződés létrejöttének okát illeti, itt több tényező összejátszása szerepel. Mint a boncsolási jegyzőkönyv mutatja, a koponya csontok a varratok helyén meg voltak vastagodva, kútszak hiányoztak, a koponyaúr nagy részét folyadék töltötte ki, mind olyan tényezők, melyek mint az agyi torzképződések előidéző okai ismeretesek, melyek mellett azonban nehezen zárható ki az agynak primaer visszamaradása is. Wille eseténél mint előidéző momentumokat a primaer



visszamaradáson kívül a koponyacsontok összenövését és a foetalis hydropsiát említi, melyeket mechanikus úton gondol létrejöttnek s melyeket nem tesz egymástól függővé, hanem egymásmellé rendel. Hogy az ily okok közül melyik az elsődleges s melyik a következmény, azt természetesen igen nehéz eldönteni, a mi esetünkben azonban némi útmutatást látszik nyújtani egy körülmény s ez a kemény agyhártya lobja. A dura maternek, mint a koponyaboltozat belső felülete csontképzőjének lobos folyamata megmagyarázza nekünk a csontok pikkelyréseinek megvastagodását, a koponya korai összecsontosodását, valamint a hydrocephalust is, melyek együttesen az agy fejlődésének visszamaradását könnyen megérthetővé teszik. Hogy azonban a mi esetünkben is szerepel az agynak primaer hibás alkata, azt már abból is következtethetjük, hogy a szaglószeru teljesen hiányzik, a mit a fenti okokból alig magyarázhatunk, annál kevésbé, mert mint tudjuk, a szaglókároly fejlődése már az ötödik hét elején indul meg, míg esetünkben (mint a Willeében is) a nagy agy fejlődése csak körülbelül a 3—4. hónapban állapodott meg s így a szaglókárolynak legalább nyomai felfedezhetők volnának.

Térjünk most át magának az agynak közelebbi vizsgálatára. Mint láttuk, a két hemisphaera helyén egy hólyagszerű képződmény van jelen 1 cm. vastag falzattal; osztódásnak nyoma sem látható. Ennek mintegy megfelelőleg hiányzik a dura mater sarlóalakú nyulványa, mely tudvalevőleg a két hemisphaera közötti hasadékban foglal helyet. Hogy melyik a primaer jelenség: sarló hiánya-e vagy az osztódásé, avagy pedig a két jelenség független-e egymástól: az ismét nehezen eldönthető kérdés. Az újabb kutatók (*His* és *Mihálkovic*) szerint a prosencephalon secundarium egységes hólyag, melyet az agysarlónak benövése oszt ketté s utóbbi szerző megemlíti azt is, hogy ha a kemény agyhártyában circulationis zavarok jönnek létre, akkor sarló nem fejlődik s létre jön az agynak az a torzképződése, melynél a két hemisphaera helyét egy hólyag foglalja el. Így magyarázza esetét *Wille* is. Egy másik szerző: *Hadlich*<sup>3</sup> a régebbi *Reichert*-féle nézethez csatlakozik, mely szerint az első agyhólyagból 2 oldalsó agyhólyag nő ki, miért is a torzképződés csak úgy jöhet létre, hogy bizonyos stadiumban (mint ő mondja akkor, mikor a corpus callosum fejlődése megindulna) a 2 agyhólyag összenő, a mi mellett a sarló hiánya csak kísérő jelenség. A fő argumentum, mely ezen jóval nehezkesebb felvétel elfogadására készíti, az, hogy hiányzanak az agynak azon részei, melyek a középvonalban s különösen, melyek a középvonal mellett fekszenek (főleg a szaglókároly képződményei), melyeknek, ha a fejlődés az osztódásig normalis volna, meg kellene lenniök, s melyeknek hiányát fennebb mi is az agy primaer hibás alkatából magyaráztuk. Ép ezek hiányából *Hadlich* azt következteti, hogy az ily torzképződéseknél a velőlemezek záródásakor, utóbbiak az előagy elülső részén nem záródnak s mikor kétoldalt a hemisphaerencephalonok képződnek, ezeknek medialis része is hiányzik, később pedig a fent említett stadiumban megtörténik az összenövés. És én úgy hiszem, ha kissé körültekintünk, inkább ezen utóbbi felfogásnak adhatunk igazat. Két dolgot akarok felhozni. Ha az agyi abnormitások közt egy lépéssel tovább megyünk, a cebocephaliával rokon cyclopiát találjuk. Itt egy szembólyag van csak, a mi semmi esetre sem egy korábbi fejlődési stadiumban való visszamaradás eredménye, hanem pathologikus képződmény s valószínűleg korai összenövés folytán jön létre. Úgy látszik tehát, hogy az effajta abnormis agyképződéseknél összenövésnek tényleg előfordulnak. A másik dolog, a mit meg akarok említeni, az én esetemre vonatkozik. Itt mint láttuk, nemesak egységes hemisphaerencephalon volt, hanem egységes thalamus is, már pedig utóbbi tudvalevőleg nem a sarló szokta két részre osztani, s csak későbbi összenövés folytán válhatnak egységes tömeggé. Nem egykönnyen magyarázható meg ily módon természetesen az agysarló hiánya, mely minden esetben jelen van s így alig tekinthető esetlegesnek. Talán a későbbi casuistika tisztába hozza majd e kérdést.

Ha most tovább megyünk az agy szemlélésében, érdekes viszonyokat találunk. A prosencephalon secundarium csökevényesen fejlett, corpus striatum hiányzik, a közti agyban is

vannak abnormitások, s daczára ennek a többi agyhólyagok képződményei normalisan fejlettek úgy nagyságban, mint structurában; hiányoznak ellenben azok a pályák, melyek az elöagytól, a kéregtől nőnek a peripheria felé: a pyramisok. Az agynak egyes részei tehát egymástól teljesen függetlenül fejlődnek. Erre a körülményre különben már *Monakow*<sup>1</sup> tett bennünket figyelmeztetést, ki a cyclopia egy esetéről mondja a következőket: „Míg a thalamus a nagy agy elcsonsolása után degenerálódik, addig itt, daczára a csökevényes nagy agygyal való hiányos összeköttetésnek, normalisan fejlődött. Különösen érdekes az a fejlődési függetlenség, mely a mi esetünkben a mozgató pályák közt fennállani látszik. Az összes centripetal pályákat normalisaknak találtuk, a centrifugal pályák közül azonban hiányoztak a pyramisok, míg a gerincevelő elülső szarvi idegsejtjeit s mozgató gyökeiket teljesen épeknek találtuk. Míg tehát az indirect mozgató, cortico-spinalis neuron hiányzik, addig a direct, spinomuscularis neuron teljes épségben van meg, a miből joggal következtethetjük azt, hogy a neuronok egymástól teljesen függetlenül fejlődnek, s fejlődésből kifolyólag köztük semmi összefüggés nincs. Ha tehát bizonyos pathologikus viszonyok a neuronoknak egymástól való függését teszik nyilvánvalóvá, úgy ezen függés csak működési kapocs folytán jöhet létre. Különösen ki akarom ezt emelni azért, mert éppen újabban lett actualissá a centralis izomsorvadások kérdése. Ezeknek magyarázására *Steiner*<sup>5</sup> azt az elméletet hozza fel, hogy az újszülött gyermeki agyvelőben az elülső szarvi idegsejtek a corticomuscularis pálya felsőbb részétől, tehát a pyramisoktól függő viszonyban állanak, mely függő viszony azonban később mindinkább megszűnik, az idegsejtek nagyobb önállóságra tesznek szert. Csak egyes egyéneknél lesz ez a függés állandó s ezeknél, ha a pyramisok valamely okból megszűnnek az idegsejtekre hatni, úgy ezek önállóan működni nem tudván, az izmok trophicitásában is zavarnak kell beállani. Az elmélet tehát nem helyes alapra van fektetve, mert éppen, mint látjuk, újszülött velőben a két neuron egymástól teljesen függetlenül is fennállhat. Miután pedig tény az, hogy a pyramisok megszakítása a gerincevelői idegsejtekben s így az egész spino-muscularis neuronban degeneratív anatomiai változásokat hoz létre, ez nem történhet más-kép, mint hogy a két neuron közt biológiai működési kapocs van s mint azt *Schaffer*<sup>6</sup> újabban kifejtette „a mozgató kéregből jövő ingerületeknek az elülső szarvbeli idegsejtekre való zavartalan átsugárzása utóbbiak fentartása szempontjából biológiai postulatum“.

Mielőtt értekezésem szöveti részét befejezném, még egy csekélységre akarom a figyelmet felhívni. A szövettani lelet leírásakor már kiemeltém, hogy a nyultvelőnek teljes alapi része hiányzik, a basist az olivák foglalják el, melyek közt nemesak a pyramisok, hanem azoknak kötőszövetes váza is hiányzik. Az agyvelő fejlődéséből ismeretes, hogy a velőcső hámsajtjeinek egy része neuroblastokká, másik része pedig spongioblastokká alakul át, a mely spongioblastok nyulványai egymással érintkezve, összefüggő reczét képeznek: a kéregfátyolt, mely a leendő fehér állománynak a támasztó váza. Ezen támasztó szövet hézagai szabják meg az idegrostok növéseinek irányát. Feltűnő, hogy esetünkben, daczára annak, hogy a nyultvelő különben teljesen megfelel a normának, ez a támasztó váz, mely tehát hivatva lett volna a pyramisrostok benövésének irányát kijelölni, teljesen hiányzik. A kéregfátyol és támasztó szövet fejlődésére ebből következtetést vonni nem akarok, annyi azonban ebből is valószínűnek látszik előttem, hogy a kéregfátyolnak, mint a fehérállomány támasztó vázána fejlődése az idegrostok benövésével szoros viszonyban áll, vagyis az egyiknek fejlődése feltételezi a másik fejlődését.

