

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenttartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Róna Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem I. sz. kórboneztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr. egyetemi tanár.) Az „ureteritis cystica“-ról. 752. l.

Márkus S.: Közlemény az I. sz. belgyógyászati klinikából. A sápkórnak „fersan“-nal való kezeléséről. 754. l.

Lukács Hugó: Közlemény a Donáth Gyula m. tanár vezetése alatt álló szék. Rókus-kórházi idegbeteg-osztályról. Diplegia facialis hysterica. 756. l.

Tárca Szigeti Gusztáv: Orvosi díjak és behajtásuk módja. 757. l. — Sugár K. Márton: Orvosi aphorismák Kubelik Jan hangversenyén. 758. l. — Tóvölgyi Elemér: Berliini levél. 759. l. — Babarczy-Schwartzner Ottó: Az állami elmegyógyintézet orvosok helyzetéről. 760. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Donáth Gyula: Az agyi és gerinczagi localisatio 1899. évi irodalma. 761. l. — Könyvismertetés. Kiss Gyula: A

gonorrhoea kezelése a férfinnél. (Ráskai.) 761. l. — Lapszemle. Szülészet és nőgyógyászat. Richelot: A méhrák gyógyítására a vaginalis és az abdominalis totalexstirpatio értéke. (Doctor.) — Frommel: A placenta praevia kérdéséhez. (Wenczel.) — Bőr- és bűjalkórta. Matzenauer: A sclerosis kimetszése. (Sellei József.) — Kuznitsky: A sclerosis váladékában sajátos testecskék. (Sellei József.) — Orr, torok- és gégebajok. Patrick-Watson Williams: A gége toxikus hűdéseiről. (Tóvölgyi Elemér.) — Weiss: A veres or elektrotherapiája. (Tóvölgyi Elemér.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Dandieu: Köhögési rohamok. — O. Ziemssen: Habitualis székrekedés. 763. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Tauffer Emil. — Törvény- szerki orvosi képesítés. — Tomka Samu. — Sub auspiciis regis-felavartás Kolozsvárott. — Krondorf. 763. l. — Yohimbin-tabletták. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem I. sz. kórboneztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr. egyetemi tanár.)

Az „ureteritis cystica“-ról.

Írta: Róna Dezső dr., v. intézeti gyakornok.

Az ureter nyálkahártyájának cystái a ritkább kórboneztani leletek közé tartoznak. Az elváltozás rendszeren nemcsak a húgyvezérekre szorítkozik, hanem a vesemedence és hólyag nyálkahártyára is áttérjed. Annak illusztrálására, hogy e kórkép nem éppen gyakori, szolgálhat már Lubarsch statistikája is, mely szerint 3000 bonczolt eset közül csak négyben látott tömlőket a húgyvezéren és kettőben a vesemedencze nyálkahártyáján. A budapesti egyetem I. sz. kórboneztani intézetében 3313 eset közül háromban voltak a húgyutak nyálkahártyáján nagy mértékben kifejlődve. Egy esetben kétoldali, két esetben egyoldali volt a megbetegedés. Az I. és III-dikban a vesemedenczétől a a húgyeső belső nyílásáig terjedt a bántalom, a II-dikban csak a húgyvezérre szorítkozott.

Ezen elváltozással azonban ritka volta dacára is eléggé foglalkoztak s több német, francia és angol nyelven megjelent kisebb-nagyobb munkában tárgyalták e kérdést. Mindamellett a bántalom keletkezésének lényegére nézve még ma sem egyezők a nézetek s ezt eléggé kifejezi Stoerknek megjegyzése is: „Allerdings steht mit der Einheitlichkeit der Befunde die Mannigfaltigkeit der Erklärung derselben von Seiten der verschiedenen Autoren in auffallenden Gegensätze.“

Legtöbbször azt állítják, hogy nyálkahártyacystákból keletkezett degeneratios tömlőkkel állunk szemben, mások nyálkahártyamirigyekből származtatják őket. Ezek mellett azonban egyéb nézetek is igyekeztek maguknak érvényt szerezni; egyesek

idegbefolyásnak tulajdonítják keletkezésüket (Schilkoek), sőt újabban a parasitaer eredetnek is több híve akadt (Kahlden).

A kórboneztani tankönyvek kisebb-nagyobb mértékben mind említést tesznek e kóralakról. Így Orth könyvében olvashatjuk: „Ritka esetekben, idült productiv lob jelenléte mellett többszörös tömlő-képződés észlelhető a vesemedencze és húgyvezér nyálkahártyáján (pyelitis et ureteritis cystica). A tömlők néha igen nagy számmal vannak jelen és átmeteszten gombostűfej egész kölesnagyságúak. Kiemelkednek a nyálkahártya niveauja fölé és rendszeren víztiszta, híg folyadékkal teltek, avagy nyúlós, colloid tartalommal bírnak s barna színűek. Keletkezésükről még biztosat nem tudunk.“ Említve találjuk Rokitansky, Birch-Hirschfeld, Ziegler H. tankönyveiben is.

Az uretercystákról külön mint önálló bántalomról első ízben Morgagni írt, mint kerek vagy ovalis, laposan a nyálkahártyán ülő, víztiszta bennéki képletekről.

Litten leír egy esetet, melynél az egyik húgyvezér felső részében, a nyálkahártya felületén rendkívül sűrűn egymás mellett apró tömlöcskék ültek, némelyek pedig kocsányon lógtak. E barnás-szürke színű tömlők kaviárszem egész lencsenagyságúak voltak. Az ureter alsó szakába kő volt beékelve, mely a nyálkahártyán már erosiot és heget okozott. Mindkét oldali vese cystás elfajulást szenvedett.

A nagyobb tömlők falát egyrétegű laphám fedte és ürét mucin-tartalmú, folyékony bennéki töltötte meg. Ezen folyadékban a sejtes elemeken kívül még nagyobb ovalis vagy fenkö alakú, részben homogen, részben közepükön erősebb fénytörőképességgel bíró testecskéket látott.

Litten szerint a tömlők a nyálkahártya cystáiból, avagy előbb jelen volt mirigyekből keletkeztek s a folyamat kezdetét a kimeneti nyílás összetapadását követő retentio képezte. A baj közvetlen okát a kő beékelődés feltételezte súlyos lobosodásban látja. Hogy lobos folyamatok gyakori volta dacára is oly ritkák e tömlők a húgyvezérekben, azt a crypták tág voltának tulajdonítja. A tömlők előfordulása pedig arra enged követ-



keztetni, hogy ilyen esetekben e hámbetüremkedések igen mélyek, vagy hogy a nyálkahártyában sok a mirigyszerű képlet. Ő a maga részéről számos uretermetszetet vizsgált, de mirigyeket bennök hiába keresett.

Hamburger egy, Scheuthauer tanár által Budapesten bonczolt esetet ír le, hol a vesemedencében, az ureterben és ennek nyílása körül a hólyagban számos colloid anyaggal telt, mákszem egész lenesényi cysta volt található.

Ebstein esetében kétoldali volt a tömlőképződés és a vesemedencétől a húgyeső belső nyílásáig terjedt. A tömlők sárgásbarna, néhol genyszerű tartalommal bírtak. Mindkét vese sorvadott volt s apró hólyagesákat tartalmazott. A tömlők a beszűrődött nyálkahártyában ültek és henger hámmal voltak bélelve. Ebstein nézete szerint e képletek egy része lágyulós tömlőket képvisel.

Limbeck hét esetet ír le. Egy esetben mindkét vesemedence, ureter és hólyag, egy esetben egyik vesemedence és húgyvezér, öt esetben csak a hólyag nyálkahártyáján volt elváltozás. A tömlők bennéket nyúlós anyag képezte, melyben sejtes elemek és homogen testek voltak még jelen. A tömlők keletkezésére nézve két lehetőséget vesz fel; az egyik a nyálkahártya ráncok összetapadása, a másik a hámnak a mélybe való activ burjánzása és másodlagos elfajulása.

Machleid és Nékám Pertik tanár kórszövettani intézetéből közöltek egy esetet, melynél mindkét vesemedence, mindkét ureter és a trigonum Lientaudii nyálkahártyáján kisebb-nagyobb tömlők voltak láthatók. E képletek annyira szűkítették a húgyvezérek ürét, hogy ez által hydronephrosist és uraemiát okoztak.

D'Ajutolo két eset kapcsán az ureter cystákat két osztályba sorozza. Az első osztályba tartozók lekerekített alakúak, nyákos tartalommal teltek és mirigyekből származnak, a második osztályba tartozók szabálytalan alakúak, serosus tartalommal bírnak és nyálkahártyacryptákból erednek.

Lubarsch az irodalomra is kiterjeszkedő munkájában két esetet közöl, melyekben súlyos cystitis és pyelitis jelenléte mellett mindkét húgyvezér, egyik esetben a hólyag nyálkahártyájának is tömlős elfajulása állott fenn. Külön tárgyalja az ureter és külön a hólyag ilyenmű megbetegedését.

A húgyvezér nyálkahártyájának tömlői szerinte a Brunn által leírt képletekből, az úgynevezett Brunn-féle hámfészkekből (Epithelnester, a nyálkahártya háma alatt külön ülő hámcsoportok) származnak és pedig a lobos inger behatása alatt támadt sejtszétválás útján.

Gyakoribb leletnek állítja a hólyag nyálkahártyájának cystáit; ilyenekkel 220 eset közül tízszer találkozott, leginkább a trigonum Lientaudii-re localizálva. Kiemeli, hogy e képletek megkülönböztetendők a hólyagfalati és a hólyagfal mögötti cystáktól (Paget, Englisch). A hólyag nyálkahártyájának tömlőit 1. a Brunn-féle hámfészkekből, 2. nyálkahártyacryptákból, 3. magasan fekvő húgyesőmirigyekből származtatja. A keletkezés módjára nézve megkülönböztet: 1. tömlőket, melyek tisztán sejtszétválás következtében támadtak, 2. tömlőket hámproliferatioval. Ez utóbbi csoportra nézve megjegyzi „Jedenfalls will ich, um nicht zu praejudicieren, diese Cysten nicht schlechtweg als Proliferationscysten (durch Proliferation entstandene Cysten), sondern als Cysten mit Proliferation bezeichnen.“ Bennéjükre nézve mindenütt kiemeli, hogy sejtfajulás következménye.

Aschoff, ki ezen kérdéssel igen behatóan foglalkozott, a húgyutak nyálkahártyájának mirigytartalmáról és az ureteritis cysticáról írt dolgozatában azon eredményre jutott, hogy a húgyutak nyálkahártyája úgy csecsemőknél, mint felnőtteknél a hólyagszájig mirigyeket nélkülöz. Figyelmeztet azonban azon tévedésekre, melyeket nyálkahártyabemélyedések ferde, illetőleg tangentialis átmetszése eredményez, mikor is mirigyszerű képleteket vélünk látni ott, hol ferdén metszett hámcsoportokkal van dolgunk.

Esetében a vesemedence és ureter felső részének nyálkahártyáján gombostűfejnyi és kétszer akkora sárgás-barna cysták ültek, melyek köbalakú hámmal voltak bélelve. A tömlőképződést a hólyagszájig a húgyutak nyálkahártyáján egységes folyamatnak tartja.

Vizsgálatai a következő eredményre vezettek:

A húgyutak nyálkahártyáján a szabad szemmel nem látható elváltozások elég gyakoriak. Góreső alatt pedig hámfűződést látunk a nyálkahártya mélyebb rétegeiben, a mi vagy a hámnak a mélybe való hatolása (actives Wuchern des Epithels) vagy annak finom kötőszöveti lécektől való áthidalása (actives Wuchern des Bindegewebes) útján származik. A hám a lefűződött fészkekben szaporodik, majd oldalágakat bocsát. Ezen stadiumban a nyálkahártyán apró pontokat és fehér szemcséket látunk. A fokozott sejtszaporodás, a sejtek nyákos elfajulása és szétesése, talán fokozott transsudatio kíséretében a már leírt tömlők képződéséhez vezetnek. A lobnak mint aetiologiai momentumnak bár nagy jelentőséget tulajdonít, de feltétlen ok gyanánt nem fogadja el. Kiemeli, hogy a szűkült részek: a kelyhek nyílása, az ureterek kezdete, a hólyagszáj különösen alkalmasak cysták képződésére.

Kahlden dolgozatában az ureteritis cystica eredetére nézve a más szerzők (Eve, Schilkok, Pisenti, Bland Sutton, Jackson, Klarke) által már régebben is vallott nézetet, hogy t. i. a bántalom parasiták által okoztatnék, igen szellemesen és kimerítően, bár kevésbé meggyőzően tárgyalja. Kahlden álláspontját a következőkben körvonalazhatom:

Két esetet észlelt, melyek közül az egyikben kétoldali, a másikban egyoldali volt az elfajulás. A cysták keletkezésére nézve azt hiszi, hogy nem fejlődhetek sem lobos szövetből, sem nyálkahártyamirigyekből, hanem hogy valamely protozoa-faj által okozott hámburjánzás eredményei. „Ihre erste Anlage ist vielmehr gegeben in einer pathologischen Epithelwucherung, welche in seltenen Fällen zunächst in das Gewebe der Ureteren vordringt, meist aber in vornherein über das Niveau der Schleimhaut kolbenförmig vorragt.“ E hámsejtek közt kötőszöveti sejtek is vannak, melyek fejlődésük közben a periphéria felé fejlődő kötőszöveti rostokat producálnak, a mi végre is a hámcsoportok lefűződéséhez vezet. Ezen hámfészkekből származtatja a szabad szemmel is látható cystákat.

A parasitákat illetőleg pedig a kötőszövetes fallal bíró tömlők homogen bennéjében apró, kerek vagy ovális, pigmentet tartalmazó, avagy azt nélkülöző testecskéket ír le, melyek haemat-oxilin-eosinfestés iránt karakteristikusan viselkednek. E testecskéket ő protozoáknak tartja és szerinte leginkább a csuka húgyhólyagjában előforduló myxosporidiumokhoz hasonlítanak.

Különös súlyt helyez azon körülményre, hogy e cysták bennéjében degenerált sejteket nem látott és azt hiszi, hogy a levált sejteket a protozoák egyszerűen megemésztették.

Hogy azonban nem minden vizsgálónak sikerül ez élősdieket megtalálni, ezt azon körülményből véli megmagyarázhatni, hogy a parasiták már elhalhattak, avagy még tökéletesen ki sem fejlődtek s így nem voltak jellemző képek nyervek. Ezen oknál fogva azt ajánlja, hogy ugyanazon esetből is sok tömlőt és sorozatos metszeteken vizsgáljunk, annál is inkább, mert az élősdiek súlyuknál fogva a cysta mélyebb részébe süllyedhetnek.