Végezetül egy klinikai körülményt, t. i. a végtagoknak fokozott tonusát, kapcsolatosan a kórszövettani lelettel, ki kell emelnem. Az eset leírásában foglaltatik, hogy a kéz állandóan ököltre volt szoritva s az ujjak nehezen voltak kifeszíthetők, szintűgy merevséget mutattak az alsó végtagok. *Marie*,<sup>7</sup> *Freud*<sup>8</sup> vizsgálataiból ismeretes, hogy az agyi beidegzésnek hiánya és a spinalis beidegzésnek túlsúlyra jutása hypertoniát eredményez s miután a loborpálya az az út, mely az agyi



befolyást az izmokhoz vezet, érthető, hogy ennek hiánya egyenértékű az agyi beidegzésnek elesésével. Esetünkben azonban a loborpálya agenesise együtt jár az agyféltekék esőkevényes kiképződésével s már ez utóbbi körülmény egymagában véve azonos az agyi befolyás megszüntével. Esetünkben tehát úgy a hemisphaerencephalon durványos képződése, valamint a loborpályák agenesise egyenesen feltételezi a végtagok rigiditását, a melyről a klinikai feljegyzések megemlékeznek.

Szabadjon e helyen még köszönetet mondanom Schaffer m. tanár úrnak, a ki szíves támogatásával e dolgozat létrejöttét elősegítette.

#### Irodalom.

<sup>1</sup> *Geoffroy*: Histoire des anomalies de l'organisation. Paris, 1832. <sup>2</sup> *Wille*: Ein Fall v. Missbildung des Grosshirns. Arch. f. Psych. Bd. X. <sup>3</sup> *Hadlich*: Über die bei geringen Schädeldifformitäten vorkommende Gehirnmissbildung mit Verwachsung der Grosshirnhemisphären. Arch. f. Psych. Bd. X. <sup>4</sup> *Monakow*: Zur path. Entwicklung der centr. Nervensystems. Neurol. Centralblatt 1896. 995. 1. <sup>5</sup> *Steiner*: Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde 1893. <sup>6</sup> *Schaffer*: A mozgató neuronok biológiai corollariumai. Magy. Orv. Arch. 1897. 2. füz. <sup>7</sup> *Marie*: Leçons sur les maladies etc. 1894. <sup>8</sup> *Freud*: Über cerebrale Diplegien.

## T Á R C Z A.

### Thurzófüredről — Japánba!

Egy hajóorvos naplójából.

(Folytatás.)

Október hó 26-dikán elhagytuk Singaport. Utunkat érdekessé tette most az az ötszáz kínai utas, kit hajónk Hongkongba vitt. Volt köztük vagy harmincz kínai nő is, kik esonkka koresosított iczi-piczi lábfejvel nehézkesen tipegtek ide-oda a hajón. Nem szeretik mutatni lábukat az európainak, de a hajó orvosával kivételt tesznek, kivált, ha tud velük bánni. Egy kis figyelemmel mindjárt lemadzagoltam őket és egy-két nap alatt legjobb barátságban voltam velük. A hála nem maradt el, megengedték vizsgálni a már eseesemőkoruktól fogva bandage által összetörpített lábfejüköt.

A férfiak között ijesztő sok beri-beris volt. Ataktikus járássukról, vizenyösen beszűrődött alszárúkról, esetleg oedematous arczúkról, nehéz légzésükről, fakó színükről már messziről meg lehet ismerni őket. Egynehány moribund sietett még haza, hát ha még eléri élve hazáját, mert nincs borzasztóbb gondolatja a kínainak, mint idegen földben eltemettetni. A mértéktelen opiumszívás az amúgy is már kiaszott testben rendszeren még siettetni a „kimenelt”. Két ily moribundban már nem tudtam aether-camphor injecciókkal sem fentartani a szív működést; bizony nem látták meg szállóföldjüket, Hongkongot. Éjjelnek idején zsákba varrták őket a matrózok, és szépen leeresztették őket a tengerbe, én pedig az az napi „journal“-rovatba hivatalosan bejegyeztem, hogy Csing-A-Fu és Csau-A Szu beri-beriben elhaláloztak. A hajóorvos egy személyben halottkém is.

De azért ez csak a szegény kuli tetemének a sorsa. A gazdagabb czopfos hullája sóhordóba jön és mint só lesz továbbítva! Így legegyszerűbb az expeditio is, és a kapitány meg a hajóorvos megszabadul esetleges hatósági pour-parlék kellemetlenségeitől. Nem tudtam kipuhatolni, vajjon *ex a só* szintén kínai delicatessé számba megy-e azután? Nincs kizárva ez oly népnél, mely a büzös evvé rothadt záptojást haut-goutnak eszi?

Ez úton még egynehány febris rheumatica exanthematica és lichen tropicus esetet is volt alkalmam észlelni. E vidéken igen gyakori jelenség.

November 1-jén Hongkongba jöttünk, az angolok kínai Nápolyába. E hasonlat nem túlzás. Leírhatatlan szép fekvésű kikötője hemzseg a világ minden nemzetének nagy hajóitól; rakpartját szebbnél-szebb paloták szegélyezik, a peterwharfon pedig már ott díszleg Viktoria „the gracious queen” monumentalis jubileumi kö- emléke. A város fölött emelkedő peak-ről (olvassd pik), melyre sikló vezet, leírhatatlan szépségű panorámában gyönyörködhetünk. A város angol negyede teljesen modern, elegáns, tiszta és hygienikus. Szép nagy vásárcsarnoka akár Budapesten is állhatna.

A colonia egészségi felügyelője 24 év óta Ph. B. C. Ayres. Most ment nyugdíjba. Mikor őt 1873-ban az angolok ide küldték, még jóformán semminemű egészségügyi intézkedéseket nem talált volt itt. Ő alatta épült a modern elegáns *government civil hospital* a város Tai-ping-shau nevű negyedének a tengerre néző gyönyörű kis magaslatán. Ő alatta modernizálódott a ragály-kórház, a Kennedy-town-hospital és a kínai *Tung-Wa*-kórház.

Az előkelő *government civil hospital*-ban tavaly 2598 beteget kezeltek. Igazgatója Dr. Atkinson, egy rendkívül előzékeny, barátságos collega. Az alsóbbrendű ápolószemélyzet kínai, a fő-ápolók angolok, az egész személyzetet pedig egy distinguált, szépséges, fiatal angol lady dirigálja, ki kifogástalan fehér ruhájában úgy jár a betegek között, mintha maga az intézet jó géniusa vagy őrangyala volna. Az egyes emberfajok más-más termekben vannak elkülönítve; európaiak, hinduk, kínaiak külön-külön fekszenek. Előkelőbb betegek külön szobákban naponta 5 dollárért úgynevezett első osztályú ellátást kapnak; másod-osztályú betegek naponta csak 1 dollárt fizetnek. A nagy kórtermekben az ingyenes betegek fekszenek.

E kórházban kínai férfiak és nők orvosi kiképzésben részesülnek és nyilvános vizsga letétele után Chinában is jogérvényes orvosi diplomát kapnak. Akárhány fiatal czopfos és kínai emancipált szüzecke került innen már tudósan ki és működik most áldásdúsan a mennyei birodalom valamelyik vidéki városában. Rendszeren össze is házasodnak ily fiatal doktorpárok és úgy mennek azután neki a praxisnak viribus unitis. Főképp a hongkongi foundling-house (lelenezház) nagykorúsáig felnevelt és a kereszténységet felvett leányai mennek az orvosi pályára, és ha kilépnek az életbe, kétszeres feladatot tűznek maguk elé, orvoskodni és mellette mint női missionáriusok a kereszténységet propagálni. Megható, hogy mily szeretettel csüngnek ez elhagyott teremtesek, kik most már szép műveltséggel bírnak, a lelenezházon, otthonjukon, hogy mily nemes ambícióval végzik orvosi tanulmányaikat és mily háladatosak e *doktornők* azután, még ha messze távolban működnek is, volt otthonjuk iránt.

A Tung-Wa-hospitalban azelőtt az ős nemzeti kínai orvoslás járta. Most már az angol kórházban képzett, tehát modern tudományú kínaiak vezetik ezt is: Dr. Csung és Dr. U-J-Kai. Ezek végzik a kötelező védhimmoltást is a kínaiakon.

Diphtheria ellen Hongkongban is a serumtherápia dívik. A serumot Tokióból Kitasato és Nakagawa laboratóriumából kapják.

Pestis-beteget otlétem alatt sajnálatomra már nem láthattam, mert a járvány ekkor már teljesen szünetelt volt. Az itteni pestis főfészke e század kezdete óta már Yun-Nan tartomány, a honnan rendszeren a West-River folyón egyrészt Kwang-Tung tartomány fővárosába Cantonba, másrészt a közeli Ton-Kingba hurezolják. Cantonból Hongkongba egy maeskaugrás.

Az itteni meteorologikus észlelések szerint rendszeren szárazabb időjárás előzte meg a járvány kitérését. (Talajvíz-sülyedés.) A legnagyobb átlagos hőmérsékkel bíró hónapok után az esetek gyérültek. 1895. május—szeptember haváig csak igen kevés esetet észleltek; ekkor feltűnő nagy volt a verőfényes, derült napok száma. 1896. február—április haváig nagyon terjedt a járvány, a levegő nedvtartalma ekkor feltűnően magas volt.

A pestis körüli tapasztalataikat a hongkongi orvosok következőben foglalják össze:

A pestis vírusa főképp az emésztő csatornán át támadja meg a testet. A pestis-hullában a gyomortól lefelé a nyákhártyák vérdúsak, nyákkal vastagon bevontak, itt-ott véraláfutásokat mutatva. A retroperitonealis és mesenterialis mirigyek duzzadtak; szövetjük pestisbacillusoktól hemzseg. Patkány, egér, majom, disznó és csirke pestisben elhullott állatok szerveivel etetve, szintén megkapják a pestist. Ezek faeceseiben minden kétségen kívül ki lehet mutatni a specifikus bacillust. Bőrön át való infectio (inoculatio) csak ritkán történik. A légző utakon át nem szokott fertőzés történni; bizonyítja az is, hogy a kórtermekben tartózkodó orvosok és ápolók nem betegedtek meg. A kórtermek levegőjében nem voltak képesek megtalálni a specifikus bacillust; ez tehát nem éli túl a kiszáradást. A bacillus a testből a vizeletben át is távozik. Az esetek 95%-ában fehérvérét mutattak ki a vizeletben (0.10—0.50%). Az incubatio rendszeren 3—5 nap; csak egy esetben tartott 15 napig. 1896-ban igen sok esetjük volt



bubo nélkül (20—27%). A kórismét ily esetekben mindig csak bacteriologicæ állapították meg. (Vér-, faeces-, vizeletkultura.) Az abortiv formák lefolyása: láz, mirigydaganat és 3—4 nap múlva beálló reconvalescentia.