Lubarsch ezen irány ellen írt rövid cikkében Kahlden érveit megdönteni igyekszik. Az állítólagos protozoákat elfajult sejteknek tartja. Azon körülmény, hogy a cystát bélelő sejtekkel nincsenek összefüggésben, még nem bizonyító, mert pl. az alveolaris pneumoniánál is, bár a duzzadt sejteknek a tüdőhámmal való összefüggése nem vehető ki, mégis nyilvánvaló, hogy ezekből származtak. Másrésről a granulatio könnyű kimutathatóságát (Pisenti) csak a sejt alteratio (talán chemiai változás) tünetének tartja. Ugyanazon methodussal, melylyel nem lehet, vagy csak nehezen szemléltethetővé tenni az egészséges sejt granulatioit, könnyen sikerül ez a sejt kóros állapotában. Frissen vizsgált tömlőkben sem ő, sem Litten mozgó testeket nem talált. S végre, ha állna Kahlden azon nézete, hogy az élősdiek a hólyag felől hatolnak be a húgyutakba, akkor első sorban a behatolás kapuján kellene elváltozásnak fellépni.

Utoljára Stoerk foglalkozott ezen tömlőkkel a húgyutak nyálkahártyájának pathológiájáról írt tanulmányában 13 nem egészen idevágó eset kapcsán. E cysták képződését úgy magyarázza, hogy bizonyos súlyos folyamatoknál a nyálkahártyán annak egyenetlen beszűrődése következtében kiemelkedések és ezek között bemélyedések támadnak. Később ezen hámmal bélelt



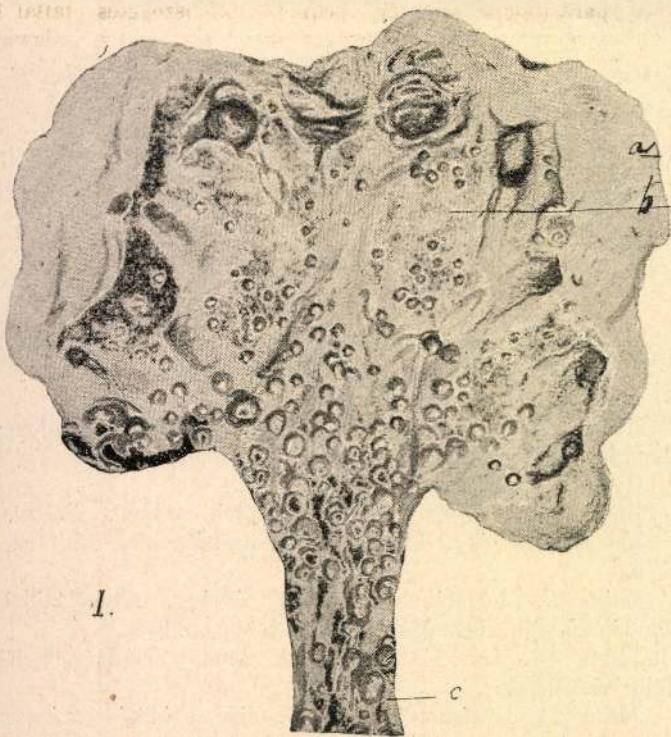
mélyedések a körülöttük beállott kötőszövetképződés által rögzítetnek. E mélyedésekben fokozott lesz a sejtszaporodás, sok sejt a többitől el is válik, elfajul, szétesik, némely sejtek elválasztó működést is fejtenek ki és mindez e tasakok tágulásához vezet. A bemeneti nyílás szűkülése vagy valamely alkalmi ok folytán beállott elzáródása után végre a felülettel csak vékony hasadékkal érintkező vagy teljesen zárt ürök keletkeznek s ezekből származnak a nyálkahártyatömlők.

A budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. kórboneztani intézetében az 1899/900. év folyamán három esetben voltak a húgyvezérek nyálkahártyáján igen nagy számú tömlők találhatók.

I. A. N. 40 éves asztalos bonczjegyzőkönyvéből a következő részleteket emelem ki. Arterio-sclerosis gravis aortae dilatatae praecipue ascendens et arteriarum coronariorum cordis. Hypertrophia et dilatatio ventriculi sin. cordis. Hyperaemia meningum, substantiae griseae cerebri et medullae spinalis minoris gradus (lyssa). Vulnus morsum fere consanatum in superficie interna phalangis tertiae digiti secundi manus sin. Hepatitis interstitialis circumscripta in lobo sin. atrophico. Catarrhus ventriculi chronicus.

Pyelitis et ureteritis chronica cystica lateris sinistri. Bal vese vastagszírtokba burkolva tetemesen megkisebbedett,  $7 \times 4 \times 1\frac{1}{2}$  cm. méretű, felülete egyenetlen, rücskös, rajta néhány kendermag egész borsónyi hólyag domborodik ki; állománya szívósabb, tetemesen megfogyott, úgy hogy helylyel-közzel csak 1–2 mm. vastag és a bab, egész mogyorónyira tágult kelyheknek megfelelőleg éppen csak hártvaszerű.

A vesemedence diónyira kitágult nyálkahártyája vastagodott, belővelt és rajta, különösen az ureter kezdetén számos köles, egész kendermagnyi, egészen színtelen, avagy sárgás bennékel telt cysta látható, melyek a kissé tág ureterben is, majdnem teljes lefutásában, az alsó harmad egy esekély részét kivéve, sűrűn egymás mellett találhatók. A hólyagba való benyílás szabad. (Lásd I. ábrát.)



I. ábra. Vesemedence és húgyvezér nyálkahártyájának tömlős elfajulása (I. eset, kicsinyítve); a) sorvadt vese-állomány, b) tágult vesemedence, c) húgyvezér.

Jobb vese tetemesen megvastagodott,  $15 \times 8 \times 4$  cm. méretű; felülete általában véve síma; domború szélének közepe táján egy fél diónyi mély behúzódás, hol a rostos tok erősebben odanőtt. Különben a ves állománya tömött, bővére. Vesemedence és ureter elváltozást nem mutat.

A húgyhólyag kissé tág, nyálkahártyája halvány, a trigonum Lieutaudii táján számos, mákszemnyi fehér pont.

Azon számos metszeten, melyeket készítettem és vizsgáltam, a cystákra nézve majdnem mindenütt ugyanazt láttam, ez okból az egész körkép göröcsövi leletét együtt fogom leírni és a különösen jellemzőket a megfelelő helyre nézve kiemelni. A vizsgálandó darabokat 2% formol-oldatban fixáltam és alkoholkeményítés után celloidinba ágyaztam be. Keskenyebb részletek kihagyásával leginkább egy-egy nagyobb tömlő vastagságára terjedő részeket metszettem fel. A festési methodusok közül a haematoxylin-eosin és Van Gieson-festést végeztem, ezenkívül Weigert-féle fibrin és ruganyos rostfestést, továbbá a thioninfestést alkalmaztam.

Már a metszeten szabad szemmel való áttekintésnél is feltűnik, hogy mákszem, egész kis lenese keresztmetszete nagyságának megfelelő, haematoxylinnal sötétebb kékre, Van Giesonnal sárgás-barnára festett kerekded képletek láthatók a nyálkahártyának megfelelő részben, melyek részint a felület felé kiemelkednek, részint a submucosus kötőszövetbe mélyednek.

(Folytatása következik.)

## Közlemény az I. sz. belgyógyászati klinikából.

### A sápkórak „fersan“-nal való kezeléséről.

Közli: Márkus S. dr. v. klinikai gyakornok.

A vas hatásmódja a chlorosisnál, eddig meg nem oldott problema. Egyrészt táplálékunkban nap-nap után feles mennyiségű vasat viszünk a szervezetbe a legelőnyösebb formákban, albuminátok alakjában, a nélkül, hogy ez a chlorosis fejlődését meggátolná vagy a már kifejtett betegséget kedvezően befolyásolná; másrészt a régi tapasztalati tény, hogy vasnak szervetlen vagy szerves összetettésekben való adagolására a chlorosis javul, sőt az esetek nagy számában meg is gyógyul. A fentebb említett tény olyan érv, melyet a vastherapia hívei Bunge ismeretes autoritativ nyilatkozatával szemben, hogy t. i. kár minden szemer vasért a gyógytárba sietni, mikor azt a piacon sokkal jobban elkészítve és olcsóbban is lehet kapni, ma annál nagyobb joggal hangoztathatnak, mivel a vasnak felszívódása és feldolgozása manapság már kétségtelenül bebizonyosodott.

Igy Hárinak legújabbán végzett vizsgálatai bebizonyították, hogy a vasat az éheztetett kutya gyomra is felszívja. Egyéb-ként — sajnos — be kell vallani, hogy ez az egyedüli pozitív adat, melylyel a vas pharmacodynamiája az utolsó évek folyamán gazdagodott, mihez azután az a másik nem kevésbé fontos negatív lelet társul, hogy a gyógyszeres vas nem az által hat, hogy a szervezetnek esetleges vas hiányát pótolja. Ebből ismét az következne, hogy a haemoglobin molekulához való chemiai vonatkozására semmi súly nem helyezendő.

Tulajdonképpen hatásmódját illetőleg azonban még mindig sötétben tapogatódzunk. Az, hogy a gyógyszeres vas a vérképző szerveket, különösen pedig a haemoglobin képzéssel megbízottakat nagyobb tevékenységre serkenti, olyan hypothesis, mely ugyan ebben a fogalmazásban kissé bizonytalan, mely azonban éppen ezért semmit sem praepjudicál és a vastherapia körüli eddigi tapasztalatokkal legkevésbé ellenkezik.

Fősúly tehát arra helyezendő, hogy a vas, bármilyen alakban juttattuk is a szervezetbe, tényleg a vérkeringésbe kerüljön, azaz: a lehetőleg kedvező resorptios viszonyokra. Ebből a szempontból kell tehát az újonnan mindig nagyobb mennyiségben ajánlott szerves vaskészítményeket tekinteni, nem pedig abból, hogy mily közel áll a chemiai összetételük a haemoglobin összetételéhez. Hiszen látjuk, hogy a limatura ferri-t szedő sápkóros eseléd éppen úgy nyeri vissza haemoglobinját, mint az egyenesen marhavért szüresülő úrnője. Két vaskészítmény közül nem az lesz a jobb, mely több vasat tartalmaz, de nem is az, melynek összetétele a haemoglobinnal legközelebb áll, hanem az, mely a gyomrot legkevésbé molestálja, mely a legsimábban szívódik fel. És éppen ezen, ha úgy szabad mondanom „külső“ előnyök azok, melyek folytán a szerves vaskészítmények, a vas-proteidák, a haemoglobin termékek (haemol, haemogallol, sanguinal, stb. a régi, de korántsem megvetendő szervetlen vaskészítmények felett győzelmet arattak.



Egy ilyen újabb szerves vaskészítmény Jolles „fersan“-ja, melyet az I. sz. belklinikán kipróbáltunk.

Jollesnek ugyanis a friss marhavér alkalmas kezelése által sikerült egy oly anyagot előállítania, mely a vasat egy erős phosphortartalmú albuminát alakjában tartalmazza. Az előállításnak fő elve az, hogy a centrifugálás által izolált vörös vérszuszpenziót sósavval kezeli; a különféle tisztító eljárások után visszamaradó vegyület, egy paranucleoproteid, tartalmazza a vörös vérszuszpenzió összes vas és phosphor mennyiségét, acid-albuminát alakjában.

A cacaozínü, poralakú gyógyszernek íze alig van, vízben könnyen oldódik, főzve mint acid-albuminát nem coagulál.

Chemiai analysise azt mutatja, hogy:

Phosphorsav tartalma ( $P_2O_5$ ) = 0.1203%  
 Vas „ ( $Fe_2O_3$ ) = 0.3724%  
 Nitrogen „ = 13.1022% =  
 81.89% fehérje.

Vizsgálatok, melyeket arra nézve tettek, hogy miként viselkedik a „fersan“ mesterséges emésztésnél, azt mutatták, hogy pepsin és sósav hatásának téve ki, ezek az organikus vasvegyületet nem bontották fel, a mennyiben az emésztő folyadékban vas közvetlenül nem volt kimutatható. Az előállító intentiói szerint mint tápanyag is szerepelt volna. Ebben az értelemben is végeztek kísérleteket Kornauth és Czadek jó eredménnyel. Mi a sápkóros betegek táplálásánál a fősúlyt a tápanyagoknak természetes formájára helyezzük, de ezzel korántsem akarjuk állítani, hogy a fersan dús fehérje tartalma a sápkórosok táplálási mérlegében elhanyagolandó faktor, a mint hogy a jelenlevő phosphornak is tulajdoníthatunk a vas mellett valamelyes hatást.

Nézetünk szerint a fersannak legfontosabb előnye az, hogy mint acid-albuminát a gyomornedvvel szemben igényeket alig támaszt és hogy a gyomrot változatlanul hagyja el, hogy ezután a duodenumban és a vékonybél felső részében felszívódásra kerüljön. Ennek jelentősége azért van, mert a chlorosis majdnem mindig étvágytalansággal és gyakran atóniával jár. Ez az oka a vas adagolás gyakori sikertelenségének, ha szervetlen alakban vagy olyan szerves vasvegyületek alakjában nyújtjuk, melyek, mint a ferratin, carniferrin stb., a vasat igen magas percentuatióban tartalmazzák. Másrészt a gyakori hypaciditas folytán az albuminátok összetételéhez közelebb álló szerves vaskészítmények nem készíthetnek elő a gyomorban az emésztésre, úgy hogy a gyomorban való időzésük alatt teltséget, puffadtságot érzését, néha gastralgia okoznak, és a bélbe kerülve, hiányosan kerülnek felszívódásra.

Ez a fersannál elesnék, mert mintegy előre emésztett állapotban kerül a gyomorba, melyben csak rövid ideig időzik és melyet változatlanul hagy el.

Múlt tavasszal az I. sz. belklinikán 10 sápkóros betegen végeztem a fersannal therapeutikus kísérleteket; mivel azonban ilyenkor igen nehéz a fiatal leányokat reá venni, hogy a klinikára felvételük magukat, ambulanter voltunk kénytelenek a vizsgálatokat és megfigyeléseket végezni. Egy esetben három héttig a klinikán feküdt a beteg, azután ambulanter észleltetett, de ennél is a javulás a klinikán kívül intenzívebben haladt. A betegeknek a jelentkezés napján megszámláltuk a vörös vérszuszpenzió számát, meghatároztuk a vér haemoglobin tartalmát Fleischl szerint, megmértük a testsúlyt. Ezen eljárás minden héten az összes cautelák mellett megismételtetett.

A gyógyszer adagolása akként történt, hogy a betegek 3-szor napjában egy kávéskanálnyit feloldottak egy kevés hideg vízben és ezt így, vagy egy harmad pohár tejhez vegyítve, az étkezések előtt kiitták. A betegek így szívesebben vették, mint ostyában.

Az orvosság subjectiv hatása eseteinkben már kezdetben igen kielégítő volt. A betegek legnagyobb részénél már az első héten a subjectiv panaszok feltűnő csökkenése lépett fel. Az étvágytalanság, renyhe széketéssel bíró, fejfájásról, szédülésről panaszokodó betegek már az első hét végével jó étvágytalanság, rendes széketéssel bírnak, fejfájásuk, szédülésük ritkább lesz. Olyan esetekben, midőn a jelentkezésnél hányásról, hányási ingerrel panaszokodnak a betegek, néhány napi fersanszedés után e kellemtelenségek megszűnnek, a subjectiv érzés javulásával együtt jár az objectiv élet javulása is.

A haemoglobin mennyisége növekszik. Némelyiknél egyik

hétről a másikra 20% az emelkedés, hogy azután csak 5–10%-kal növekedjék; másoknál kezdettől fogva lassan, de fokozatosan emelkedik a haemoglobin mennyisége.

A vörös vérszuszpenzió száma szintén emelkedik, és miként a haemoglobinnál, úgy itt is némely esetben jelentékenyen, másik esetben csak kevésbé.

A betegek testsúlya vegyes diéta mellett szintén növekedett.

A következőkben néhány kórtörténetet közlünk röviden, lehetőleg csak a főbb adatokat csoportosítva.

## I.

Cz. E. 19 éves. Felvétetett a kórodára 1900. május 21-dikén.

Panaszok: gyakori fejfájás, gyengeség érzete. Étvágytalanság, hányási inger, néha hányás. Obstipatio, mely néha kisebb diéta-hibák után hasmenéssel váltakozik. Halvány; nyelv bevont. Szívcsúcs felett nem állandó fuvó systolikus zöreje. Pulmonalis II. hangja ékelt. Kifejezett dorombzöreje a bal vena jugularis felett.

Május 23-dikán a haemoglobin (Fleischl szerint) 25%. Vörös vérszuszpenzió száma 3.000.000. Testsúly 48.8 kg.

Daczára az épen fennálló hasmenésnek, rögtön megkezdjük a fersan-therapiát, akként, hogy háromszor napjában kap egy kávéskanállal kevés vízben feloldva, az étkezés előtt egy negyed órával.

Junius 5-dikén. Hasmenések teljesen megszűntek, hányás május 28-dika óta nincs.

Junius 12-dikén beteg elhagyja a kórodát. Fejfájások ritkák, étvágy kitűnő, széketéte rendes. Szívcsúcs felett a zöreje intenzitását változtatja. Dorombzöreje nem oly kifejezett, mint május 21-dikén. Beteg tovább szedi a fersant és hetenként bejár.

Junius 26-dikáról a következők vannak feljegyezve:

Beteg közérzete igen jó, egészen egészségesnek érzi magát, csak még halvány. Étvágya igen jó, széketéte rendes. Szívtünetek mint elboesátáskor. Beteg vidékre utazik. A hetenként megejtett vérvizsgálatok eredményét alanti táblázat mutatja.

| Datum  | Haemoglobin (Fleischl szerint) | Vörös vérszuszpenzió száma | Testsúly |
|--------|--------------------------------|----------------------------|----------|
| V/30.  | 25 százalék                    | 3.200.000                  | 49 kgm.  |
| VI/5.  | 30 „                           | 3.500.000                  | 48 1/2 „ |
| VI/12. | 35 „                           | 4.200.000                  | 49 1/2 „ |
| VI/19. | 45 „                           | 4.700.000                  | 50 „     |
| VI/26. | 55 „                           | 4.400.000                  | 50.8 „   |

## II.

F. I.-né, 23 éves. Jelentkezett junius 23-dikán. Panaszok: étvágytalanság; étkezés után gyomorfájás, obstipatio; fejfájás, szédülés, reggel igen bágyadt.

Rendkívül halvány ajkak, szívhangok tiszták, pulmonalis II. hangja ékelt. Dorombzöreje nincs.

Gyomor nyomásra érzékeny.

Haemoglobin 40%. Vörös vérszuszpenzió száma: 3.400.000.

Testsúly: 50 kg. Therapia: fersan-adagolás, mint az első esetben.

Julius 7. Jelentékenyen javult étvágy, gyomorfájások ritkán lépnek fel. Hashajtókra nincs többé szükség.

Julius 14. Igen jól érzi magát. Rendes emésztés. Fejfájás, szédülés ritkábbak.

Julius 21. Közérzet igen jó. Fejfájás, szédülés egészen elmult, emésztési szervek részéről semmi tünet.

Beteg az orvosságot az utolsó két hétben ostyában szedi, hogy ne kelljen annyi vizet innia.

A megejtett vizsgálatok eredménye a következő:

| Datum   | Haemoglobin (Fleischl szerint) | Vörös vérszuszpenzió száma | Testsúly |
|---------|--------------------------------|----------------------------|----------|
| VI/23.  | 40 százalék                    | 3.400.000                  | 50 kgm.  |
| VII/7.  | 50 „                           | 4.300.000                  | 50.7 „   |
| VII/14. | 65 „                           | 4.800.000                  | 51.1 „   |
| VII/21. | 85 „                           | 5.800.000                  | 52 „     |



## III.

F. E. 21 éves. Jelentkezett VI/20-dikán.

Panaszok: szédülés, fejfájás, globus-érzés, hangyamaszási paraesthesiák. Étvágytalan, obstipatio. Halvány bőr és nyákhártyák, szívcsúcs felett finom fúvó systolikus zöreje, kifejezett dorombzöreje a bal v. jugularis felett. Fokozott patellaris reflexek, igen kifejezett vasomotoros reflexek.

Haemoglobin: 45%. Vörös vérszám: 4.300.000. Testsúly: 52 kgm.

VI/28. Fejfájások, szédülések fennállanak, főként este felé, úgyszintén a hangyamaszási paraesthesiák. Étvágya igen javult, székletét minden nap.

VII/4. Fejfájások ritkábbak, szédülések majdnem teljesen megszűntek. Étvágya igen jó, székletét rendes.

VII/28. Beteg távol volt, de szedte az orvosságot. Igen jól érzi magát; fejfájásai, szédülései egészen megszűntek. Étvágya az egész idő alatt igen jó volt, jelenleg is az. Székletét minden nap. Az ideges panaszok erősen csökkentek. Dorombzöreje alig kifejezett, systolikus zöreje a csúcs felett azonban állandó.

| Datum   | Haemoglobin (Fleischl szerint) | Vörös vérszám | Testsúly |
|---------|--------------------------------|---------------|----------|
| VI/20.  | 45 százalék                    | 4.300.000     | 52 kgm.  |
| VI/28.  | 65 „                           | 4.850.000     | 52½ „    |
| VII/4.  | 70 „                           | 5.200.000     | 52,8 „   |
| VII/28. | 85 „                           | 5 600.000     | 54 „     |

Ha a többi kórtörténetet közöljük, csak ezekhez hasonló eseteket írunk le, melyeknél a körlefolys szintén ezeknek megfelelő. Hogy a szer csak egyszer is cserben hagyott volna, nem fordult elő. Persze, itt is fontos, hogy az orvosságot rendszeresen, hosszú ideig, 5–6 hétig szedje a beteg.

A fersant, midőn mint skatulyaport rendeljük, 3–4-szer napjában kávéskanálként adagoljuk, ha pedig kész pastillában rendeljük, úgy 3–4 pastillát vétetünk háromszor napjában ¼ órával az étkezés előtt.

Röviden összefoglalva, a fersanról a következőket mondhatjuk megfigyeléseink alapján:

1. Fersan szedésére a sápkóros betegek vérének haemoglobin tartalma és vörös vérszámjainak száma növekszik.
2. Az étvágytalan betegnél igen jó étvágy lép fel, mely állandóan megmarad. Emésztési zavarok nem lépnek fel, sőt a néha fennálló obstipatio is enged.
3. A betegek közérzete igen megjavul, a kínzó fejfájások, szédülések hamar megszűnnek.
4. A betegek testülya növekszik.

*Irodalom. Jolles:* Über ein neues eisen- und phosphorhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel, „Fersan“ genannt. Wiener Med. Pr. 1900. 22. sz. — *Kornauth u. Czadek:* Über ein neues Nährpräparat „Fersan“. Zeitschrift für das landwirthsch. etc. in Oesterreich. 1900. III. 5. f. — *Silberstein:* Über ein neues Eisenpräparat, das Fersan. Therapeut. Monatsh. 1900. julius. — *Pollak:* Einige neue Medicamente in der Phthiseotherapie. Wiener klin. Wochenschr. 1900. 25. sz. — *Kornfeld:* Über die Beziehungen der Blutbeschaffenheit zum Blutdrucke, resp. zur Nervenregbarkeit etc. Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1900.

## Közlemény a Donáth Gyula m. tanár vezetése alatt álló szt. Rókus-kórházi idegbeteg-osztályról.

### Diplegia facialis hysterica.

Irta: *Lukács Hugó dr.*

A kétoldali arczhűdés ritkább kóralak. Az a frigore hűdéseknél beállhat oly egyéneknél, a kiknél alternálva szokott megisméltódni. Ezeknél megeshetik, hogy az egyik oldali hűdés még nem mult el, mikor a másik már fellépett. Esetünkben nyolcz napi időköz volt a két oldal megbetegedése között. A megbetegedés sok oly vonást tüntet fel, mely a baj functionalis eredetére hívta fel figyelmünket. Ebbeli nézetünket a lefolyás csak megerősítette. Minthogy az irodalomban alig akadunk hysteriás diplegia facialis leírására, hasznosnak tartottuk ez esetet közölni.

H. Kornélia 19 éves hajadon.

Családi terheltség nyomaként csak az volt eruálható, hogy egy

nővére anyja halála után több ízben convulsiot kapott, mely azonban sem azelőtt, sem azután többé nem mutatkozott.

Beteg gyermekkorában egy eclampsiaival járó lázas betegséget, azonkívül több más betegséget, melyeket közelebbről meghatározni nem tud, szenvedett el. Havi baját 16 éves korában kapta meg. Az első jelentkezés után három havi menopausa következett, mely idő alatt a beteget gyakori fejfájások, szívdobogás és globusérzés gyötörték.

1896. december 19-dikén reggel vette észre, hogy arca bal felé elhúzódt, jobb szemét behunyni nem tudja, jobb szájjuga lelóg, beszéd és evés közben jobb arczele nem mozog. A vizsgálat jobboldali complet és totalis peripheriás facialis bénulást derített ki. Az arcz asymmetriás, jobboldalt a sulcusok elsimultak, a szemöldökív kevésbé hajlott, szájjug lelóg, lagophthalmus. A jobb oldal izmai akaratlagos mozgásra képtelenek, a beteg arczfél a mimikában részt nem vesz. Beteg fülgúgásról panaszkodott. A facialis kilépési helye nyomásra fájdalmas volt. Izlési és hallási zavarok nem voltak. A villamos vizsgálat oly fokú elfajulási reactiot mutatott, mely az Erb-féle fokozat középfokának felel meg.

A beteget villamos kezelésnek vetettük alá, a hűdés három és fél havi kezelés alatt gradatim meggyógyult.

Hat hónap mulva, mely időt a beteg zárdában töltött s mely idő alatt ép és egészséges volt, a beteg újból jelentkezett, ugyancsak jobboldali arczhűdéssel. E hűdés azonban sokban különbözött az előbbtől. Ugyanis nem volt sem totalis, a mennyiben az orbicularis palpebrae nem szenvedett, sem complet, a mennyiben az innervatio a hűdött izmokban némileg lehetséges volt. A villamos vizsgálat eltérést a normalistól nem mutatott. Azon véleményben, hogy a facialis hűdéseknél épen nem ritkaság számba menő recidivával van dolgunk, újból villamos kezeléshez fogtunk.

Nyolcz nap mulva a beteg azon panaszszal lépett be hozzánk, hogy arczában húzódasokat érez és jobb szemé folyton ugrál, továbbá, hogy „arca teljesen megváltozott“. Tényleg a változás nagyon szembetűnő és meglepő volt. Ugyanis az arczon egy a bal oldalon is fellépett hűdés folytán a symmetria teljesen helyreállott. Az arcz hasonló volt a Parkinson-féle betegségnél előforduló álarczszerű facieshez. A homlok teljesen elsimult, a szemöldökívek kevésbé íveltek és mélyebben állanak, a sulcus nasolabialis elsimult, a szájjugok lelógnak, lagophthalmus nincsen. Beszéd közben az arcz merev. Sajnálataunkra a betegnek nem volt régebbi arczképe, frappans lett volna az összehasonlítás eredménye. A nagy különbségre jellemző ténnyel mond el maga a beteg, hogy t. i. legközelebbi hozzátartozói nem győzik csodálni a változást. A beteg e különbséget így fejezi ki: „Nem is hasonlítok önmagamhoz.“

A vizsgálat a bal arczfélhűdésre analog viszonyokat derít ki a jobboldalival. Az orbicularis palpebrae itt is szabad, az izmok innervatioja épen olyan kis mértékben lehetséges, mint jobboldalt. Beszédközben mimika nincsen, azonban erősebb psychikai reflexmozgásoknál, mint a sírás, nevetés, mindkét arczfél egyenlő nagy, a normalisnak megfelelő kitéréssel reagál. Az akaratlagos innervatio gyengén sikerül, erősebb felszólításra valamivel jobban.