A kórtermekben főképp szorgos levegőmegújításról gondoskodtak. A betegek erejét beef-tea, csirkeleves, brandy, tej és tojás segítségével tartották fenn. A halál 70%-ban az első hét vége előtt állott be, és így a második hetet elértek prognosisa tetemesen javult. A szívgyengeség, cardialis dyspnoë ellen sikerrel alkalmazták a subcutan strychnin-injectiókat. Deliriumoknál morphium subcutane. A Yersin-féle serumtherapiát Hongkongban nem kísérlették meg, de Yersin maga Saigonban 21 eset közül tizenötöt kezelte sikerrel serumával.

Hongkongból egy érdekes kirándulást tettem a közeli Cantonba, China legnagyobb városába. Két millió lakosa közül 300,000 csónakokban lakik a Szi-Kiangon (Cse Kiang) vagyis a gyöngyfolyón. A ki az itteni piszokról, bűzről és túlszűfoltásról személyesen meggyőződött, az esodálni fogja, hogy cholera, pestis és hagymáz aránylag még nagyobb pusztításokat nem végez itt. Ezt csak úgy lehet megmagyarázni, hogy a chinai ember nyers vizet nem igen iszik, hanem egész nap teát, vagyis főtt vizet szűröcsöl. De azért China legnagyobb részében úgy a hasi-, mint a küteges-hagymáz (yen-ping) endemikus; tavaszkor és nyáron azután rendszeren epidemikus karaktert ölt. A cholera is folyton szedi áldozatait; 1896 nyarán pl. Pekingben egyedül 50,000 ember halt el benne. Az európaiak ily epidemiák alkalmával ninesenek nagyon veszélyeztetve, mivelhogy a chinai népséggel nem igen jönnek szoros kontaktusba és egész más hygienikus viszonyok között élnek. Még leginkább vannak kitéve fertőztetésnek a *missionárius orvosok*, kik problematikus eredményű nehéz térítési munkájukat főképp a betegek körében kísértik meg. Nem éppen irigylendő foglalkozás egy szegény chinai kuli piszkos lakásában éjjelnappal tölteni ápolással, vallásos vigasztalást nyújtva ebben a specifikus chinai bűzben, melyhez hasonlót sehol a világon még nem szagoltam. Ezt a működést csak olyas valaki fogja méltányolni, ki saját orrával győződött meg egy chinai betegszoba mivoltáról.

Nagyon gyakori a meunyei birodalomban a himlő. Annyira ragyás arezot mint itt, sehol nem láttam. Egyik-másik járvány alkalmával egész községek összes gyermekei elhalnak. Elkülönítéstről, desinfectióról persze szó sincs, sőt az elhaltak ruhái, mint holmi uraságoktól levetett ruhák igen gyorsan kapnak új gazdát.

Igen elterjedt végre Chinában még a tuberculosis, a vérhas; gyakoriak a májtályogok is. Napszúrás mindennapos dolog a birodalom déli lakosainál.

A czopfosok birodalmában most már több európai orvos működik. Így Pekingben Matignon dr., Swataban Layng dr., Cantonban Kerr dr., Wuhuban Hart dr. praktizál. Bábák is már képzettek vannak; ezek t. i. valamely itteni angol kórházban, vagy valamely itteni európai orvos mellett működve, sajátítják el maguknak tudományukat, mit ha megtettek, diplomát kapnak róla. Nagyra is vannak az ilyen orvosi referentiákkal bíró madámok azután.

A chinai fogász leginkább az utczán működik. Zsinorra felfűzött hosszú fogsorok képezik czégérjét. Instrumentáriuma saját kezén kívül bizony vajmi szegényes. A lakásukon rendelő fülészek és szemészek pedig egy förtelmes nagyságú, már messziről látható (papír masé) fület vagy szemet tesznek ki czégtáblának. Az általános praxist üzö collega végre egy nagy piac valamely sátoros bódéjában szokott rendelni. Bódéja tele van orvosságos üvegecskéekkel, naiv anatomikus táblákkal és más ijesztő ákumbákumokkal. Nem nagy a tudománya, hanem hord kecskeszakált és nagy teknősbéka-karimájú pápaszemet. Különbönbönb sokat panaszkodnak ezek a collegák, hogy vége az aurea praxisnak, hogy a publikum snasz, hogy nem fizet tisztességesen és maga kuruzsol! És hogyan kuruzsol? A beteg háza körül szalmát égetnek, hogy a betegség ördögei ne férhessenek a beteghez; a betegben levő ördögöket dobszóval és más éktelen lármával üzik ki testéből; a szülőknő körül pedig, minthogy ez csak fiúgyermeket óhajt, kardokat forgatnak, hogy e harezias attitűdökkel egy esetleges

leány-magzat lelkét távol tartsák! Hát azután ilyen körülmények között éljen meg a tudós czopfos collega vagy egy chinai Schenk professor!

(Vége következik.)

Fanzler Lajos dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**Sebészeti adatok 1895—1897.** Irták: Navratil Imre dr. egyet. ny. r. tanár, Hüttl Hümér dr. osztályos alorvos, mütö, egyet. szaksegéd, Rosenberger Alajos dr. osztályos segédorvos.

A 92 oldalra terjedő füzet, mely érdeklődésünket elejétől végéig lebilincselte, 5 kiválóan gyakorlati fontosságú sebészi dolgozatot tartalmaz.

Az első három, Navratil tanártól, az orr- és gégesebészet köréből vett mütéti eljárások ismertetése, melyhez a mütett esetek részletes kórtörténetei vannak csatolva.

Első cikkében a száj-orrkeményedés gyógyításáról szól és a daganatnak az ép szövetben vezetett metszéssel történt kiirtását és utána a hiány pótlását plastikával ajánlja. Az eset, melyet ezen elv szerint mütett és közölt a szövegbe nyomott négy ábrával, meggyőzően tünteti fel a mütéti eredményt.

Ezután a porcos orrsövény elhajlása és spina septi egy új gyógy módját ismerteti. Szakítva az endorhinalis eljárással, az orrháton ejtett paramedian metszéssel feltárja a megfelelő orrjáratot és ezután metszi ki a nyálkahártya és perichondrium letolása után a megfelelő nagyságú porczdarabot vagy lécezt.

Az orrháti seb később mint linearis heg mutatkozik; az esetek 8 nap alatt gyógyultak.

Harmadik cikkében a jóindulatú gégedaganatok operálásához nyújt adatokat. Tizenhat esetben (5 nyálkahártyahabarcz, 11 szemölcsdaganat) 9-szer a szájon át, 7 esetben gégefelhasítással távolította el a daganatot. Előnyt ad a mütévésnek a szájon át és csak ha a daganat ez úton hozzá nem férhető, vagy egyéb körülményeknél fogva nem végezheti, távolítja el gége felhasítással.

Azt hiszszük ebben az esetben a mütö manualis ügyes velebánása a guillotine-nal terjesztette ki az indicatiók határát a laryngofissio rovására.

Hüttl dr. közleményében az erömüvi bélelzáródás operatív gyógykezeléséhez nyújt adatokat.

A füzet nagyobb részét betöltő közlemény alapját azon 17 eset képezi, melyeket a lefolyt két év alatt az osztályon kezeltek. Ezen esetek gondos megfigyelése, a megfelelő irodalom tüzetes áttanulmányozása, józan kritika jellemzik a figyelemre méltó közleményt.

Miután foglalkozik a belső kezeléssel, szembe állítja vele a laparotomia előnyeit. Különösen hangsúlyozva a korai mütévés szükséges voltát.

Az osztályon mechanikus eredetű ileus esetén, ha a tünetek legfeljebb 24 órai belső kezelésre meg nem szűnnek, indicálnak tartják a hasmetszést, és ha ez a beteg elesettsége miatt ki nem vihető, az enterostomiát. Functionalis és mechanikus eredet közti kétségben próbapaparotomiát végeznek.

A sebészek és belgyógyászok egyetértése e kérdésben mind szélesebb körben nyilatkozik meg, mégis a korai mütét jogosultsága nem ment át teljesen az orvosi köztudatba.

Ezért fontosnak tartják azt, ha nagyobb sebészi osztályaink eseteik részletes közlése, az osztály sebészi ténykedésének ismertetése, eredményeinek feltüntetése által terjesztik a korai mütéti beavatkozás iránti bizalmat.

Részletesen ismerteti a beteg előkészítését, az asepsis keresztülvitelének módját az osztályon és a közlemény e részében tiszta képét adja annak, miként kell laparotomiához készülnünk.

Magának a mütétnek leírása természetesen, az esetek oly nagy változatossága mellett, leghelyesebben a végzett mütétek alapján történhetik meg, ezek kapcsán említi fel az ajánlatokat, melyeket az ileus különböző eseteire vonatkozólag az irodalomban



olvasott. E részt itt részleteztem hosszú lenne, utalok az eredeti közleményre, csak egyes helyeit óhajtanám kiemelni.

Az akadály felkeresését Treves szerint eszközözi. Először a vakbelet tapintja ki; ha ez üres, az elzáródás felette, ha puffadt, alatta van. Kiméletesebb eljárás, mint az összes belek eventráálásával keresni fel az elzáródás helyét. A hasfalat 2 étageban zárja, külön varrja a peritoneumot, külön a többi réteget. Előnyei az összes rétegen áthatoló varrat felett ma már kétségtelenek.

Az utókezelésben azokhoz csatlakozik, kik első naptól kezdve per os táplálják a beteget, tekintet nélkül arra, hogy bélvarrat történt-e; elhagyja az opiumot, sőt toxinaemia tünetei esetén rögtön hashajtót ad.

A közleményt a 17 eset kórtörténete zárja be, 16 esetben végezett műtétet, 10 meghalt, 6 gyógyult. 1 esetben (invaginatio) magas beöntéssel ért el gyógyulást.

Rosenberger Alajos dr. közleménye a gümös hashártyalobnál alkalmazott egyszerű laparotomia gyógyító befolyását tárgyalja, három esetük kapcsán. A betegek egy évvel a műtét után ismét vizsgálva lettek.

A szt. Rókus-kórház II-dik sebészi osztálya ismeretesen gazdag anyaggal rendelkezik és örömmel tölthet el mindenkit, látva azt, hogy az osztály főnöke, *Navratil tanár*, annak tudományos értékesítésében eluljárva, tanítványainak irányt és működési tervet adva, azt a gazdag anyagot tudományos közkinccsükké teszi.