Különösen a psychikai reflexek viselkedése felhívta a figyelmünket arra, nem functionalis bajjal állunk-e szemben. Kerestünk hysteriás stigmát. A már említett hereditásra vonatkozó adatok és némi degeneratív jelen (kékelő sclerák és odanőtt fülcimpák) kívül egyéb stigmák nem találhatók. Beteg hangulata igen változó, könnyen sírva fakad. A negativ lelet daczára suggestiv kezelést kezdünk. Első sorban hypnosist kíséreltünk meg. Hypnosis könnyen beállt, de felületes, mélyíteni nem sikerült. „Augenschluss“ megvolt. Hypnosis alatt az arczot mágnesvassal simogattuk, megfelelő suggestiok kíséretében. Eredménye annyiban volt, hogy a bal arczfélén az akaratlagos innervatio jobban sikerült, a tonuscsökkenés azonban nem javult. Majd áttértünk a facialisok kilépési helyének electrovibrálással való kezelésére. Hosszas — 14 havi — kezelés alatt időnként kisebb-nagyobb fokú javulás, majd visszaesés mutatkozott alternálva a két arczfélén.

Egyéb tünetek közül megemlítendő, hogy időnként a musculus levator anguliban és az orbicularis orisban néhány pillanatig



tartó tonikus összehúzódnások mutatkoztak. Koenig és Babinski irtak le hasonló spasmusokat „*formes frustes des spasmes glosso-labiales*” név alatt. Izérzésben, hallásban eltérés nem mutatkozott.

A beteget ezután majdnem folytonosan kezeltük villamos árammal. A diplegia határozottan javult. *Feltűnő, hogy a havi baj jelentkezésekor és nagyobb izgalmakkor kisebb-nagyobb visszaesések mutatkoznak még ma is.* A reflexmozgások normalisan folynak le, a bal arczfél akaratlagos mozgásai valamivel erősebbek, nyugalomkor a két arczfél különbséget nem mutat. Érdekes, hogy mikor a szájjúgba akasztott horog segítségével az izmok gymnastikáját akartuk megkísérlni, az első kísérletnél súlyos recidiva mutatkozott, mely azonban négy nap alatt megjavult.

A diplegia három éve áll fenn. Ez idő alatt gyakran történt villamos vizsgálat. Elfajulási reactio sohasem mutatkozott. Contracturák nem léptek fel.

Röviden összefoglalva, a kórkép fejlődése a következő: Három év előtt fellépett egy jobboldali tipikus, organikus peripheriás arczhűdés, mely kellő kezelés mellett teljesen meggyógyult. Hat hó múlva újból fellép ugyancsak jobboldalon a hűdés, de kisebb mértékben; egy hét múlva a bal arczfél is hűdve lesz, a beteg a diplegia facialis képét nyújtja. A kórkép három évig áll fenn, mialatt hol javul, hol remissiókat mutat. A status originalis máig sem állott helyre.

Babinski szerint a hűdött izom elveszti képességét az akaratlagos összehúzódnásra, elveszti a reflexképességét és tonusát. Lássuk, betegünkben mennyiben van ez így? Tonusát az izom nagy fokban vesztette el, az akaratlagos mozgások mind kivihetők, azonban kis kitéréssel. A reflexmozgásokat illetőleg: mimika nincsen, beszédközlésben az arc merev, kifejezéstelen marad. Ha azonban a beteg sír vagy nevet, az arcmozgások mindkét oldalt egyenlően, normalis kitéréssel lépnek fel.

Látjuk tehát, hogy esetünkben egy nem totalis és nem complet paralisissal van dolgunk.

Feltűnő jelensége a fenforgó hűdésnek, hogy az akaratlagos mozgások kivitele rövid időközökben, néha egy napon hol nagyobb, hol kisebb mértékben lehetséges. Ha a beteget ismételtén biztatjuk — különösen hypnosis alatt —, úgy a mozgásokat jobban végzi. A hűdés foka tehát folyton változó. A tonusesükenés foka azonban állandó. *Soha semmi jele az elfajulási reactionnak, dacára a hűdés három évi fennállásának, nem mutatkozott. Sem atrophianak, sem contracturának nyoma sincs.*

Az elmondott characteristicumok, de különösen a két utolsó világosan utalnak arra, hogy a leirt hűdés functionalis eredetű.

Érdekes esetünkben a reflexmozgások viselkedése. A diplegia facialisnál csak úgy, mint a féloldali arczhűdésnél minden szerző leírja a psychikai reflexmozgások kiesése által okozott me-revséget. *Edinger* különösen kiemeli az arcz mozdulatlanságát a sírásnál és nevetésnél. Esetünkben a sírásnál és nevetésnél az arcz mindkét fele egyenlő és *normalis kitérésű* mozgással vesz részt. Már *Bell* figyelmeztetett arra, hogy peripheriás facialis hűdésnél a reflexmozgások eltűnhettek már akkor, mikor az akaratlagos mozgásképeség még elég jól meg van tartva.

Régi tapasztalat ezzel szemben, a mit *Pándi* egy a facialis zavarairól szóló dolgozatában is kiemel, hogy a paralytikusok arczán a reflexmozgások épek lehetnek, mikor az akaratlagos mozgások már a facialis paresisét mutatják. *Romberg* egy esetében, hol ép reflexmozgások mellett az akaratlagos mozgás teljesen lehetetlen volt, a facialis corticalis centrumában ülő tumort talált. (Azt hiszem, joggal mellőzhetem *Bechterew* azon nézetét, hogy az arcz mimikai központja a thalamusban van, vagy egyáltalában azon állítást, hogy külön centruma volna.) Ott, hol a hűdés mellett a reflexmozgások épek, a baj székhelyét a cortexbe kell tennünk. Meg kell jegyeznem, miszerint az, hogy diplegiával állunk szemben, nem szólna a corticalis eredet ellen. Észlelték ugyanis egyoldali cortexlaesio folytán diplegia facialis, a mit *Stintzing* úgy magyaráz, hogy az ellentétes facialis centrumok befolyásolják egymást. A cortex organikus megbetegedése esetünkben fel nem tehető.

Ámbár betegünkben stigmák nem mutathatók ki, mégis megvan a hysteriás jelleg. De ettől eltekintve, a hysteriás monosymptomák nem tartoznak a ritkaságok közé, különösen nem a hűdések.

*Baillette és Chantemesse* szerint a hysteriás arczhűdésre jellemző, hogy nem teljes — különösen az orbicularis palpebrae szabad —, hogy spasmusokkal egyidejűleg paresis áll fenn, hogy nincsen villamos elfajulás, és hogy rendesen van anaesthesia a hűdött részen. Meg van esetünkben az, hogy a hűdés nem teljes, az orbicularis palpebrae szabad, vannak apró spasmusok és nincsen elfajulási reactio. Tehát csak az anaesthesia hiányzik. E tünetnek, az anaesthesiának, azonban ma már nem tulajdonítunk oly nagy fontosságot, mint *Charcot* iskolája. Míg ellenben az elfajulási reactio hiánya nem szól feltétlenül hysteriás jelleg mellett. Irrattak le nagy számmal oly hysteriás facialis hűdések, melyeknél az elfajulási reactio megvolt. (?)

Nem is lehet a fent citált leírást teljesnek, de sőt eléggé jellegzőnek sem tartani. Van fontosabb jel is. Ilyen első sorban a *hűdések fokának rövid időközökben mutatózó változása*. Ez a tünetny esetünkben nagy fokban mutatkozott. A két arczfél hűdésének intenzitása közötti változó különbség volt ennek legjobb indexe. Azonkívül a therapeutikus beavatkozások eredménye az organikus arczhűdéseknél mutatózó törvényszerűséggel semmi-képen sem volt összhangzásba hozható.

Ezek után azt hiszem, kétségtelen, hogy a leirt hűdés hysteriás eredetű.

Ismételtén utaltunk arra, hogy a hűdés nem volt teljes. Jellegző ez általában minden hysteriás bénulásra, melynek egyik legjellegzőbb sajátága, a változékonyság hozza már magával azt, hogy teljes nem lehet. Ha ezt tartjuk szem előtt, úgy tulajdonképpen többször kellene hysteriás paresisről, mint paralysisről beszélni. De láttuk esetünkben és látjuk általában a hysteriánál, hogy a hűdés időnként teljes. (Esetünkben nem volt soha totalis, de volt időnként complet. Az organikus hűdéseknél is gyakran van ez így.)

Ma már alig akad neurologus, a ki a hysteriás arczhűdés létezését tagadná. De tudjuk, hogy hosszas vita folyt a thema körül és különösen *Erb* tiltakozott ezen diagnosis ellen. De sohasem akadt senki, a ki ne látta volna be a facialis paresis gyakoriságát a hysteriás betegekben. Az előbb elmondottak után pedig világos, hogy csak fokozati különbségről lehet szó.

Gyakran látjuk a hysteriásoknál mindkét facialis paresisét, fáradékonyságát. Ha a beteget fogmutatásra szólítjuk fel, akkor látjuk, hogy a kitérés, melyet az izmok végeznek, a normalisnál kisebb. (Természetesen igen különböző e minus foka.) Azonban nemesak ez utal a gyengülésre, a betegek nem képesek az izmot hosszasan innerválni. Az izom rövid idő múlva ellankad, vibrál, azaz gyors clonikus összehúzódnások váltják fel az izom tonikus összehúzódnását. Ezekre illik rá legjobban az a kifejezés, melyet a francziák hoztak be az irodalomba, az *amyosthenia*. *Gilles de la Tourette* következőleg írja le: „Az amyosthenia oly gyengülése az izomnak, mely objectív tünetet nem okoz, subjectív sem mindig, a mennyiben a betegek sokszor nem bírnak róla tudomással. Az illető izomcsoport conturjai nem változnak. Csak a pozitív vizsgálat deríti ki létezésüket.” A facialis leirt kétoldali paresisét a beteg tényleg ritkán észleli magán, minthogy az arcz conturjai nem változnak. *De la Tourette* kiemeli, hogy minden amyosthenia lehet kiindulása egy hysteriás hűdésnek, mint egy praedisponált hely, csak alkalmi ok kell, mely kiváltja. Minthogy nincs ok, mely épen az arczmozgásokat illetőleg kivételt parancsolna, bizvást vehetjük ezen amyostheniás praedispositiot annak bizonyosságául, hogy az arcz épen úgy lehet székhelye egy hysteriás hűdésnek, mint akármelyik más izomcsoport.

## T Á R C Z A.

### Orvosi díjak és behajtásuk módja.

Pár héttel ezelőtt a belügyminister rendeletileg egy az egész országra kiterjedő érvénnyel bíró orvosi díjszabás-tervezetet adott ki, mely hivatva van, az orvosi kar egy régi sérelmét megszüntetni, az orvosi díjakat megállapítani. A rendelet véget vet ama ingadozásnak, a mely eddig az orvosi szolgáltatások értékének bíróság előtt való megítélésére nézve fennállt és ezért is méltán megérdemli a jogászok körök figyelmét.



Dárday egyik jogpolitikai tanulmányában<sup>1</sup> azt mondja: A mióta legelőször hirdetem Ő Felsége a király nevében ítéletet, az ügyvédi díjak megállapításakor mindig csak a legnagyobb önmegerőltetéssel voltam képes magamra venni, hogy számokba foglaljam a végzett ügyvédi munka értékét. Azt hiszem, hogy ez a bíró még sokkal könnyebb helyzetben találta magát, ha valami orvosi díjazásra nézve kellett ítéletet mondania. Két okból: először azért, mert az orvosi munka értéke még kevésbé becsülhető meg és fejezhető ki számokban, mint az ügyvédi munka értéke, mert hiszen az orvosra egy teljesen megbecsülhetetlen jószág, az egészség, van bízva. Másodszor pedig azért, mert az elmúlt évtizedekben semmiféle jogszabályi útmutatás nem létezett, a melynek segítségével az orvosi díjakat legalább conventionalis értékükben meg lehetett volna állapítani. Az 1876: XIV. t.-cz. 48. §-a az orvosi díjazást a kölcsönös megegyezés terére utalja, a mi azonos azzal, hogy az orvosi díjak jogállapota a szabad letarolás jogállapotára tereltesse.

Ezeknek a visszasságoknak a belügyminister említett legutóbbi rendelete véget vetett, a miért orvosok és jogászok egyaránt hálával tartoznak neki ezen mitsem változtat az a gunyolódó hang és gánes, a melylyel a sajtó egyrésze ama rendelettel foglalkozott, kifogásolván azt, hogy a szegény napszámos s a dúsgazdag tőkepezés egyenlő díjat tartozik fizetni orvosának. Ez nyilván túlzás. Magától értetődik, hogy az orvos a szegényebb clienseit által fizetett díjaknál nem fog szatós módra krajczároskodni — hisz ez az orvos esküjébe is ütközik — és az orvosi rend erkölcsi érzete hozza magával, hogy az orvosok a szűkölködőket minden időben és helyen bőven részesítik feleslegben, de kell, hogy a magánorvos saját belátásától függjön, kit és mikor részesítsen ezen kedvezményben. Csak azokról az esetekről van tehát szó, melyekben az orvosi díjak megállapítása bíróság elé kerül, vagyis a mikor a clienseknél evidens visszaélés forog fenn a jóhiszemű orvos a mi őt kárára és a jómódú cliens vonakodik az orvosnak megadni azt, megilleti.

Annyi bizonyos azonban, hogy az orvosi díjak szabályozása még korántsem biztosítja az orvos jogait eme visszaélések ellen. Hiába vannak megállapítva az orvosi díjszabályozások, ha az orvosi követelések bizonyítása tekintetében az orvos teljesen a patiente lelkiismeretére van utalva és ha nem adatik a bírónak valami köztött átvélféle, mely az orvos jogainak közprédává való kidobásának elejét venni, mert hogy a bíróságok előtt tán nem is annyira a tarifa az, a mi hiányzik, mint inkább azon bírói favor, melyet az esküt tett honoratior megérdemel. Ezt minden orvos tudja, a kinek valamikor bíránk előtt perelnie kellett patiensét.

Csak egy esetet!

Egy orvos hosszú időn keresztül beteglátogatást végzett egy igen jómódú családnál. A kezelés véget ért és a fél az orvosnak 34 frt tiszteletdíjat adott át. Az orvos ezt visszautasította és perre vitte a dolgot, azt állítván, hogy 52 látogatást tett, a melyből több mint 34 frt tiszteletdíjra van jogos igénye. A bíróság előtti tárgyalás alkalmával alperes egyszerűen tagadása vette az orvos állítását, a mire az orvos előhozatta rendelő könyvét, a melynek tartalmát esküvel hajlandó volt megerősíteni. A bíróság erre a következőket mondta: felperes a felmutatott rendelési könyveinek kiegészítőeként saját magának esküre bocsátását kérte, azonban a bíróság felperes könyvét nem tekinthette bizonyítéknak a megállapodás tekintetében, mert az orvosok könyveinek vezetését semmi törvény vagy rendelet nem írván elő, illetőleg könyvet bizonyító erővel fel nem ruházván, annak több bizonyító erő, mint magánfeljegyzésnek, nem tulajdonítható. Ez az eset tipikus. A bíró nem hisz az orvosnak, sem az ő feljegyzéseinek.

Am ily felfogás mellett hogyan védje meg az orvos saját érdekeit? Ha a bíróság az orvosnak napról napra vezetett feljegyzését kevésbé hiteleseknek tartja, mint a félnek pusztán csak emlékezetből idézett adatait, akkor az orvos lemondhat arról a reményről, hogy sikerüljön neki magát visszaélések ellen biztosítani. Az orvosokra nézve ily felfogás mellett számos esetben ügyszólván lehetetlenné válik, hogy követeléseiket bíróság előtt érvényesíthessék s e tekintetben egy sajátosság, kiváltságosan kedvezőtlen helyzetbe jutnak mindazok között, kik magukat valamely szabad hivatásnak szentelik, mert egészen bizonyos, hogy az orvosoknak nemcsak az előnyeiket képezi, de egyenesen reá vannak szorulva, hogy könyveiknek nagyobb fokú hitelesség tulajdoníthatassék, mintha azok egyszerűen magánfeljegyzések volnának, mert nincs egyetlen egy hivatás sem, a melyben a követelések hitelességének bizonyítása annyira meg volna nehezítve. A kereskedő követeléseit igazolhatja könyveiben, a melyeknek a törvény bizonyító erőt tulajdonít. Az ügyvéd támogathatja követeléseit a periratokkal, különféle okmányokkal és irományokkal, esetleg irodai személyzetével is. Az orvos mindezt nem teheti. Arról, hogy ő mikor és milyen és minemű munkát végzett, nincs kezében semmi bizonyíték. Tanukra sem hivatkozhatik, hisz a betegségek egy nagy részénél még közvetlenül a családtagok sem tudnak semmit a megbetegedésről, az orvos pedig már titoktartási esküje miatt sem gondoskodhatik tanukról. Könyveit pedig pusztán magánfeljegyzéseknek tekintik, a melyeknek semmi hitelességük. Honnan vegye az orvos ily körülmények közt azokat az eszközöket, a melyekkel jogát támogathatja s melyekkel érvényt szerezhet jogos követeléseinek? Hisz úgy látszik, mintha a törvények ezt rájuk nézve szánt szándékkal lehetetlenné akarták volna tenni!

Jogászok, kiknek ily bírói felfogásról panaszkodtunk, arra utalnak, hogy a bíró a bizonyítékokat szabadon mérlegelheti, kell tehát, hogy a bíró a jegyzeteket megtekintse, az orvos esküjét kívánja és ily módon neki igazat adjon.

<sup>1</sup> Dárday: Az ügyvédi díjak törvényhozási szabályozásának alapelvei. 1898.

Igen, csak hogy bíránk részben még fáznak az önálló és szabad mérlegeléstől. Ily körülmények között állami érdek, hogy a bírák útbaigazítást nyerjenek.

Ezzel sem új követelést nem támasztunk, sem új eszmét nem vetünk fel.

Száz év óta érzett szükségletet juttatunk kifejezésre, a mely azonban félig feledésbe ment, mert az orvosi kar ide vonatkozó kérelmeit és sürgetéseit soha figyelembe nem vették, úgy hogy az orvosok belefáradtak a pium desideriumok eredmény nélkül való ismétlésébe, unos untig való hangoztatásába. Hisz már midőn 1766-ban Mária Terézia<sup>2</sup> Torkos János felhívására az orvosok díjait megállapította és egy félszázaddal később, midőn 1826-ban a helytartó tanács<sup>3</sup> hasonló rendszabályt bocsátott ki, élénken érezték az orvosok azt, hogy még azok a nevelésesen csekély díjak is, a melyeknek beszedésére a rendeletek értelmében jogosítva voltak, nincsenek számukra biztosítva, ha egyúttal nem gondoskodnak arról is, hogy követeléseiket hitelesen bizonyíthassák a bíróság előtt. E célból azután 1872-ben a budapesti kir. orvosegyet<sup>4</sup> kimondta, hogy szükségesnek véli, hogy minden orvos magát bélyeges könyvvél lássa el, melyben látogatásainak számát, az ezek alkalmából tett rendeleteit, műtéteit pontosan bejegyezze. Ezen könyv hiteles legyen a törvény előtt. Az orvosegyesület már akkor is arra hivatkozhatott, hogy Bécsben, Berlinben és más városokban hasonló könyvek vezetése már akkor is elő volt írva. Az orvosegyet, mely e kérdéssel komolyan foglalkozott, akkor felterjesztést is intézett e tárgyban a kormányhoz, a felterjesztés<sup>5</sup> azonban a mai napig sem nyert formaszerinti elintéztést és a ministerium, úgy látszik, teljesen megelégedett róla.

Részemről az országosan megállapítandó méltányos díjszabás behozatalát meglehetősen illusoriusnak tartom mindaddig, míg ilyenmű intézkedéssel biztosítva nincsen az orvosok követeléseinek perjogi existenciája. Csak akkor lesz megóva az orvosok érdeke azok ellen is, kik úgy gondolkoznak, a mint azt egy angol vers fejezi ki:

Three faces wears the doctor: when first sought  
An Angel's, a God's when half the cure is wrought,  
But when complete the cure, he seeks his fee,  
The Devil looks less terrible than he.<sup>7</sup>

Szigeti Gusztáv dr.

## Orvosi aphorismák Kubelik Jan hangversenyén. (Vége.)

Helmholtz volt az, ki a zörejeket és a zenei hangokat külön lokalizálta a tönkelemben. Az előcsarnok a zörejeket, a csiga basilaris tekervényeiben a magas, felső kanyarodásaiban pedig a zeneskála közép és mély hangjait percipiálná. Helmholtz theoriája helyett eddig használatos más feltevésünk a zenebeli perceptio magyarázatára nincsen. Szerinte minden zenei hangnak a membrana basilaris bizonyos rostja felelne meg, úgy hogy például az itt-ott előforduló duplahallás, a diplacusis dysharmonica vagy echotica magyarázatát úgy találjuk, hogy a membrana basilaris egyes szálagjai erősebb vagy gyengébb feszülésbe juthatnak, mi által ezek az objectiv hangot mélyebben vagy magasabban tüntethetik elő. Ha most már a membrana basilaris rostjai, melyek a zongora húrjaihoz hasonlólag különböző hosszúságúak és párhuzamosan elhelyezkednek, az egész csigán végig vonuló ruganyos szálagok rendszeréből állanak, első keletkezésükben finomabban vannak kifejlődve, esetleg a hangvezetésre fontos otolithok, a Corti-féle ívek és a Deiters, illetve Claudius-féle sejtek nagyobb számban léteznek, a finomabb zenei hallás számára valóságos veszőletett praedestinatio látszik lehetségesnek. Valószínű azonban, hogy a virtuoz agya is, illetve ennek a zenebeli felfogásra fontos része, szintén eltérőleg a normalis typustól másképp van kifejlődve, mint az átlagos embernél.

Itt ama fontos kérdés merül fel, létezik-e agyunkban egyáltalában véve a zene számára lokalizálható központ, mint ez a beszédbeli képesség számára bizonyosan létezik?

Habár a zenebeli képesség számára való központ nem biztosan lokalizálható, mindazonáltal létezése nem tagadható el.

Már a korán elhalt Kahler casuistikája alapján azon felvételhez jutott, hogy „az agy funkciójának zenebeli formája a localisatio általános törvényéhez van kötve”.

Oppenheim mondja: „A zenebeli képességek, mint a beszéd, a bal agyfélteke különös terrainjéhez vannak kötve. Cerebrális góczmegbetegedéseknél a zenebeli és szóbeli képesség zavarai nem egyenlő értékűek”.

Wernicke beszámol egy aphasiával sújtott betegről, ki a beszédet már nem értette, mindazonáltal egy neki szövegével előzenekelt dalnak dallamát utána énekelte („Der aphasische Symptomencomplex“, Breslau, 1884).

Hochwarthi Frankl Lothar is ama következtetéshez jut: „Létezik aphasia amusia nélkül“ (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. I. köt. 283. l.), továbbá Anton Gábor (Wiener klin. Wochenschrift. 1888. 38. sz.), Knoblauch (Deutsches Archiv f. klin. Med. 43. k., 331. l.) és mások.

<sup>2</sup> 345. Z. R. 1766. országos levéltár.

<sup>3</sup> 32,750. Helytartótanács. 25. X. 1825. országos levéltár.

<sup>4</sup> 6283. Helytartótanács. 20. II. 1826. országos levéltár.

<sup>5</sup> Orvosi Hetilap. 1872. XVI. évfolyam.

<sup>6</sup> Felterjesztés az orvosi és állatgyógyászati díjak szabályozását illetőleg 1872.

<sup>7</sup> A beteg mikor orvost keres, azt angyalnak véli;  
Ha végre jobbra fordul sorsa, Istennek is nézi;  
De hogyha egészséges már s az orvos kéri díját,  
Elfordul tőle úgy mint mikor ördögöt lát.



Anton Gábor, a gráci psychiater, arra utalt, hogy hegedűsök a melodiákat többnyire a bal kézzel képezik, úgy hogy zenei képzetek talán az agy jobb féltekéjében székelnek.

Hogy jutunk azonban a hangok megértéséhez, ezt honfitársunk, Stricker magyarázza („Studien über die Association der Vorstellungen. Wien. 1883. I. Die Vorstellungen der Sprache, des Gesanges und der mathemat. Formen“). Szerinte a hangok megértése az által támad, hogy az acustikai benyomás bennünk azonnal izombeidegzezést vált ki, a midőn gégenkben vagy ajkainkon mozgást érzünk. Störknek észlelte, ki zenészeknél a gégetükörben a hangszálagokat vibrálva látta, ha kótákat eléjükbe tartott, támogatja Stricker plausibilis felfévesét (Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien. 1886. 16. sz.).

A zenéről való képzetek tehát tiszta ajak- és gégeképzetek. A midőn Kubelikez ez irányban megkérdeztem, nyomban, mintha rég ismeretes dologra emlékeztetnem volna, élénkséggel azt a választ adta, hogy ha valami zenedarabra gondol, az ajkak valóságos remegését véli érezni, egyúttal synergikus mozgást érez ujjaiában.

A fülörvosok még egy útát ismernek, melyen a hangok képzetéhez jutunk, de ez is izombeidegzésen alapszik. A dobhártya feszítő izmának, a m. tensor tympaninak innervatioja szintén közvetítheti a hangról való képzetet.

Hogy ezen kis izom tényleg hangok által, melyek a kísérleti állat közelében létrehozhatók, mozgásba jön, már Hensen (Archiv für Physiologie. 1878.) és Bockendahl (Kieler Dissertation. 1880.) és újabban Pollak József (Med. Jahrbücher. Neue Folge. 1886.) kimutatták.

Biztos tehát a klinikai tapasztalat, hogy a beszéd számára létező központ az agyban szétroncsolva lehet, míg a zenebeli képességre létező központ érintetlenül fennállhat.

Ez esetek nehézségeit Möbius P. szavaival is illusztrálhatom, ki újabban a német phrenologus Gall sokáig félreismert érdemeit az agycentrumok localisatioja körül behatóan méltatja (Schmidt's Jahrbücher. 1899. „Franz Josef Gall“ von J. P. Moebius) és a következőket mondja: „Az agyféltelet legtöbb helyein a kis megbetegedési göczök előfordulása felette ritka és ezek éppen olyan helyeken, melyek az organologia értelmében fontosak volnának, alig észlelhetők.“

Vegyük fel, hogy a zenebeli képesség a gyrus supramarginalisra vagy az első halántéktékervény elülső végéhez van kötve. Hasznavehető esetben ezen helyeknek szétroncsolására betegség által, és pedig zenészeknél volna szükségünk, akár az agyfélteke bal oldalán vagy mindkét féltekében, a nélkül, hogy az agynak functioja általánosán szenvedne, mi ugyancsak ritkán előforduló esemény.“

A kitűnő zürichi agypathologus Monakov a Nothnagel-féle nagy belgyógyászati munkában (Gehirnpathologie. Wien, 1897) a következőképen nyilatkozik: „A képesség, zenét értelemmel felfogni, ismert dalamokat megismerni, kótákat olvasni és írni, esetleg componálni is, a halántéklebenyekben fellépő kiterjedt göczmegbetegedések eseteiben lényegesen zavarva lehet. Ez esetben tehát főképen a perceptív zenebeli képesség van gátolva, míg az expressív képességnek (zeneműszereken játszani, énekelni) az első halántéktékervényre localizált göczmegbetegedéseknél nem kell szükségképen zavarva lennie. A hangsüketség fennállhat szósüketség nélkül! A hangsüketség létrehozására úgy látszik az első halántéktékervény bilaterális megbetegedése nagy fontossággal bír. Edgren egy esetében, melyben a hangsüketség három évig állott fenn, a bonczolatnál a bal agyféltekében meglehetősen nagy defectus volt és pedig az első és második halántéktékervény elülső részeiben, továbbá egy lágyulási göcz a jobb hemisphaerában és pedig a fossa Sylvii hátsó részében, mely göczszerű megbetegedés az első halántéktékervényre és a gyrus parietalis második tekervényére is átmént.“

Látjuk tehát, hogy mily bajos ezen kérdés és mily fontosnak látszik, hogy esetenként boncztanilag felderítsük.

Kivülálgik azonban, hogy a zenebeli képességnek, illetve musikalis hallásnak saját külön pályái vannak a központi idegrendszerben.

Képzeltető tehát, hogy a musikalis hallásnak agybeli pályái vagy központja az egyik esetben többé, a másikban kevésbé vannak kifejlődve.

Az agytekevénnyek formáinak beható tanulmányozásánál ugyanis azt találták, hogy az agy embryonalis tekervényei és mélyedései nem lépnek fel egyidejűleg az összes egyénekben, sőt ha meg is vannak, nem hasonlítanak egymáshoz. „Ezen tény azért is fontos, mert bizonyítéka annak, hogy az agykéreg, mint a magasabb lelki munkásság hordozója, már első keletkezésében a különféle egyénekben különféleképen terjedhet ki. Lehetséges volna az is, hogy az egyén egyes kiváló sajátosságai egy egyes agykéregterület megnagyobbodására vezethetők vissza, a nélkül, hogy ez a tekervények általános habitusa vagy az agy nagyobb súlya által elárulná magát“ (Edinger: Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane. V. Aufl. Leipzig, 1896. 200. 1.).