Rihmer dr.

## II. Lapszemle.

A higanykezelésnek igen egyszerű és erősen ható módszerét ismerteti *Welder*. Szerző már 1893-ban közölte igen egyszerű eljárását, mely a higanybedörzsöléseket pótolja és mely abban áll, hogy Sigmund ajánlata szerint a higanykenőcsöt az illető testrészekbe nem bedörzsöljük, hanem a testrészekre rákenjük. Már akkor törekedett bebizonyítani, hogy a higany a közönséges szobahőmérsék mellett könnyen elpárolog és hogy a bedörzsölési módszerrel a higany nagyobb része ilyen módon is nem a bőrön keresztül jut a szervezetbe. Ezen módszerével igen jó sikert ért el és a vizeletben bőséges higanyt tudott kimutatni. Önmagától merült fel tehát azon kérdés, nem lehetne még egyszerűsíteni ezen még mindig elég kényelmetlen és a betegre nézve piszkos módszeren. E célból készített egy zsákot, melynek hossza 50 cm. szélessége 40 cm., melynek belső oldalára 6 grm. higanykenőcsöt egyenletesen felkenvén a beteg mellén vagy hátán hordhatja. A zsákot ezélszerű szalagokkal látta el, melyek segítségével a hónalj alatt és a keresztcsont tájon könnyen rögzíthető. Elég-séges, ha a beteg a zsákot az ágy melegében 3—4 napon át naponta 10—14 óráig hordja, ezen idő után megújítandó. Azonban azt is tapasztalta, hogy minden kellemetlenség nélkül 30 napig is hordható. Szerző ezen módszerével 20 a syphilis különféle stadiumában szenvedő beteget gyógyított, mindannyinál a tünetek gyorsan visszafeljöttek és meggyőződött arról, hogy a többi módszerrel sem ért el jobb és gyorsabb eredményeket.

Aschner Arthur dr.

A trichorrhexis nodosáról és kórokozójáról értekezik *Spiegler*. (Archiv f. Dermat. u. Syphilis Band XLI. Heft 1.) A trichorrhexis nodosa betegséget, mely nálunk elég gyakori, és különösen a férfiak bajuszában, ritkábban a szakállban és igen ritkán a fejnek hajzatában fordul elő, különféle okokra vezették vissza, míg Hodaranak és újabb Spiegelnek sikerült egy mikroorganizmust kimutatni, melyet nemcsak gócsövileg állapíthatott meg minden beteg hajban, hanem a tenyésztés útján is. A tenyésztésekkel való átoltással ugyanezen bántalmat tudta előidézni, melynek kifejlődése körülbelül 8 napig tartott. Ezen mikroorganizmus kis pálczikák alakjában vizes anilin-festékekkel, különösen methylen-kékkel, könnyen kimutatható, a pálczikák legömbölyítettek, oszlásuk és mozgásuk a függő cseppben szépen tanulmányozható. Ezen hajbántalomnak klinikus képe a következő: A hajnak végén vagy a hajszálon egy vagy több fehéres pontocskák látható, melyek első tekintetre úgy imponálnak, mintha a hajszál számos tetűpete által volna ellepve. Más hajszálak meg úgy néznek ki, mintha le volnának törve vagy leperselve, mások pedig végükön több részre foszlanak. Ha ilyen hajszálat kihúzni, vagy behajlítani töreksznünk, ez rendszeren a fehéres pontocskáknak

megfelelő helyen leszakad. Miután az ilyen bántalmazott hely különféle insultusnak van kitéve, főleg fésülés, mosás és kefélés következtében, a hajszálak folyton leszakadnak és az egész bajusz folyton rövidebb lesz. A trichorrhexis nodosa tehát parasitikus baj, mely a herpes tonsuranssal és a favussal bizonyos analogiába hozható és így a gyógyítása is tulajdonképpen ugyanazon alapelveken végzendő, t. i. antiparasitikus gyógyszerek alkalmazásában áll. A beretválás sok esetben célhoz fog vezetni, sikertelen marad természetesen ott, a hol a parazita a tüszőben magában is fészkel; ilyen esetekben nem marad más hátra, mint az epilatio és utána antiparasitikus kenőcsök alkalmazása.

Aschner Arthur dr.

## Hetiszemle és vegyések.

A főváros egészsége. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1898. április 3-dikától 1898. április 9-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 437 gyermek, elhalt 288 személy, a születések tehát 149 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 4, hökhurut —, kanyaró 9, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 20, agyvérmény 7, rángások 9, szervi szívhibák 11, tüdő-, mellhártya- s hörgő- és hörghurut 63, tüdőgümő és sorvadás 58, bélhurut és béllob 19, carcinomata et neoplasmata alia 15, méhrák 5, Bright-kór és veselob 9, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 14, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 11, erőszakos haláletet? — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2398 beteg, szaporodás 623, csökkenés 721, maradt e hét végén ápolás alatt 2300. — A fővárosi tisztii főorvos hivatalnak 1898. április 9-dikétől április 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 3 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 2, bárányhimlőben 27 (meghalt —), vörhenyben 23 (meghalt —), kanyaróban 84 (meghalt 7), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 22 (meghalt 4), trachomában 11, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 3 (meghalt 1), orbánczban 14 (meghalt —) gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— Az egyetemi II. szülészeti és nőgyógyászati klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét márczius hóban 186 esetben vették igénybe; a műtétek száma 102, a gyermekágyasok látogatásának száma pedig 403 volt.

○ A jászberényi „Erzsébet“-közkórházban, a mint azt *Eberdögh Oszkár* dr. igazgató-főorvos kimutatásában olvassuk, az 1897. évben összesen 368 beteget (214 férfi, 154 nő) ápoltak. Egy betegre 29-79 ápolási nap esett. A halálozás 3%-ot tett. Műtét összesen 52 esetben végeztetett.

— Somogyvármegye egészségügyi viszonyai az 1897-dik évben *Szaplonczay Manó* dr. vármegyei tisztii főorvos jelentése szerint jóknak mondhatók. Feltűnő számmal uralkodott a váltóláz a Dráva mentén, a honnan elterjedt a megye egyes magasabban fekvő pontjaira is. A fertőző betegségek közül járványosan lépett fel a kanyaró az egész vármegyére kiterjedően. A fertőző betegségek lefolyása általában eléggé enyhe volt. A trachoma-esetek száma szaporodott. A megye területén lakott 62 orvos-doctor és 5 sebész-mester. Okleveles gyógyszerész összesen 36 működött, okleveles szülész-nő pedig 81. A halottkémlést 43 községben végezték orvosok, a többi községben és nagyobb pusztákon 265 nemorvos-halott-kém működött. A megye területén 5 realjogú, 23 személyes jogú, 1 uradalmi házi és 12 kézi gyógyszer-tár volt. A megyének 3 közkórháza állott a szenvedő emberiség szolgálatára, ú. m. a kaposvári (316 ágy), a marczali (40 ágy) és a szigetvári (42 ágy). A prostituáltak száma 160 volt; megbetegedett közülük 47. A bujakóros megbetegedettek száma nem emelkedett. Diphtheria elleni serummal kezeltetett 108 beteg, a halálozási százalék 25.9 volt.

— Szemerey Bertalan dr. fürdőorvosi gyakorlatát Lipikén folyó hó 20-dikán megkezdette.

† Elhunyt: *Szabó Samu* dr, Gömörmegye tisztii főorvosa 54 éves korában.

—r. Hall-fürdő Felső-Austriában új jodforrások fúrása által azon szerencsés helyzetben van, hogy évről évre növekedő számú látogatói minden igényeinek megfelel. Az új forrás a régóta híres Thassilo-forrás vizével egyenrangú és mennyisége tekintetében is nem várt sikert ígér. A felsőausztiai tartomány, mely mint a jodforrások tulajdonosa, a halli fürdőben azon van, hogy annak régi hírneve necsak fenntartsék, hanem új lendületet is nyerjen. A berendezések javításán folyton fáradoznak s Hall minden kényelmet nyújt vendégeinek, valamint a természetből szép fekvéssel megáldott hely erős vonzó erőt is gyakorol a kúrát igénylő közönségre.

Dr. *Herczel* egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

**Téli kúra** reumatikus bajok, kösvény, ischias stb. ellen  
**a Szt. Lukács-fürdőben**  
**Budapest.**

A szállodák és fürdők egy épületből képeznek. Minden helyiség jól fűtve van. Meghülés kizárva. **Kénes iszapfürdő.** Külön fürdők. Douche-massage stb. Felvonó a vízben. Lift. *Lukács és tájás ellátás hetenként (középen ár 25 frt).* Prospectust küld az igazgatóság.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XIII. rendes ülés 1898. április hó 16-dikán.) 206. l. — Közkórházi orvostársulat. (V. bemutató szakülés 1898. márczius 9-dikén.) 206. l. (VI. bemutató szakülés 1898. márczius 23-dikén.) 207. l. — Szemelőnyek külföldi tudományos társulatok üléseiből. 208. l.

## Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIII. rendes ülés 1898. évi április hó 16-dikán.)

Elnök: Székács Béla; jegyző: Dieballa Géza.

## Az átöröklődő idegbajokról.

Jendrassik Ernő: Felemlítve az ezen tárgyról két év előtt tartott előadását, mindenekelőtt hangsúlyozza a direct, nem transformáló átöröklés jelentőségét az átalakuló örökléshez viszonyítva, a mely utóbbinak egyáltalában nem tulajdonít nagy fontosságot; szerinte az, amit transformáló hereditásnak mondanak, a legtöbb esetben direct hereditás útján támadt hajlandóság többnyire többféle betegségre.

Ezután az átöröklődő bajok diagnózisával foglalkozik s következő tetteket állítja fel: az átöröklődő idegbajok diagnózisára jellegző 1. a sajtóságos, szokatlan társulása különben együtt nem igen előforduló tüneteknek; 2. a bántalomnak ugyanazon családban való hasonló lefolyása és egyenlő kórképe; 3. a bántalomnak bizonyos fokig való előhaladó jellege, a mely után az állapot változatlan marad s csak ritkán javul némileg; 4. a kórosi és kórelőzményi tényezőket illetőleg az egyes kóralakok szétválának, némely alakban a bántalom főleg az egyik nemből támad, más alakokban s főleg a merev-görcsös bénulásban a szülők vérokonságának kell fontosságot tulajdonítani. Egyes fertőző bajok mintegy kiváltójánál szolgálhatnak az átöröklődő idegbántalmaknak. Előadó kórtörténetekkel s irodalmi adatokkal támogatja ezen felvételeit. (Az előadást egész terjedelemben közölni fogjuk.)

## Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1898. márczius 9-dikén.)

Elnök: Rózsaffy Alajos; jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

## Typhus psychosis esete.

Gerlőczy Zsigmond: Bemutat egy 10 éves leánygyermeket, kit 1897. december 2-dikán typhus abdominalissal vettek fel a szt. László-kórházba. A typhus lázas időszaka alatt, a megszokott rendes kórképtől semmi lényeges eltérés nem mutatkozott. Eleintén meglehetősen apathikusan tűrte közepeserű lázait. Esti hőmérséke a betegség második hetében 39-39°C-nál magasabba nem emelkedett, reggeli hőmérséke 38,5-38,8°C közt ingadozott. Kórházban létele 15-dik napján lytikus hőleesséssel teljesen afibrilis lett s december hó 16-dika óta állandóan az is maradt. Nagybőfokú nyugtalanságot, gyakori sirást, kiabálást attól fogva kezdünk nála észlelni, a mikor a lát lytikus leesséje megkezdődött. Ekkor napról napra nyugtalanabb lett a gyermek, órák hosszan át hangosan sirt, folytonosan éhességéről kiabált, visioi voltak s hallucinált. Ez az állapot, mely súlyos typhusból üdülnél nem ritka, de a táplálkozás javításával egy-két nap alatt nyom nélkül el szokott enyészni, betegünknek a fokozottabb táplálás dacára sem akart engedni, olyanira, hogy bromnatriumot, majd chloralhydrátot rendelünk a gyermeknek s miután több napi adagolás dacára sem láttunk ezekről eredményt, pro dosi 0-30 gm. sulfonalt és protrahált langyos fürdőket rendelünk a gyermeknek. Már az első adag sulfonalra és az első fürdő után észrevehetőleg nyugodtabb lett a gyermek, de újból fokozódván nyugtalansága, a fürdőt és sulfonalt még néhányszor igénybe vettük.

A gyermek, ki eleintén folytonos kiabálásával, sirásával, illúzióival és hallucinációival sok gondot adott ápolóinak, december 25-dike óta igen esendessé lett, ágyában összekuporodva fekszik, magával és környezetével mitsem törődik, székletét és vizeletét maga alá boesátja, majd később ágya szélére kiül, lábait lelógatja, mereven bámul maga elé vagy ha felállítja, állva marad mindaddig, míg le nem ültetik. Fejét lecsüggeszti és semmi sem érdekli. A hozzáintézt kérdésekre egyáltalán nem felel. Végtagjai hüvösek. Ilyen állapotban van a gyermek már több mint 2 hónap óta s csak az utóbbi napok alatt mutatott némi javulást állapota, a mennyiben most már hosszabb időn át egyenes fejtartással is elüdülgélgágya szélén s itt-ott derültebb az arc kifejezése. Az utóbbi hetekben rohamosan kezdi haját hullatni s ma már meglehetősen kopasz.

Esetünkben a psychosis a lázas időszak lefo'yása után jelentkezett, tehát az úgynevezett *asthenikus psychosisek* sorába tartozik; először izgatottságban, hallucinációkban nyilvánult, majd stuporosus állapotba ment át.

## Meningitis cerebrospinalis epidemica esete.

Gerlőczy Zsigmond: A 23 éves férfibetegnél, kinél a meningitis cerebrospinalis súlyos tünetekkel kezdődött, a lefolyásban is intermissiók és exacerbációk ismétlődésével, sohasem volt abban a helyzetben, hogy a prognosis tekintetében csak valószínű megállapodásra is

juthatott volna. A beteg 37 napig volt kórházi ápolás alatt s a reconvallescencia, dacára az állandóan kétes prognosistnak, gyors volt s a gyógyulást utóbajok nem zavarták.

## Arthropathia tabeszes egyénben.

Genersich Antal: Budapesti működése alatt 10 tabesest bonczolt; hetet a szt. István-kórházban, hármát a II. bolgyógyászati klinikáról. 5 férfi, 5 nő, életkoruk 36-67 év között ingadozik. Tertiaer syphilis kifejezett tüneteit egy esetben találta (67 éves nő), a másiknál (62 éves) a pachymeningitis és meningitis chronica talán syphilissel összefügg, de egyéb tünete nem volt. Egy 44 éves nőnél a koponyacsont belső felületén babnyi csontdudor. Tehát hétnél a syphilissnek semmi kórboncztani nyoma nem volt felismerhető. Ellenben tuberculosis súlyos alakja 6 esetben, gyengébb 2 esetben, tehát 8 esetben volt. Cystitis, pyelonephritis összesen 7 volt. Ezen kevés számból is következtethető, hogy az *Erb* óta előtérbe állított syphilis nem kórboncztani tapasztalaton, hanem inkább az anamnestikus adatok ingoványos talaján nyugszik és még a hol syphilis kétségtelenül volt, sem a tabeszes gerincz-ágyon, sem annak burkain nem talált pozitív bujakóros elváltozást. A pyelonephritis a tabes következménye, a gümőkór is másodlagos. Nézetét, hogy a tabes dorsalis keringési zavarok eredménye, most nem fejtegeti, és csak az ízületi elváltozásokat demonstrálja.

Egy 67 éves nőnél minden együtt volt, a mit az arthropathia tabeticorumra nézve kívánhatunk. Együttal lezajlott súlyos syphilis jelei, hegek a bőrön, heges elváltozások az orrban, pachydermia laryngis. Koponyaboltozat, sípesont, jobb felkar tömör. A jobb csipőizületben a Charcot által jellegzetesnek mondott *atrophia arthropathica* van jelen. A csombesont feje és nyaka elpusztult, a diaphysis felső harmadának belső feülete is hiányos, trochanter minor igen kicsiny és a csombesont ellazult vége a csipőesont külső felületére esúszott; az eredeti izgdör ellazult és porcos, rostos szövettel bevont. A fág iztok rendetlenül megvastagodott, belső feülete bolyhos, csontnövedékekkel.

Ellentétben ezzel a bal térdizületben *arthropathia hypertrophica* van jelen. A térd befelé hajlott, megvastagodott (41 cm. a kerülete, a jobbé 33 1/2 cm.), a csombesont alsó vége befelé áll, erősen megvastagodott, a patella a külső büttyök felé felesúszott és odaszorult; sípesont külső büttyök is megvastagodott. Valamennyi izvég éktelenül megvastagodott, porc- és rostos hártya részben esontfelület által képezetetik, izfelület szélein számtalan esontos-porcoss kinövé, inbártya bolyhos, szalagok czafatosak, hasonlóképp a C-porc is. A bal csombizületben a túltengés és sorvadásos ízületi baj tünetei kombinálva vannak.

E három ízületi baj bizonyos oki összefüggésben van egy complícált medencezetöréssel, melynek főága a bal tuberculum ileopectineumtól az incisura ischiadica major felső részébe halad, az elülső törtvég a medencezetörbe esúszott, a hátsó törtvég hatalmas rostos tömeg által van összefogtalva, mégis némi mozgást enged. A törés másik ága callosusan gyógyult, jobboldalt szintén gyógyult törés nyoma. A medenceze kissé ferdén szivalakú. A jobb felkar végén is a rostos tokszalag bő, synovialis hártya bolyhos, porc fellazult. Itt is inszakadás nyoma a biceps feijében.

Szólo ezen lelet alapján a mellett foglal állást, hogy a tabeszes arthropathiáknál traumás befolyások, törések játszzák a főszerepet, mert egyrészt a tabeszes ataxia mellett a trauma könnyebben okozhat elváltozást az izületben, mint ép egyénben, úgy másfelől az analgesia, mely a mozgást megengedi, alkalmul szolgál arra, hogy az idült aseptikus lob és viszonyok szerint majd az izületvégek extrem inaktivitási sorvadása, majd óriási túltengés következék be.

Egy másik, 44 éves, tabes, pyelonephritis és arezphlegmonében elhalt nőnél a jobb térd erősen megvastagodott, dudorzos, kemény, csomb belső büttyök igen erősen befelé dudorodik, a tibia felső része kifelé és hátracsúszott, térd valgusállásban van előre való hajlásban (recurvatio), mozgás korlátolt, resegés. Térd rostos tokja megvastagodott, lobos, a sorvadot izmokhoz odanótt, a synovialis zacskó tágult, bolyhos túltengve, porcoss, csontos csomók alakjában; szabad izogerek. Belső C-porc fellazult, külső hiányzik, helyén rostos fehér köteg, mely a letört és odanótt külső büttyököt tartja. Külső csombesontbüttyök nagyobb, bátsó fele hiányzik, éktelen izfelület, dudoros, esontos, porcoss növedékekkel. A külbüttyöktől kifelé, azzal összefüggésben egy féldiónyi csontdarab, de ez nem felel meg a hiányzó büttyökdarabnak.

A többi ízületi porcokon itt-ott fellazulás. Itt is valószínű, hogy az idült térdizületlob erőszak által jött létre.

## Lingua geographicához hasonló nyelvsyphilidek.

Róna Sámuel: a) X. Y., kéjné, 1897. májusban volt először bemutató osztályán. Akkor kifejezett genitális syphilis mellett a nyelven geografikus rajzolatokat mutató papulák voltak jelen. A papulák helyén a felső hámrétegek hiányoztak és széleit kissé sárgásba játszó hámrészeket, mint ráma kerítették be. Ekkor a kórisme, dacára a nagy hasonlatosságnak, a kigyózó sárgás szegélyeknek, könnyű volt. A beteg akkor 30 bedörzsölésre meggyógyult. Azonban mult hó 9-dikén újból



egészen hasonló nyelvlaesióval jött be és pedig csak ezzel, mely most már csak nyonokban látható, mert 27 bedörzsölés ismét eltüntette azt.

b) X., 20 éves hajadon cseléd, február 24-dikén Donáth kartárs ambulantiájáról küldetett hozzám nyelvbaaja miatt. A nyelvbaaj december óta áll fenn, nem fájdalmas; ugyanazon idő óta főleg esti és éjjeli fejfájásai is vannak. A nyelvben, háti és oldalsó felületein, a csúcán több krajezányi és nagyobb, a felületes hámrétegektől fosztott élénk-vörös terület látható, melyet szélein helyenként szürkésfehér hámesik kerít be. Miután betegnél semmi lueses anamnesist, semmi lueses jelt nem találtam, haboztam a kórismével és eleinte lingua geographicának (glossitis superficialis exfoliativa) tartottam, azonban a gyors javulás localis kezelésre, a tartós intermittáló fejfájások 2 nap múlva már a helyes útra terelték terapiámat. 5 bedörzsölés után a fejfájások is engedtek.