Támogatja érvelésemet továbbá a bizonyos családokban tapasztalható tény, hogy a musikalis hallás átörökölheto. Hogy gyermekek, mondja Stumpf (Handbuch der Tonpsychologie. Leipzig. I. k., 293. 1.), kik jó előmenetelt tesznek a zenebeli oktatásban, előbb énekelnek, mint beszélnek, ez többször tapasztalható.

Stumpf fia 14 hónapos korában egyes hangokat utána énekelte.

A híres compositor Dvorzak fia egy éves korában utána énekelte a Fatinitza-marschot és másfél éves korában édesatyjának több dalát „Az eladott mennyasszony“ című operájából tökéletesen énekelte.

A zenebeli képesség localisatiojával egy legújabb Franciaországban megjelent értekezés is foglalkozik. Bronislavsky ezen munkájából (Dissertation inaugural de la faculté médicale Bordeaux) a következő pontokat emelem ki.

„A zenei képességek pontos localisatioval bírnak. A dallamok reprodukálása sokkal egyszerűbb psychikai munkával jár, mint az eszmék kifejezése szavak által. Breyer 8—9 hónapos gyermekeket látott, kik a nekik zongorán előjátszott dallamokat helyesen utána énekeltek.“

Lehmann, egy musikalis családból származó három éves csodagyermek, 1869-ben Zürichben hangversenyt adott, a melyen különféle mesterek műveit adta elő. Hochwarthi Frankl Lothár egy két éves gyermeket említ fel, ki a legnehezebb Brahms-féle dalokat énekelte.

Wildermuth több idiotáról számol be, kik nagyon rosszul beszéltek, mindazonáltal zenei képességük feltűnően kifejlődött volt.

Laronov, a kiváló orosz psychiater, megemlékezik egy idiotáról, ki a conservatoriumból kikerült, szellemileg teljesen zavart és nagyon izgatott volt, úgy hogy minden hozzá közeledő személyt mint ellenséget megtámadott. Alig ült azonban a zongorához, teljesen megváltozott; érzellemmel és eleganciával játszott és pedig legnehezebb darabokat, például egy hosszú Beethoven-féle sonatát, szinte mesteri kézzel. Az egyes zeneműveket pontosan megkülönböztette egymástól, minden zeneműnek szép és gyenge helyeit jellemezni tudta és a kótákat nagy könnyűséggel olvasta.

Ezen és hasonló észleletek mutatják, hogy a zenebeli képességek idiotáknál is ki lehetnek fejlődve, és hogy a musikalis központ autonóm jelleggel bír. (Referálva a „Klinisch-therapeutische Wochenschrift“-ben 1900. nov. 17.)

A központi idegrendszernek, illetve a hallásra fontos részeinek rendellenes képződései veleszületett nehézhallást vagy süketiséget (anaesthesia acustica) képesek feltételezni; a zenebeli hallást közvetítő pályáknak rendellenes képződései lassúbb, torpid felfogást vonhatnak maguk után a finomabb zenebehátások iránt.

Meg vagyok győződve, hogy a musikalis hallás pontosabb localisatiojánál sok más dologra találunk magyarázatot, melyek eddig még rejtélyesek előttünk. Urbantschitsch, hön szeretett mesterem és tanítóm írja le azt, hogy bizonyos színeknek a szemre történő behatására, a hang magasságában subjectív elváltozások jöhetnek létre, a midőn ugyanazon szín (ibolya) különféleképen hathat magas és mély hangokra. (Schwartz's Handbuch. Allg. Symptomatologie.) Ugy látszik, hogy a különféle érzékelési perceptiók, metabolizmusa támadhat, mert nem lehet kétség, hogy a hangok és színek társítására (associatiojára) képességünk van. Ezen képességünket az angolok „colour hearing“-nek, a németek „Farbenhören“-nek nevezik.

A festészet történelméből ismeretes, hogy Leonardo da Vinci Giacondáját csak zene kíséretében festhette.

Ismeretes továbbá, hogy színvakásban szenvedők acusticus Daltonismust mutathatnak, a midőn is Huth zeneskálája szerint a g a vörösnek felel meg.

Fehér szobában jobban veszszük ki a hangokat, mint feketében és tudjuk végül, hogy a színek dysharmoniaja nincsen oly kellemetlen behatással szemünkre, mint a hangok dysharmoniaja fülünkre.

Igaz legyen a nép hite, hogy a szív összeköttetésben van a füllel! Dogiel physiologikus észlelete szerint a zene a szív ütését gyorsítja („Urbantschitsch. Allg. Symptomatologie“. Schwartz's Handbuch der Ohrenkrankheiten.)

A zene mély hatása tehát érthetőnek látszik.

A bécsi népművelődési egyesület (Volksbildungsverein) gyűlésein több száz főre menő munkás néptömeget áhítattal láttam figyelni klasszikus zenedarabok előadására, mi nemcsak nemesítőleg hat a szívre és kedélyre, hanem a terjedő és a nép életérejét aláásó alcoholismus ellen is hathatós remedium.

A külföldi tébelidőkben időnként hangversenyeket adnak elő, melyeknek therapeutikus hatásához nem fér kétség.

Ez úton lassanként a zene therapeutikus alkalmazásához juthatunk, melynek üdítő, felelevenítő hatását a betegek a helybeli sanatoriumok borús esti óráiban a Telefon Hirmondó közvetítésével már is áldásosan élvezik.

Meg kellene vizsgálni végül azt is, vajjon valóban a hallás legtovább áll-e ellen a halálnak, a mit már az antik görögök hittek, a miért is halottaikat tetszhalál ellen trombita- és buccinaszó mellett ismételtén nevükön szólították.

Semmisem érdektelen e téren. A kovácsok nehéz kalapácsainak rhythmikus robaja Pythagorast állítólag a hangról való teóriájának feltalálására bírta, mint egy alma esése Newton-t a nehézségi törvény feltalálására.

Igy megérhetjük még, hogy orvosi szempontból a musikalis hallás és a zenei képesség pontos localisatioját feltalálhatjuk az agyban.

Boldog lennék, ha sikerült volna nekem mint szerény kubikos munkásnak ezen épületre pár követ összehordanom, melyekből hivatottabb architectonikus szépségű palotát emelhetne!

Jean Jacques Rousseau a nevelésről szóló művében található szavai ma is teljes érvényben állanak előttem: „Veux-tu savoir, si le génie t'enthousiasme, écoute les ouvrages classiques de la musique.“ (Ha tudni akarod, vajjon a lángész iránt lelkesedel, hallgasd meg a zene mesterműveit.)

Sugár K. Márton dr.

## Berlini levél.

(A kétoldali posticus hűdésről, két eset kapcsán.)

A napokban egy, mindkét gégefélre kiterjedő posticus hűdést volt alkalmam látni B. Fränkel klinikáján. Az eset nem csupán azért érdemli meg a megemlést, mert általán véve a kétoldali posticus



hűdés a ritkább jelenségek közé tartozik, hanem főleg azon okból is, mert a baj egy struma következményeként feltűnő hosszú idő, körülbelül huszonöt év óta áll fenn. Ismeretes, hogy a posticus hűdésekhöz hetek, hónapok avagy évek múltán vagy a musculus internus hűdése társul, mit a bántalmazott hangszalag megkeskenyülésén és szélénél a hangrés felé tekintő homorulatán vehetünk észre, avagy egyenesen a recurrens hűdésbe megy át.

A kétoldali recurrens hűdés azért ritka, mondja Semon, mert a betegek, már mielőtt a hűdés kifejezetté válna, az alaphajban tönkre mennek. Jelen eset a Semon-féle szabály alól kivételt képez, mert az annyi évek során változatlanul fennálló posticus paralysis mind mai napig, mint olyan, változatlanul megmaradt.

Egyáltalán nem szándékom, hogy a posticus és recurrens hűdések kérdésében újabban ismét igen hevesse fajult vitákat és a számtalan, egymástól eltérő nézeteket, itt, e más czélokra szolgáló levél keretén belül fejtegetsem, csak konstatálni kívánom, hogy ama tény, miszerint a hangrés szűkítő izmok ily hosszú ideig megőrizték intact voltukat, akár a Krause, akár a Semon-Horsley-féle nézet alapján is tekintjük, mindenesetre különös egy jelenség.

Jelzett betegnél a hangrés nyugodt légvétél alkalmával mindössze egy milliméter szélességű, mely belégzés kezdetén még vagy egy fél milliméternyit tágul, a belégzés végén pedig hirtelen még a rendesen is jobban megsűkül. Ez utóbbi tünetnek kielégítő magyarázatával mind ez ideig egy szerző sem szolgált. Beteg hangja egy kissé durvább színezetű ugyan a rendesen, de korántsem annyira elváltozott, mint egyes autorkok hasonló esetekre szabályul állították. Kérdéseimre gyorsan, minden fennakadás nélkül válaszolt, miközben oly ügyesen végezte az inspirációt, hogy az csak az élelkebb figyelmet nem kerülhet ki. Futás, nehezebb munka és hosszas beszéd után a beteget, ki foglalkozására nézve képfaragó, inspiratorikus dyspnoé lepi meg, ez kisebb fokban a jelzett alkalommal, a több orvos által végezett vizsgálat következtében is fellépett. A belégzés tompa, fűtülésszerű zörejt kíséretében, a kilégzés pedig teljesen normalisan ment véghez.

Ezek után önkéntelenül felmerül a kérdés, hogy a huszonöt év óta relative szerencsés körülmények között fennálló baj dacára nem volna-e a tracheotomia indicálva? Mert igen találok mondja Semon, hogy az ily betegek feje fölött örökké ott függ a Damokles kardja, és a hangszalagok legkisebb, hirtelen fellépő duzzadása, ha csak a légesörmésztés rögtön ki nem vihető, menthetetlenül megfojtja a beteget. Eltekintve attól, hogy a beteg ama meggyőződésben élve, hogy az oly hosszú időn át változatlan baj ezután sem válhatik veszélyessé, a műtétnek magát alávetni vonakodik, mégis szerény nézetem szerint hasonló esetekben okvetlenül meg kell csinálnunk a légesörmésztést és a beteget makacsodás esetén minden szépítgetés nélkül fel kell világosítani a nagy veszélyről, miben állandóan forog. A következő eset, mit a Charité-kórházban láttam, hozható fel erre nézve tanúbizonyságnak.

Egy beteg, mesterségére nézve szabó, előadja, hogy ez év szeptember havának utolján nyelési fájdalmak lepték meg. Egy hét múlva rekedtség lépett fel, majd légzési nehézségei támadtak és a dyspnoé három nap leforgása alatt oly annyira fokozódott, hogy beteget szinte öntudatlan állapotban hozták gyorsan a közel fekvő kórházba, hol rögtön légesörmésztést végeztek rajta.

A gégevizsgálat kétoldali posticus hűdést állapított meg, a mely bántalom egy intercurrents gégehurut következtében a hangrés úgyszólván tökéletes elzáródásához vezetett.

A műtét után beteg nyelési nehézségei megszűntek, súlyban gyorsan gyarapodott, úgy hogy az előzetesen oesophagus carcinomára állított diagnoszt elvetették. A Röntgen-kép a gerincoszlop jobb oldalán egy három ujjnyi szélességű és a negyedik borda magasságáig lebuzódó homályosodást mutat, a melynek azonban mivoltát ez ideig megállapítani nem lehetett. Jelenleg, azaz a műtét után hat héttel, a posticus hűdés még teljességében fennáll, a valódi és álhangszalagok duzzadtak, belévelték, úgy hogy beteg a canül bedugaszolása esetén lélegzetet venni még nem képes. Dacára, hogy e betegnél a stenosis relative lassan, három nap alatt fejlődött ki, mégis csak pár perc kérdése volt, hogy a légesörmésztéssel meg lehetett még menteni az egyén életét.

Berlin, 1900. november 8.

Tóvölgyi Elemér dr.

## Az állami elmeorvóintézeti orvosok helyzetéről.

(Vége.)

Javaslatomnak mintegy kiegészítésül még három rövid megjegyzésem van:

1. Minthogy az országos elmeorvóintézetek alkalmazottai mindenütt természetbeni lakás élvezetében vannak és ennek meghagyását az elmeorvóintézeti szolgálat parancsolóan követeli, az illetmények e részére, a lakás, fűtés és világítás kérdésére, mint önmagától értetődő és elengedhetetlen szükségre, nem terjeszkedem ki.

2. A javasolt készpénz-illetmények tekintetében az igazgatók és az igazgató főorvosok között sehol sem tettem különbséget és úgy vélekedem, hogy ez iránybani javaslatom nemcsak méltányos, hanem az abban kifejezett óhaj igazságos is, mert hisz a különbség csakis a czimzésben rejlik, mely azonban egyúttal megőrteti velünk az igazgató főorvosok bővebb kötelességi körét, hogy az igazgatási teendőikön kívül osztályos főorvosi teendőket is végeznek. Semmiféle indok sem szólhat tehát a mellett, hogy az igazgató főorvosok akár rangban, akár illetményekben az igazgatók után helyeztessenek.

3. Magam is azt tartom, hogy sem nem helyes, sem nem kívánatos minden alkalommal a viszonyainktól sok tekintetben eltérő külföldi viszonyokra hivatkozni, ezért eddig mindenütt kerültem a hivatkozást, bár nem tagadhatom, hogy sok helyütt igen alapos indokokat lelhettem volna fel az excursioinknál javaslataim mellett. De azt meg nem állhatom, hogy itt e helyütt, mintegy a jegyzet rovatban, rövid szavakban fel ne említem egynéhány külföldi intézetben alkalmazott kartárs javadalmazását:

1. A *Dalldorf*-i intézet igazgatója 12,000, főorvosa 7200 és alorvosa 1440-től 2400 koronáig terjedő évi fizetést húz.

2. Az elszászi *Stephansfeld*-i intézet igazgatójának évi illetéke 12,000 korona, továbbá külön pavillonban lakás, fűtés, világítás, azonfelül zöldség- és főzelék-illetmény és külön fogat, a főorvos évi fizetése 4800 korona, továbbá lakás, fűtés, világítás és zöldség- és főzelék-illetmények.

3. A porosz *Herzberg*-i intézet igazgatója 10,800-tól 16,800-ig terjedő évi fizetést húz, nyugdíjába pedig 1440 korona lakáspénz váltásáig ezimén beszámítatik úgy, hogy teljes nyugdíja évi 18,240 korona. Ugyanitt a főorvosnak évi készpénz-illetménye 6000-től 7200 koronáig terjed.