A két eset kapcsán bemutató megjegyzi, hogy a nyelv-syphilidek egyáltalán, de különösen a szóban forgó alakok makacsok, recidiváló szoktak lenni és ha egymagukban állanak fenn, nagy diagnostikai nehézségeket okozhatnak.

#### Herpes tonsurans circumscriptus esetei.

Róna Sámuel: a) X., 16 éves, massirozó nő, mindkét orcáján 1—1 frtnyi köralakú kiütés, melyek közepe halványvörös, az ép bőrt megközelítő, szélei pedig kölesnyi göcsök által képezettek.

b) X., ké nő, mindkét hónaljárokban és a bal emlő alatt a törzsön mutat hasonló, de nagyobb trichophyton-telepek.

#### Egyetlen egy bedörzsölés által előidézett súlyos hydrargyrosis és a syphilitikus tünetek álla dó eltűnése.

Havas Adolf: A 20 éves nőbeteg mult év október havában lues papulosa, metritis et perimetritis-sel hozatott osztályomra. A kórisme megállapítása után a betegnél a bedörzsölési gyógymódot rendeltem. A bedörzsölendő gyógyszer 3 gm. unguent. hydrarg. ciner. Egyetlen egy bedörzsölés után másnap a betegnél a ptyalismus mercurialis legsúlyosabb tünetei léptek fel, úgymint erős nyálfolyás, a nyál folyton esurgott a beteg szájából, a foghús, a nyelv és pofa nyákhártyája erősen megduzzadt. A nyelv oly vastag lett, hogy alig fért el a száj-űrben, felületén az alsó és felső fogsor be nyomatait mutatta. A foghús piszkos zöldesbarna, a fogaktól elálló lett. A szájból penitrens bűz áramlott ki. A beteg közérzete nagyon rossz volt; bágyadt, gyenge és rendkívül halvány lett. Csakis hig edeleket és ezeket is csak nagy kínal tudott elfogyasztani. Ezen állapot körülbelül nyolc napig tartott és innen azután a szájtünetek fokozatosan javultak. A ptyalismus javulásával a luetikus tünetek is javultak, a papulák lelapultak és végtére eltűntek. És máig, dacára annak, hogy a beteg öt hónap óta ellenőrzés alatt áll, nála a legkisebb recidiva sem mutatkozott. Így tehát jogosan állíthatom, hogy ezen betegnél a luetikus tünetek egy bedörzsölés behatása alatt eltűntek.

#### Favus esete.

Havas Adolf: 16 éves fiú, nyolc év óta szenved ezen betegségben. Most a hajzatos fejbőr tetején a hajzat rendkívül ritka, fénytelen, úgy néz ki, mintha puderral behintetett volna, míg a tarkón a haj fényes, barna. A fejtetőn a köztakaró jórészt hegesen elfajult, szürkés korpaszerű pikkelyekkel, vagy kénsárga, tányerszerű luesényi scutulomokkal fedett. A göcsövi vizsgálathoz az achorion Schönleini gonidiumai és myceliumai találtak.

Therapia: a pikkelyek feláztatása zsiradékkal, szappanmosások, epilatio és parasiticid szor, tinctura rusci beecsetelése.

#### Monstruosus varicositások az alsó végtagokon.

Havas Adolf: A 68 éves férfinál az alsó végtagok visszerei excessiv módon tágultak. A tágult visszerek által a tibia egészen rarefikált. Egész centimeter mélységű gödrök észlelhetők a tibia felületén. A felülről csak az, hogy ilyen collossalis visszértágulással a beteg (házaló) igen könnyen mozog. Különben a betegnél az eczema marginatum classikus képe észlelhető mindkét czomb belfelületén.

#### Syphilis papulosa miliaris.

Havas Adolf: A 25 éves beteget differentialis diagnosis szempontjából mutatja be. A kórisme felállítása nehéz. A tünetek, a melyek a betegnél észlelhetők: kölesnyi, vagy valamivel nagyobb rózsaszínű, vörös vagy barnásvörös kemény göbök a törzsön, a végtagok hajlító oldalán, különösen a könyökárok és a térdalján. Az egyes göbök csúcsi részletükön pikkelyezők. Az állalatti nyirkmirigyek tetemesen megnagyobbodtak, nagyrészt genyenesen szétesettek. Ugyanitt rendetlen alakú, lefolyt genyedő folyamatok után keletkezett hegek vagy hegszerű behúzóadások. A cubitalis, cervicalis és inguinalis nyirkmirigyek kemények és megnagyobbodtak. Elfekélyesedő plaqueok a tonsillákon; nedvedző, luesényi plaque a nagy szeméremajkon. A kiütés nem viszket.

A megbetegedések, a melyek itt tekintetbe jöhetnek: lichen ruber planus, psoriasis vulgaris miliaris, eczema papulosum, lichen scrophulosorum és syphilis papulosa miliaris.

Lichen ruber planus kizárható, mert a göbök nem viaszfényűek, ninesenek köldökszerű behúzóással ellátva, nem viszketnek, sehol sem található a jellegző saepia barna színezés. Psoriasis vulgaris punctata kizárható, mert a pikkelyek vékonyak, a kiütés különösen a hajlító és nem a feszítő oldalon észlelhető, nem viszket és nagyobb vakolat-szerű pikkelylyel fedett plaqueok nem észlelhetők.

Az eczema papulosum erősen viszket, hólyagok és nedvedzés nem észlelhető.

Lichen scrophulosorum komolyan jöhet tekintetbe, hisz a betegnél a scrophulosis tünetei határozottan kifejeztek, a beteg cachectikus. De a göbök a törzsön nem csoportosultak, hanem minden systema nélkül szétszórva és a végtagokon, főleg a hajlító oldalon észlelhetők. Az egyes göbök nem petyhüdtek; minthogy a göbök a törzsön minden systema nélkül elszórva, a végtagokon, különösen a hajlító oldalon is előfordulnak, a torokban és a nagy szeméremajkon széteső vagy nedvedző syphilitikus papulák vannak, az adenopathia universalis határozottan kifejezett, így a diagnosis syphilis papulosa miliarisra teendő.

A therapia szempontjából kiemelendő, hogy ez esetben az anti-luetikus gyógymód nem elégséges, hanem tekintve a beteg cachectikus, scrophulotikus voltát, általános zsongító kúra is alkalmazandó párhuzamosan azzal; így tehát különösen ferruginosák adagolása feltétlenül szükséges.

(VI. bemutató szakülés 1898. márczius 23-dikán.)

Elnök: Rákosi Béla; jegyző: Terray Pál.

#### Kórházi tapasztalatok az R-tuberculin gyógyértékét illetőleg.

Hochhalt Károly: Azon csalódások, a melyek 7 év előtt Koch első nyilatkozatait a gümőkór specifikus gyógyítása kérdésében követették, okozták bizonyára, hogy tavaly megjelent újabb közleménye tartózkodással és közönyvel fogadtattott.

Ehhez járult az első kritikai megnyilatkozások kedvezőtlen volta, a melyek teljesen alkalmasoknak látszottak arra, hogy az új készítményt súlyosan discreditálják.

Nencki laboratorumából származott az első ominosus hír az új tuberculin tisztátlan voltát illetőleg, hogy abból különböző fertőző microbákat, nevezetesen pneumo-, strepto- és staphylococcus coloniákat lehet kitenyészteni. Schröder még penész- és hasadó gombákat, sőt két esetben virulens gümöbacillusokat talált, a mely leletet akkortájt mi is constatalhattuk. Az utóbbi időben azonban, mióta a höchsti gyár a szétküldött üvegeket parafadugó helyett üvegzárral látja el, a készítmény tisztább s abban — miként Leyden klinikáján is bizonyították — gümöbacillusok már nem találhatók.

Kevésbé igazoltak azon vádak, miszerint a beszűrési helyeken tálvogok képződnek. Ez utóbbit egyszer sem észleltük. Azon muló infiltratumok és mirigybeszűrődések, melyek nagy ritkán az oltási helyeken és azok szomszédságában támadnak, oly gyérek és mulékonyak, hogy tulajdonképen említésre sem érdemesek. Úrticariák és skarlátszerű universalis erythemák fellépését mi is tapasztaltuk, de ezen esély mindig csak egyes készítmény romlottságának volt betudható.

Általánosságban mi is bizonyíthatjuk, hogy az R tuberculin — ha szigorú indicatiónk szerint járunk el — rendes lázas reactiókat, miként az első tuberculin, nem okoz, de sajnos — a mint azt Pfeifer, Busenius s mások is találtak — igen „kellemetlen megbetegedéseket“ hozhat létre, mert akkor is, midőn a beteg hosszabb időn keresztül a lassan fokozódó adagokat jól tűrte, előfordul egyes eseteknél, hogy minden kimagyarázható ok nélkül egyszerre kisebb-nagyobb hőemelkedések lépnek fel. De az is elég gyakran megcsik, hogy akár a tüdővész első stadiumában, akár a kifejezett szétesés előhaladott szakában, a tuberculin legminimalisabb (1/1000 hatóanyag) adagja után a betegek lázasan reagálnak, azonban később lassankint hozzászokva a fokozódó adagokhoz, a szert kitűnően tűrik.

Felfogásunk szerint az R-tuberculin, ha mindjárt enyhébb hatású is, mint az első tuberculin, még mindig oly intensív mérég, a melynek megszokása kiválon individualis okoktól függ és éppen azért a határozottan indicált esetek csak egy töredéke által türetek el.

Eltekintve a luposus és gümös bőrbetegségektől, hol a tuberculin szemmel látható szöveti elváltozásokat közvetít, de teljes gyógyulást nem eredményez; a gümös gégefekélyektől, a melyeknél hatása abszolút rossz: a tüdőgümös betegek viselkedése az új tuberculin iránt egészen sajátos, a mennyiben ezeknél lényeges javulások negatív vagy kedvezőtlen eredményekkel váltakoznak.

Előadó közel egy évi megfigyelési idő alatt észlelt 40 esetről számol be, a melyek közül 35-nél bacillaris tüdővész forgott fenn. Az esetek megválasztásánál nem szorított tisztán kezdődő esúchurutokra vagy nagyobb peribronchialis beszűrődésekre, hanem oltott már manifest tüdővészesekeket is, hol a szétesési folyamatok már physikalis úton constatalhatók voltak. A 35 eset közül csak 7 volt olyan, a melynél tetemes súlygyarapodás és a helyi folyamatok javulása volt kimutatható. Ezek közül különösen feltűnt egy 19 éves pinezér, ki mult év április havában egy év óta feunálló kétoldali tüdőcsúcs-beszűrődéssel (hörgi légzés, nedves zörejek) vétetett fel. Közel egy évi észlelés és kezelés után 1/1000-tól 10 milligrammig fokozódó adagok mellett, hosszabb szünetek betartásával, az egyén testsúlya 10 kilo 900 gm -ot szaporodott, a köpetben jelenleg többzörös vizsgálat után bacillus nem található, a helyi folyamatok regressiv fejlődése kétségtelen, a mennyiben a tomplatok felderültek s a consonáló zörejek helyett érdes légzés hallható. A többi hat eset is súlygyarapodást mutatott, a helyi folyamatok kisebb-nagyobb fokú javulásával.

Azonban ily kedvező eredmény a kiszemelt betegek csak 20%-ánál volt elérhető, a többi 80%-nál a tuberculin nem vált be, sőt egyeseknél határozottan károsan hatott, a mennyiben állandó vagy hosszabb ideig persistáló lázak léptek előtérbe.



Lázás tüdővészese beteg, bármily csekély legyen az esti hőemelkedés, vagy ha az nem is naponként, hanem 2-3 naponként jelentkezik, a tuberculin-kezelésre abszolút ellenjavallatot képez. Ha Koch ezen körülményt kellőleg hangsúlyozta és méltányolta volna, s ha a lázat nem kizárólag streptococcus-fertőzésnek tudja be, az eddig közzétett kísérleti eredmények talán nem volnának annyira visszatetszők.

Egészben véve szóló más szerzőkkel egyetemben az új tuberculin nem tartja hivatottnak, hogy az általános orvosi gyakorlatban terti foglaljon, azonban addig, míg a humanismus vagyontalan tüdővészese érdekében jobban nem gondoskodik, a míg különleges sanatoriumok és kórházak fel nem állíthatnak, szemben belső szerelésünk hatástalan voltával, melyről Gerhardt az utolsó belgyógyászati congressuson találólag jegyezte meg: „Die Arzneibehandlung hat in der Phthisiotherapie vollkommen Bankrott gemacht“, addig a kórházi gyakorlat terén kellő és szigorú indiciók mellett a tuberculin-kezeléssel kísérletezést indokoltnak tartja, mert tagadhatatlan, hogy utóbbi, a sok balsiker dacára is, a tüdővészesekeknek a szert tűrő, bár csekély százalékánál szembeültő javulásokat képes felmutatni.

Korányi Sándor: 2 lupust, 4 csigolya-cariest, scrophulodermát és 2 tüdőtuberculosisist kezelte tuberculin R-rel. A 2 lupusnál nem nagyon jelentékeny javulás volt constatalható. A csigolya-cariesben szenvedők közül háromnál a paraplegia tünetei javultak. A legnagyobb fokú javulást elért esetben azonban 3 hó múlva igen súlyos rosszabbodás lépett fel. A 2 tüdőtuberculosisnál rosszabbodás volt észlelhető. Egyiknél a kezelés alatt láz lépett fel és az állandósult. A scrophulodermás beteg javult. A javulások a lupus és csigolya caries-esetekben legkifejezettebben a nem szándékosan elért, néha 40<sup>o</sup>-ig emelkedő lázas reakciók után mutatkoztak, a melyeket olyan, habár kevésbé intenzív helybeli reakció kísért, mint a milyen a régi tuberculinnál volt észlelhető. Az utóbbival tett szomorú tapasztalatok azonban a lázas reakció előidézését nem teszik megengedhetővé. Lázmentes kezeléssel, miután eredmények, ha nem is jelentékenyek, mutatkoztak, a további kísérletek mindenesetre jogosultsággal bírnak.

Havas Adolf: Pár szóval vesz részt a vitában és referál azon hatásról, melyet az R-tuberculin és az első tuberculin a lupusra gyakorol. Azon eset, melyről Korányi referált, szőlőtől származott és szülő hosszabb időn át úgy látta, hogy az R-tuberculin hatása alatt némiképp javultak a tünetek. A göbök laposabbak lettek, a folyamat enyhébb lett. Összehasonlítva az első tuberculin hatásával, ennek hatásához képest az R-tuberculin hatása szöbe se jöhet. Azon időben Korányi klinikáján alkalmazta a kocsint. Egy leánynak ostitis és periostitis luposája volt nagy deformációkkal a kezekben, mellkason, felkaron. Nemcsak az ostitis és periostitis szünt meg, de a göbök is eltűntek. Később újra felléptek a göbök kifelévesedéssel a csonton is. Kétségtelen, hogy 2 évig szüntelt a folyamat annyira, hogy nem volt kénytelen orvoshoz menni.

Az R-tuberculinról 2 közlés alapján referál. Egyik a Malcolm Morris dolgozata a Schwimmer-féle jubiláris munkában, 6 esetről referál. A másik most jelent meg a Pick klinikájáról 32 lupus-esetről. Az eredmények nem kielégítőek, bár azon recept szerint jártak el, melyet Koch előírt. Maga Pick végezte az injekciókat és mindenütt reakció lépett fel. Megbizhatatlan és rossz a szer gyári kezelése, a parafa-dugaszszal elzárt üvegben tuberculosis bacillust, vagy penészgombákat, vagy streptococcust talált. Ilyen szert nem is alkalmaztak, csak csirmentes folyadékot.

Lupusos betegeknek csekély reakció következett be, erythema multiforme háló vette körül a lupusos plaqueokat, 2 esetben nagyfokú oppressio, máskor fehérvyvezelés, herpes lépett fel; erythema universale is mutatkozott.

Lupus az R-tuberculinra némi javulást mutatott, de skeptikusnak kell lenni, mert a lupus magas lázzal járó folyamatnál, pl. erysipelasnál (erysipel solitaire) javul, mert a nagyon debilis szövet szétesik és így javulás látszik.

A mi a toleranciát illeti, nagyon különböző volt egy és ugyanazon egyén viselkedése az injectio iránt. Ők is a legkisebb dózisnál kezdtek, és így mentek felfelé, egyik jól tűrte, másik nem.

Hochhalt Károly: A mi a régi tuberculinról illeti, azt hiszi, hogy a gyors javulás és siker hathatósabb volt a lupusnál, mint az R-tuberculinál. Szólónak erről nincs tapasztalata. Hogy tuberculosisos bőrbajoknál nagyobb sikereket lehet elérni, valószínű, mert pl. lupusnál nem forognak fenn azok a veszélyek, melyek belső tuberculosisnál oly gyakoriak. Csonttuberculosisnál lehet, hogy üdvösen hat. Áldásosnak tartjuk az R-tuberculin azon tulajdonságát, hogy reakciókat nem idéz elő és így testsúlyfogyás, rossz érzés nem következik be.

Jóindulatú heges pylorus-stenosis miatt végzett gastroenterostomia. Gyógyulás.

Herczel Manó: A 36 éves férfibetegnél a tünetek alapján jóindulatú heges pylorus-szűkületre tették a diagnosist, minek folytán a gyomornak már jelenlévő és mindinkább fokozódó motorikus insufficienciáját megszüntetendő, Herczel a betegnek 1898. február 23-dikán chloroform-narcosisban gastroenterostomia retrocolica sec. Hacker-műtétet végzett. A hasüreget megnyitása után constatalható volt, hogy a közepesen tágult gyomor kis görbülete egész hosszában hegesedett, rövidült és a májhoz rögzített. A hegesedések legkiterjedtebbek a pylorus táján s ennek erős szűkületét okozták. A gyomrot, nagy csepleszt és a colon transversumot visszacsapva s a mesocolont 6 cm. hosszúságban átlasztva, az így előtűnő gyomor hátsó falát — közel a nagy görbülethez — a mélyből elhúzott jejunum-kaecsal harántirányban, 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm. hosszúságban 10 sero-serosus varrattal egyesítette, majd a varrattal

1/2 cm.-nyi távolságban a gyomrot és a jejunumot 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm. hosszúságban megnyitva, azok coincidáló sebajkait 9 + 12 Czerny-varrattal egyesítette. Végül a sero-serosus varratsort előlről 7 Lambert-varrattal egészítette ki. Toilette, hasfal-varrat.

Lefolyás teljesen láztalan. Varratok kivétele hetednapra. A beteg nyolczadnapra vágott húst kapott, azóta étvágya fokozódó, széke rendes, közérzete kitűnő. Hányás nem jelentkezett. Súlyban gyarapodott.

Vándorvесе miatt végzett vesefixatio két esete.

Herczel Manó: I. B. Mari, 26 éves, cseléd, 4 évvel ezelőtt nagyot emelt, rögtön utána a jobb vese táján nagy fájdalmat érzett, mely azóta minden nagyobb megerőltetésnél jelentkezik; jobb ágyékában erős szaggató fájdalmak vannak, ugyanakkor gyomornyomás és -égési érzése van, mely olykor émelygessé fokozódik s ilyenkor keserű ízű, sárga színű híg folyadék nyomul fel gyomrából, a nélkül, hogy hányás következne be. Az egész hasban olykor csikaró fájásokat érez. Egy év óta veszi észre, hogy jobb ágyéktáján egy fel- és lefelé mozgatható daganata van, mely olykor egész a jobb csípőtányérba lesüllyed.

A közepesen táplált, elég jól fejlett nőbeteg melikasi szervei épek. A jobb ágyéktáján, a bordaív alatt 2-3 ujjnyira, a tapintó kéz egy vesealakú és -consistentiájú, annál valamivel nagyobb képlet alsó csücskét, illetőleg annak domború éit érzi, mely erősebb nyomásra fájdalmas és az ujjak közül felfelé kisiklik. Ezen képlet a légzési mozgásokat nem követi, felette a kopogtatási hang dobos. Vizelet normalis.