4. A szász tartományi *Alt-Scherbitz*-i intézet igazgatójának évi fizetése 7200-tól 12,000 koronáig terjed, a főorvosé 4320-tól 6000 koronáig, a másodorvos fizetése pedig 3600 korona. Ezenfelül mindhárman korpótlékot is élveznek.

5. A badeni nagyhercegségi *Illenau*-i intézet igazgatójának évi készpénz-illetéke 7440 korona, a főorvosé 4000-től 6000 koronáig terjed, mindkettő élvez ezenfelül korpótlékot is.

6. A *München*-i bajor kir. intézet igazgatójának évi készpénz fizetése 9072 korona és korpótlék.

7. A Hamburg városi *Friedrichsberg*-i intézet igazgatójának évi fizetése 12,096 korona, a főorvosé 5400-tól 7200 koronáig terjed, ezenfelül élveznek korpótlékot.

8. A hollandi *Meerensberg*-i intézet igazgatója évi 12,000, főorvosa 6000 korona fizetést húz és korpótlékot kap.

9. A *Gheel*-i intézet igazgatójának évi fizetése 8000-től 10,000 koronáig, a főorvosé 5500—7500 koronáig terjed, a másodorvosé 3500—4500 koronáig.

10. A *Dobrzan*-i intézet igazgatójának évi fizetése 3600 korona és 5 korpótlék, a főorvos évi fizetése 3600 korona és 5 korpótlék, a másodorvos évi fizetése 2800 korona és 5 korpótlék.

A francia és angol intézeteket nem említem, a 16-tól 20 ezer koronáig emelkedő évi fizetések, a nyolcezerestől egész tízezer koronáig terjedő természetbeni illetmények, az intézeti vezetők függetlensége és magas társadalmi rangja, mindezek nálunk csak ábrándok lehetnek, melyek megvalósításának útját állják: viszonyaink.

És végül elérkeztem felolvasásom harmadik és utolsó fejezetéhez, mely az állami elmeorvóintézetekben alkalmazott orvosok szolgálati idejét tárgyalja.

Az 1885. évi XI. t.-cz. 23. §-a a szolgálati időt a tanárok és tanítók kivételével, tehát az állami elmeorvóintézeti orvosokra is, 40 évben állapítja meg; a 24. §. pedig elrendeli, hogy a nyugdíj alapjául a beszámítható fizetésnek 10 szolgálati év után 40%-a, ezenfelül évenként 2%-a, a tanárok és tanítóknál ellenben 3%-a a vétessék.

A 25., 26. és 27. §-aiban részben kedvezményes rövidebb szolgálati idő, részben pedig kedvezőbb részesedési arány van megállapítva a miniszterekre és államtitkárokra, a pénzügyi legénységre, államrendőrökre, csendőrökre, erdőőrökre, az állami mezőgazdaságoknál, az erdészetről, lötenyésztési intézeteknél és vesztégetintézeteknél polgári minőségben alkalmazott altisztekre és szolgákra, a börtönőrökre, fogházőrökre, fegyőrökre, az út- és hidmesterekre, folyamfelügyelőkra és őrkre.

Az exceptiók ezen hosszú sorozatában hiába keressük az országos elmeorvóintézetekben alkalmazottakat.

Ezekről megfélekedtek, vagy ezek felelősségteljes munkaköréről tudomással nem bírtak azok, a kik e törvényt alkották.

Az aránylag rövid átlagú élet mellett, a szolgálati időszak 40 évben való megállapítása sem humanus, sem helyes intézkedésnek nem tekinthető, mert ha hozzászámítjuk ehhez a 40 évhez az egyéni képessítésre irányzott törekvés idejét és azt az időt, melyet a férfi az államnak tartozó, de az állam által nem jutalmazott szolgálatban eltölt, akkor az esetek túlnyomó többségéről elmondhatjuk, hogy a 40 szolgálati év után az illető már örök pihenésre térhet.

Az állami szolgálatban állók legnagyobb része tehát meg van fosztva azon, a munkakedvet fokozó kilátástól, hogy szolgálati idejének elteltével a hivataloskodása folytán szerzett, bár idegen kéz által kezelt tőkének neki járó kamatait pihenés és a földi örömek élvezete között töltheti el.

Ez a vágyakodás pedig egy becsülettel eltöltött élet véghatárán jogos és érvényesülésének útjában állani, már csak a közérdek szempontjából is, sem nem helyes, sem nem indokolható.

S ha a törvényhozó ez iránybani szigorú intézkedését a hivataloskodás meg nem erőltető voltával indokolja, akkor talán megállhat ez az indok a közigazgatás egynemű ágában foglalkozókra, de semmi esetre sem az elmeorvóintézetekben alkalmazottakra, a kiknek működése állandó harc a békében.

A nélkül, hogy bárki érdeműs működését kisebbiteni óhajtanám, csak az összehasonlítás kedvéért felvetem azt a kérdést: ugyan mennyivel súlyosabb a tanárok és tanítók működése, mint az elmeorvóintézetekben alkalmazott orvosoknak vagy adminisztratív hivatalnokok-



nak és ápolóknak működése, hogy az állam tíz évvel kevesebb szolgálati idővel honorálja amazok munkáját?

A háborúban eltöltött évek kétszeresen számítatnak, az elme-gyógyintézetben eltöltött szolgálati idő azonban nem honoráltatik azon a mérlegen sem, melyen az erdőőrök és útfelügyelők nyugdíjútalmá kiméretik.

Legbensőbb meggyőződésem az, hogy tekintettel pályánk ideg-bontó keserveire is, az országos elme-gyógyintézetekben alkalmazott orvosok szolgálati idejét 30 évben kellene megállapítani, illetőleg a jelenleg 40 évben megállapított szolgálati időt legalább is 30 évre kellene redukálni.

Eziránybani számításom alapjául szolgál azon tény, hogy az orvos a jelenlegi súlyosabb és hosszabb időt igénybe vevő szigorlati rendszer mellett egyetemi és katonai kötelezségeinek teljesítése, a szakmabeli kiképzésnek bevégezése után, legjobb esetben is csak 30. életévében jut abba a szerencsés helyzetbe, hogy a nyugdíjba is beszámítandó elme-gyógyintézeti alkalmazást nyerhet az államnál, úgy hogy ha itt 30 évet eltöltött, akkor eléri 60. életévét, a melyben az élvezett teljes fizetéssel nyugdíjba vonulhat.

Rámutatok mindarra, a mit felolvasásom kezdetén az elme-gyógyintézeti szolgálat súlyos és veszélyes volta mellett felhoztam és az ismétlések elkerülése végett e helyütt csak arra hivatkozom, hogy a ki ismeri az elme-gyógyintézeti orvosi szolgálat idegbontó munkáját, az könnyen be fogja látni, hogy a 30 évi szolgálat után megérdemli az elme-gyógyintézeti orvos a nyugalmat.

A ki pedig tudja, hogy az elmebetegekkel való foglalkozás szüntelenül megkívánja a lelki és testi éberséget, az erélyt és a pillanatnyi elhatározásokat ép úgy, mint a gyengédséget, a nélkül azonban, hogy az erély, szeszély vagy erőszakosság folyamánya legyen és a nélkül, hogy a gyengédség gyengeségnek tűnjék, az bizonyára igazat ad nekem, mikor azt állítom, hogy a 60 éves elme-gyógyintézeti orvos 30 évi szolgálat után már csak igen nagy megerőltetéssel lesz képes nekéz hivatalának, úgy a betegek kezelése, mint a fegyelem fentartása tekintetében megfelelni.

Csak kevesen lesznek azon választottak, a kik testi és lelki éberségüket a szolgálat követelményeinek megfelelően sértetlenül fentartják.

Azok ám szolgálgának tovább! de a kik fáradtaknak érzik magukat, azoknak adassék meg a lehetőség, hogy jól megérdemelt nyugalmukat élvezhessék a nélkül, hogy az anyagiakban megrövidüljenek.

És bevégzem felolvasásomat, kérve az igen tisztelt Országos Értekezletet, hogy javaslataimnak érvényesülése végett, azok szellemében a belügyministerium vezetésével megbízott miniszerelnök úr ő kegyelmességéhez a felterjesztést megtenni méltóztassék.

Babarczy-Schwartz Ottó dr.  
m. kir. udvari tanácsos, magán elme-  
és ideggyógyintézeti igazgató.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

Az agyi és gerinczvelői localisatio 1899. évi irodalma.

Közlő: Donath Gyula dr. egyetemi magántanár.

(Folytatás.)

Ivanow ugyancsak Bechterew laboratoriumában 36 kutyán újra tanulmányozta a gége központi beidegzését akképen, hogy ő az agy-kéreg és a subcorticalis centrumok villamos ingerlése által idézte elő a hangszalagok mozgását. A gyr. praecruciatu mellső oldalsó végén egy kis mezőt állapított meg, melynek izgatása állandóan a hangszalagok záródását és egyhangú ugatást okozott. Ezen centrum működése úgy a jobb, mint a bal oldalon bilaterális. Az egyik centrum kérének kiirtása semmi befolyással nincsen a gége beidegzésére, mint-hogy a másik ép centrum izgatására ugyanazon hatás áll elő, mint a kiirtás előtt. Egy esetben szerző az illető centrumot mindkét agyféltekén elroncsolta és ezen kutyát 36 napig a műtét után életben hagyta; az állat csakhamar összeszedte magát, egyéb mozgási zavarokat nem mutatott, vidám volt, de azóta nem ugatott, még ha más kutyákkal is dulakodott, míg azelőtt minden alkalommal hallatta hangját; csak fájdalmas ingerekre vonított panaszosan. Műtét utáni 26. napon mindkét agyféltelet a faradikus árammal újra izgatta, de sem a cauterisatio által elroncsolt gégecentrumokból, sem valamely más agykéregrésztől nem sikerült hangszalagzáródást vagy ugatást kiváltani; csak némelykor, fájdalmas ingerekre, hallatott az állat gyenge nyöszörgést, a midőn a hangrés tökéletlenül záródott, mit Ivanow reflexűnetnek tart. Ő a leirt agykéregrészt a hang corticalis centrumának tekintti. Megállapította továbbá, hogy a thalamus opticus oldalsó hátsó részének, valamint a hátsó corpus quadrigeminum izgatása ugyanazon tüneteket idézi elő, mint a corticalis centrum izgatása. (Ismeretes, hogy a corpus quadrigeminum ezen jelentőségét Ónodi már előbb megállapította. Ref.) Egy esetben, a hol a jobboldali corticalis centrum kiirtva lett és a kutya még 40 napig a műtét után életben hagyatott, Ivanow az agyat Marchi szerinti megvizsgálta. Ő itt a másodlagos elfajulás jeleit találta, mely a capsula internán, az oldalsó thalamusmag, substantia nigra, a medialis hurok és pyramis pályán át, a nyultvelő vagus magváig követhető volt.

Végül Gerwer is Bechterew laboratoriumában kísérleteket tett kutyákon és majmokon az agyának szemmozgató beidegzésére vonatkozólag. Az agyfélteleten három különböző terület van, melyből villamos ingerlékenység által szemmozgások az ellenoldal felé kiválthatók: az egyik centrum a kutyánál a sulcus cruciatu előtt, közvetlenül a fissura praesylvica mögött van, majomnál a lobus frontalis hátsó részében; a második centrum az occipitalis lebenyben és a harmadik a gyrus angularisban fekszik. A frontalis centrumok kiirtása a szemtekék oldal felé eltérítését eredményezi az oldalas szemmozgások bénításával, míg a többi centrum kiirtása az utóbbiakra nincs befolyással; ebből Gerwer azt következteti, hogy a tulajdonképeni szemmozgató centrumok csak a frontalis lebenyben vannak és hogy a többi centrumból csak reflectorikus szemmozgások válthatók ki. A sulcus cruciatu átmetésze után az occipitalis lebenyből még tovább is válthatók ki szemmozgások, a miből az következik, hogy ennek ingerlete a frontalis centrum közbejötté nélkül létesül. Az occipitalis lebeny ingerlése azonban hatástalan marad, ha a corp. quadrigeminum anterius el van roncsolva, az occipitalis pálya tehát itt halad át. A corpus quadrigeminum ingerlése még akkor is kivált szemmozgásokat, ha a corticalis centrumok elroncsolva vannak. A frontalis centrum pályája, mint a Marchi módszerével tanulmányozott secundaer degeneratio mutatta, a capsula interna mellső részén és a pedunculus cerebri medialis részén halad át, innen az ellenoldali n. abducens magvához jut, a honnan a fasciculus longitudinalis posterioron át a n. oculomotorius és abducens magvait éri el. Gerwer a frontalis centrumot mind a három szemmozgató ideg központjának tekinti és hogy ezen centrum ingerlése majdnem kizárólag a szemtekék oldalmozgásait hozza létre, ezt ő úgy magyarázza, hogy a n. abducens corticalis ingerlékenysége fölülmulja a többi szemmozgás idegét. Magában az abducens magban a szemtekék conjugált oldalmozgásának centruma van és pedig az ingerület oldala felé, melynek elroncsolása után mindkét szem az ellenoldal felé térített el.

Johanny Roux a szemmozgások számára két corticalis centrumot állt fel: egy mellsőt a 2. gyr. frontalisban, melynek laesioja a szemek együttes eltérítését (deviation conjugée) hozza létre, valamint könnyű mozgási zavarokat a felső szemhéj mozgásaiban. A hátsó szemmozgató centrumnak sérülése pedig szintén conjugált deviatot okoz, de egyszerű hemianopsiát is. Ugyanez történik a gyrus angularis laesiojánál, mi által az alatta fekvő és az occipitalis lebeny belső felületéről eredő rostok érintetnek. Mindkét motoros centrum bilaterális beidegzéssel bír; a mellső az akaratlagos, a hátsó a reflectorikus mozgásokat közvetíti.

Personali egy complicált eset kapcsán a gyrus angularis alsó részét a látási zóna folytatásának tartja, míg annak felső része egy szemmozgató centrumot képvisel.

Azon tény, hogy a cerebri hemiplegiánál a felső facialis sokkal kevésbé van érintve, mint az alsó, Deligné szerint tisztán a felső facialisnak a más oldalival való synergikus működésében leli magyarázatát. Cerebri eredete és lefutása a felső facialisnak ugyanaz, mint az alsóé.