1898. február 15-dikén végezte Herczel a nephrofixatiót chloroform-narcosisban. A bordaív és a csípőtarj között vezetett, az utóbbival párhuzamos és a hosszú gerincizom szélénél kezdődő, 15 cm. hosszú metszéssel az összes képleteket a fascia transversával együtt átvágva, a segéd által előnyomott vesét a környező gazdag zsírszövetből kifejtette és elhúzta. Ekkor a vese domborúságára vezetett felületi metszéssel a vesetokot átvágta s azt jobb- és balfelé a veséről lehámozta. Ezután a vese-parenchymán keresztül vastag catgut-fonalat húzva, annak egyik végét az átvágott haránt és ferde hasizmok felső szélén átöltötte, hogy így a fonál csomózása után a vese arra felfüggesztve legyen. Ez alkalommal Herczel a felfüggesztést szokásától eltérőleg azért nem végezte a 12-dik bordán, mivel a pleura igen mélyen leterjedt, úgy hogy már a hasizmok átvágásakor minimális helyen megsérült, miért annak két varrattal való összeöltése vált szükségessé. Végül a lehúzott vesetokot jobb- és balfelé 2-2 finom selyemvarrattal a quadratus lumborum szabad széléhez, illetőleg az átvágott hasizmokhoz rögzítette. A seb elülső 2/3-át silkworm-varrattal egyesítvén, a hátsó zűg nyitva hagyatott, melyen keresztül a veséig érő steril gaze-csik lett bevezetve.

Lefolyás láztalan. A csik ötödnapra újjal lett felcsérélve. A seb per granulacionem gyógyult. A beteg előbbi panaszai tökéletesen megszűntek.

II. Özv. B. Irma, 25 éves, pénztárosnő, két év óta jobb ágyéktájában időnként, főleg sok járás vagy állás után heves szűró fájdalmak érez, mikhez igen gyakran hányinger és hányás is társulnak, úgy hogy az utóbbi időben e miatt táplálkozása is lényegesen megvan zavarva s testsúlya betegsége előtti állapotához képest 17 kilóval csökkent. Fél év óta jobb ágyéktájában mozgatható daganatot vesz észre.

A jobboldali vese a rendesnél valamivel nagyobb, mely bélyegzőkora a vese alsó 2/3-a jól kitapintható s az ujjak közt ide-oda csúszik. Vizsgálat alkalmával a vese alsó csücske a felső csípőtarjra alul nem süllyed, a beteg állítása szerint azonban olykor a csípőtányéron is érezhető; ilyenkor jelentékenyen duzzadt és fájdalmas. A bal vese alsó csücskét szintén ki lehet érezni, de nagyobb deviatiókat ez nem végez. Vizelet normalis. Észrevehető nagyobb mennyiségű ingadozások nem mutatkoztak.

Műtét 1898. január 25-dikén chloroform-narcosisban. A metszés, a vese feltárása és lehámozása, mint az első esetben. A vese-parenchymán most 2 vastag catgut-fonalat lett átvéve, melyek azután a pleura kikerülésével szorosan a borda körül öltve, csomózás után a vesét a 12. bordához rögzítették. A vesetokot szokásos módon a szomszédos izmokhoz fixálva, a seb elülső 2/3-a silkworm-varrattal egyesített, hátsó zűga pedig sterilgaze-zel lett tamponálva.

Lefolyás láztalan. Az eredmény igen kitűnő. A betegnek összes előbbi panaszai megszűntek. Étvágya és emésztése kifogástalan. Súlyban gyarapszik.

(Folytatása következik.)

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Tüdővészesekek éjjeli izzadása ellen Combemale a párisi „Académie de médecine“ február 22-dikén tartott ülésén a thallium-acetátot ajánlotta, mint a melyet 30 betegnél kivétel nélkül jó eredménnyel használt. Az adag 10, legfeljebb 20 centigramm, mely mennyiség labdacokban adható körülbelül egy órával az izzadás kezdete előtt. Négy egymás után következő napnál tovább nem jó használni e szert.

Intermittáló hydroparotitis. A „Société médicale des hôpitaux“ február 18-diki ülésén Claisse egy férfit mutatott be, a kinél bármilyen savanyú anyag szájbavétele után a baloldali fültömírigy hirtelen megdagad és fájdalmassá lesz. A Stenon-vezeték szájdékának tágitására



a parotitis megszűnik. Bemutató ezen esetet kapcsolatba hozza azokkal, melyeket Dupré-vel együtt olyan egyének észlelt, kik stomatitis saturnina-ban szenvedtek. Ezen esetekben a parotis vagy hypertrophikus cirrhosis, vagy pedig retentio folytán nagyobbodik meg. Ilyen retentio útján keletkező parotitis különben minden stomatitisnél jelentkezhetik, a mennyiben ez a Stenon-vezeték catarrhalis, később esetleg sclerotikus átjárhatlanságához vezethet.

**Szokatlan idegen test a gyomorban.** A „Société médicale des hôpitaux“ február 11-dikén tartott ülésén Hayem következő észleletét közölte: Egy rövid idővel a kórházba felvétele után meghalt szívbeteg egyén gyomrában egy henger alakú tömeget találtak, mely kevés véres nyálkával volt fedve. A közelebbi vizsgálat azt derítette ki, hogy a tömeg vajból áll. Minthogy a beteg hosszabb időn át kizárólagosan tejdiétaára volt szorítva: felvehető, hogy a kissé tágult gyomor csak hiányosan ürülve ki, a beléjuttott tej egy része pangott és vajjá alakult át.

A pneumococcus állandó jelenlétéről a tonsilla felületén tartott előadást Griffon a párisi „Société médicale des hôpitaux“ április 15-diki ülésén. Netter vizsgálatai óta ismeretes, hogy a pneumococcus egészséges egyének torkában elég gyakran található. Griffon azonban 40 különböző korú egészséges egyén tonsillájáról vett anyagban minden esetben képes volt kimutatni a pneumococust, a mely fertőző erejének is bizonyult, a mennyiben a vele beoltott egerek 24 óra alatt elpusztultak. Előadó szerint csak arra kell vigyázni, hogy olyan tenyésztőtalajt használjunk (fiatal házi nyulak vérsavója), a melyben a pneumococcus jól nő, továbbá, hogy meglehetősen nagy mennyiségű anyagot vegyünk a tonsillákról a bakteriologiai vizsgálatához.

## PÁLYÁZATOK.

9194/898. sz.

Biharvármegye bihar-tordai járásban — ideiglenesen Nagy-Bajom székhelyével — rendszeresített járási orvosi állásra ezennel pályázatot hirdeték.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik ezen évi 400 ft fizetéssel, 200 ft úti átalánnyal és 2 ft 50 kr. iroda átalánnyal javadalmazott járásorvosi állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. cikkben előírt képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt szabályszerű pályázati kérvényüket a folyó évi május hó 31-dik napjának d. u. 5 órájáig Biharvármegye főispánja méltóságos dr. Beóthy László úrhoz annál is inkább nyujtsák be, mert az elkésztett beadott, vagy keltőlép fel nem szerelt pályázati kérvények tekintetbe nem vétetnek.

Nagyvárad, 1898. évi márczius hó 31-dikén.

Szunyogh Péter, alispán.

1218/98. kg. szám.

Szabolcsvármegye dadai alsó járásához tartozó Büdösmentmihály és Tiszabüd összesen 8760 lelket számláló községekben lemondás folytán megüresedett körorvosi állás választás útján betöltése Büdösmentmihályon, mint a kör székhelyén a városházánál folyó évi május hó 4-dikén (negyedikén) délelőtt 10 órakor fog eszközölnéni.

Ezen állással járó javadalmazás a következő:

Évi készpénzfizetés 400 ft.

Nappali látogatásért a két községben 40 kr.

Éjjeli látogatásért 60 kr.

Az orvos lakásán eszközölt vizsgálatért 20 kr.

A községeken kívüli látogatás alkalmával természetbeni fuvar adandó vagy annak díja lefizetendő.

Halottkémelésért 40 kr.

Szegényeket ingyen tartozik a megválasztandó körorvos gyógykezelni.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében kérvényüket, születési bizonylat és eltöltött szolgálati idejükről vonatkozó bizonylatokkal is felszerelve hozzám f. é. május hó 1. napjáig anyival inkább beadják, mert a később beérkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Tiszalök, 1898. évi április hó 2-dikén.

3-2

Dobos, főszolgabíró.

## HIRDETÉSEK.

### BUDAPESTI

## GYÓGYMECHANIKAI (Zander) INTÉZET.

Testgyógyászat, svéd gymnastika, massage.

Budapest, VIII. ker., Múzeum-körút 2. sz. a.

(Nemzeti színház bérháza, I. emelet.)

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

☎ Telefon: 54-20. ☎

## BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-6339, kénsavas natron 7-1917, szénsavas mész 4-1050, chlornatrium 3-8146, szénsavas kali 2-3496, szénsavas Magn. 1-7157, szénsavas Lithion 0-1089; szilárd alkotórészek, 53-3941 összes szénsav-tartalom 47-5567, hőmérsék 12-30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérvél stb.

Kitünő diaetikus ital.

## Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kúra, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos:  
Med. Dr. REUSS VILMOS

A fürdő-igazgatóság Bilinben  
Csehországban.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bakteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13-15. szám.

## TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, u. m.: aranyérbántalmak, vértóvulás, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.

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

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

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

## „Margit“ gyógyvíz.

Margitforrás-telep. (Bereg megye.)

Kitünően használ a torok, gége, légcső, gyomor s bélhuzam hurutos bántalmainál s a húgyutak hurutjainál, mert míg egyrészt a szívós köpetet könnyen oldja, másrészt még ott is alkalmazható, a hol vérzések lehetőségétől kell tartani. Mint kiváló antacidum, könnyen javítja a hyperaciditásból származó rossz emésztést, lithium tartalma pedig az előbbivel kapcsolatban előnyösen akadályozza a húgysavas diathesist s az ebből származható kő- és homokképződést.

Járványos betegségek idején főleg typhus ellen kitünő praeservativum. Borral használva általánosan kedvelt.

Főraktár **Édeskuty L.** Budapest

V., Erzsébet-tér 8. cs. és kir. udvari szállító. V., Erzsébet-tér 8.

Kapható minden gyógyszerháiban, fűszerkereskedésben és vendéglőben.