Bonhöffer észlelt egy 28 éves egyént, kinél az egyik alvégtag hűdése, Jackson-féle epilepsia és pangásos papilla voltak jelen. Kiirtatott egy sejtűs glioma a homloklebenyből, a melynek nagy része szintén eltávolított. Az operatio következtében állandó mozgási és érzési zavarok mutatkoztak, különösen a felvégtagban, azonkívül a szemek conjugált hűdést mutattak. Bonhöffer kiemeli azon fontos tünetet, hogy ily egyének aránylag jól conservált sensibilitas mellett a tárgyakat tapintásra nem képesek felismerni (stereognostikus érzés kiesése). Wernicke szerint ez a Rolando-táj corticalis laesiojának biztos jele.

Déjérine szerint a cerebri organikus anaesthesia és a hysteriás anaesthesia közt a különbség az, hogy az előbbi kevésbé intensív, a végtag distalis részein kifejezettebb, mint a proximalis részein, továbbá arányos a motoros zavarral és végül öntudatos és suggestio által nem befolyásolható. Az általános érzési hemianaesthesiajánál, ha az capsularis eredetű, mindig a thalamus opticus bántalmazottságával jár, vagy ha ez directe bántalmazva nincs, akkor legalább a laesio által kéri össze-köttetései meg vannak szakítva. A thalamus eme laesiojának székelni kell a pulvinar előtt, a thalamus külső magvának hátsó és alsó részében. A látási zavar nem nyilvánul amblyopia vagy látótérszűkület alakjában, mint azt azelőtt felvették, hanem csak mint homonym lateralis hemiopia. Ép így a laesio a hallásnak csak gyengülését fogja létrehozni, mivel a hallási centrum bilaterális voltánál fogva a hallási zavar mindkét oldalt csak muló természetű lesz. Ugyanez áll a szaglásra és izlésre nézve is.

A corticalis hemianaesthesia is társul hemiplegiával ép úgy, mint a capsularis; hogy azonban a magasabb érzékek is részt vegyenek abban, ahhoz kell, hogy mindkét oldalt kiterjedt laesio foglalja el a megfelelő érzéki centrumokat. A látási centrum egyoldali laesioja itt szintén csak homonym lateralis hemiopiát fog eredményezni.

Az organikus hemianaesthesia majdnem mindig lassanként javul. A sensibilitas előbb a kevésbé hűdött részekben (arcz, nyak, törzs, váll) tér vissza, csak utoljára a végtagokban.

Sellier és Verger elektrolisis által nekrobiotikus góczokat létesítettek kutyáknál, melyek pontosan a capsula internára szorítottak. A capsula interna hátsó karjának laesioja az ellenoldali végtagokban motoros paresist okoz; az állatok e végtagok helyzetéről nem bírnak tudomással, érintés iránt hemianaesthesia van jelen, a fájdalmak ugyan érezetnek, de nem localizáltak. Mindezen zavarok megfelelnek azoknak, melyeket Munk kutyáknál a gyrus sigmoides eltávolítása által hozott létre. Kimutatták azt is, hogy úgy a kutyánál, mint az embernél a capsula interna hátsó harmadában a motoros rostok a sensibilib rostokkal nem külön kötegekben, hanem vegyesen futnak le. Megállapították azt is, hogy a capsula interna retro-lenticularis részének sérülésénél a kutyák nem látják az ellenoldalon levő tárgyakat.



Türk óta ismeretes, hogy a capsula interna hátsó segmentumának hátsó harmada egy érző köteg, mely a gerinczagyból és medulla oblongatából a capsula internán át állítólag az occipitalis lebenyhez fut. Déjérine már rég kimutatta, hogy ezen *sensibilis pályák* nem az occipitalis, hanem a *temporalis lebenyben végződnek* és hogy továbbá azok a capsula egész terjedelmén áthaladnak. Az agykérgen az érző és motoros centrumok ugyanazon helyeket foglalják el, de talán különböző rétegekben. A stereognostikus érzésnek Déjérine szerint nincsen külön centruma, hanem azt az érzések associatiojának tekinti.

(Folytatása következik.)

### Könyvismertetés.

**A gonorrhoea kezelése a férfinél.** Irta: Kiss Gyula dr. Budapest 1901. Mai Henrik és fia bizománya. Ára 3 korona.

A gonorrhoea irodalma hazánkban túlnagynak nem mondható. Jó kezelésének, biztos meggyógyításának útjában újabb időben azonban nem annyira hazánk kis irodalma állott, mint a külföld rengeteg productivitása. A festékgyárak által készített csodái a synthetikai chemianak, egy-egy nagy autoritásnak állásfoglalása, az epigonok lármája és mindezek nyomában járó csalódások, a bizonytalanság és határozatlanság érzetét ébresztették a gyakorló orvosok szélesebb rétegeiben mindennel szemben, a mi gonorrhoea és annak kezelése.

Ezen tény helyes felismerése indította szerzőt munkája megírására, habár előszavában olyanokat is mond, melyek védvamos irányzatukkal kissé furcsa mellékzúgok. Az általános átnézetben kijelenti, hogy eltérően a szokásos heveny és idült kankó felosztás ismert mintáitól a kezelést külön tárgyalja a szerint, a mint a kankó fertőző képessége nyilvánvaló, vagy pedig a kankó által létrehozott következményes állapot van jelen, tehát a Janet-Guiard-féle klinikai felosztás alapján áll. Felosztja ezután a kezelést, a mint a fertőző szakban a kankó abortive gyógyítható, szabályos lefolyású, szövődmenyes vagy hosszasan fennálló; a következményes állapotban a gonococcus eltűnését követő időszak és a szó szoros értelmében vett idült kankó szempontja szerint.

A fertőző időszakban a hügyesőnek a kal. hyperm. hig oldataival való bő öblítéseit elfogadja és ajánlja. Igen helyes már az acut stadiumban való kezelésnél a mellső és hátsó urethra külön kezelésének hangoztatása, habár a Janet-féle egész hügyesőre kiterjedő átöblítéseknek káros hatását és a szövődmenyeknek gyakoribb voltát többnyire azok tapasztalták, kik még igen keveset tapasztaltak. Szerző helyes ösztönére vall az arg. nitr.-nak és pótszereinek, valamint egyáltalán az edző szereknek a kankó fertőző időszakában való perhorrescálása, illetőleg alkalmazásuknak okos korlátozása. A kankó gyógyítása körül történő hibák javarészt e szerekekkel való időszerűtlen és schematikus kezeléssel vezethetők vissza; kár hogy ezen felfogást a nem fertőző időszakról szóló részben nem eléggé domborítja ki. A gyakorló orvosoknak, a kiknek e munka elvégre is szánva van, az arg. nitr. még 3–5%-ban is tubuson keresztül esetelése nem igen ajánlható, valamint a gyakorló orvos igényeit tartva szem előtt, nem ajánlható az Oberländer-Kollmann-féle túltágítások sem. Azon fényes eredményeknek, a melyeket nagy, alkalmas beteganyagon való begyakorlás mellett, az esetek helyes kiválasztásával némely specialisták elérnek, a gyakorlatban éppen ellenkezője szokott bekövetkezni. Nem volt indokolt ezen munka keretében az urethroscopia monographikus terjedelmű tárgyalása, szerzőnek eltérései Oberländer-től csak árnyalatok, részben még azok sem. A methodus új voltának és fontossága felismerésének első lelkesedésében eszközölt túlzásokról és részletfestésekről Oberländer, valamint legkövetlenebb követői már rég lemondtak; a mit a józan kritika és az eszközzel való bánás tudás meghagyott, az maradandó becsű, de sem a róla való olvasással, sem a róla való irással meg nem tanulható.

Nem bocsátkozhatunk a részleteknek bővebb ismertetésébe és bírálatába. E könyv legnagyobb, talán egyedüli hibája, terjedelme, a tárgy fölösleges aprólékos tagolása, a sok osztályozás, mely az egész tartalmat túlságosan szaggatottá teszi és tömörkedésként nyújt alkalmat. A mások által kezdeményezett és kiképzett gyógyeljárásoknak, módszereknek és azok hatásmódjának posthumus magyaráztatása, a thesiseknek tetszés szerint való felállítás és azoknak végnélküli bizonygatása vagy czáfolgatása, szóval az egésznek deductív, philosopháló (sit venia verbo) modora, az olvasóra zavarólag és fárasztólag hat. Az egész munka egy kétségtelenül nagy orvosi intelligenciával, helyes érzéssel rendelkező receptív elmének terméke, mely az olvasottak ügyes transformálásával szerzőjének az egyéniség, a munkának az eredetiség külső attribútumait megadja.

Ráskai.

### Lapszemle.

#### Szülészet és nőgyógyászat.

**A méhrák gyógyítására a vaginalis és az abdominalis total-exstirpatio értékét** fejtegette Richelot a párisi nemzetközi orvosi congressuson. Arra utalva, hogy tartós, radikális gyógyulást vaginalis totalexstirpatioval is elérünk, tartózkodó álláspontot foglal el a vitás kérdésben. Azt a következtetést, hogy még előhaladt carcinománál is megkísértsék az abdominalis exstirpatiót és igyekezzenek „mindent” eltávolítani, élesen elítéli. Mások itt a viszonyok, mint emlőráknál. A hónaljmirigyek egy csomóban jó nagy tömeget alkotnak és így biztosan kiirthatók; a közbelső képletek, szövetelek carcinoma és hónaljmirigyek között kiirthatók a nélkül, hogy szomszédos szervek megsértésétől kellene félnünk. A medencében ilyen radikális operatiót nem

végezhetünk, mert az anatómikus viszonyok itt sokkal compicáltabbak, az ureterek sértése nagyon fenyegető; a mirigyek pedig jobban elszórva, nehezebben lelhetők fel s így kiirtásuk bizonytalan. Illusio az a remény, hogy a carcinomát a medencében bármennyig követethetjük. Annak a törekvésnek van még némi jogosultsága, hogy el nem terjedt, operabilis carcinománál igyekezzünk abdominalis úton is a regionarius nyirokerek és mirigyek eltávolítására; ez megfelel azoknak az elveknek, melyeket a sebészek más carcinomák kiirtásánál is követnek. De ezzel szemben is fel lehet hozni, hogy méhráknál eddig is, mirigykiirtás nélkül is értünk el radikális gyógyulást.

A méhráknak két fejlődési phasisa van: előbb lokális, később tovaaterjedő; e fázisok időtartama eddig ismeretlen körülményektől függ. Az első phasisok alatt exstirpálni kell, még akkor is, ha a tünetek elég régi kezdődésre vallanak. Vannak lassan növe carcinomák, melyek bár a portion nagy roncsolást idéztek elő, alig terjedtek túl a méhen, nem tudjuk miért. Ep ez esetekben lesz czélszerű az abdominalis totalexstirpatio; ennyiben lehet azzal az operabilitas határait tágitani. És így az csak az esetek kisebb számában jogosult. Ismételt és energikusan tiltakozik Richelot, hogy azt tekintés egyedül helyes és észszerű therapiának, a vaginalis exstirpatiót pedig tökéletesen operatióknak hirtelje. (Centralblatt f. Gyn. 1900. 33. sz.)

Doktor dr.

**A placenta praevia kérdéséhez** szól Frommel tanár. A terhesség kezdetén a pete és méh közötti viszony még mai napig sincs teljesen tisztázva. Legelterjedtebb ama feltevés, hogy a megtermékenyített pete a méh nyálkahártyájának (decidua vera) egy ránczában fennakad, azt burjánzásra ingerli, úgy hogy a nyálkahártya a petét teljesen körülövi (decidua reflexa). Majd a harmadik hóban a pete tapadási helyén a chorion frondosum, másfelől a decidua serotina (az a nyálkahártyarészlet, melyen a pete megtapadt) igen erős burjánzásnak indul s e kettő egymással összeszővődve alkotja a placentát. A placenta képződés eme magyarázatát kivált a placenta praevia tanulmányozása tette kétséggé; nehéz volt t. i. értelmezni, hogy mi módon hidalja át ilyenkor a lepény a belső méhszájat, a helyett, hogy a nyálkahártya mentén a cervix felé fejlődnek. Azért azt vették fel, hogy a chorion bolyhai kivételesen a decidua reflexában is kifejlődhetnek olyan erős mértékben, hogy utóbb itt is placenta, reflexa placenta képződik. A praevia-esetekben tehát mindig a reflexa placenta volna az a részlet, mely a méhszájat áthidalja.

Ez a pótló feltevés kétséget kizáró készítményekkel még nincs bebizonyítva.

Frommel is ide vágó esetet közöl:

36 éves XI. P. röviddel a magzatvíz elfolyása után vették fel a kórodára. Méhfenék a gyomorgödörben, élő magzat harántfekvésben, a négy ujjnyira távult méhszáj fölött köröskörül placenta tapintható. Felvételig semmi vérzés, felvétel után a szülő nő annyira vérzik, hogy lábrafordítás műtete szükséges. 2½ óra múlva halott magzat, 20 perczel utána a placenta is spontán születik meg. Négy hét múlva a nő tuberculosisban meghal. Bonczolásnál a méh üregében a placenta tapadási helye igen pontosan látható, ez a mellső falon a fundustól lefelé terjedve a belső méhszájat 2–2½ cm.-nyire közelíti meg. A belső méhszáj és a placenta tapadási helyének alsó szélé közötti rendes nyálkahártya volt, mely tehát a terhesség alatt nem változott át decidua serotinává, noha a méhszáj fölött köröskörül volt placenta tapintható.

Frommel szerint normalis helyen tapadt placenta időelőtti részleges leválása s egy segmentumával a méhszáj fölé jutása azért zárható ki, mert lehetetlen azt elképzelni, hogy a méhszáj ily körülmények között négy ujjnyira távolulhatott a nélkül, hogy a nőn vérzésnek nyoma sem lett volna.

Az eset csak reflexa placéntából magyarázható. Itt ugyanis a decidua reflexán keletkezett placentarészlet a decidua verával össze nem nőhet. Szülés kezdetén a méh alsó szakaszában a decidua vera és ezt a reflexa placéntától elválasztó decidua reflexa válnak szét egymástól, s ekkor vérzésnek csak akkor kell támadnia, ha a szülés előrehaladottabb stadiumában a pete leválása annyira haladt, hogy a decidua reflexa megszűnését érve el, intervillusos öblök nyílnak meg. (Beiträge zur Geburts-hilfe und Gynäkologie III. kötet, 2. füzet.)

Wenzel dr.

#### Bőr- és bujakórtan.

**A sclerosis kimetszésekor** Matzenauer több általa végzett excisio után azon érdekes következtetésekre jut, hogy a mindig pathognomikus táji nyirkmirigyduzzanatok kimaradnak akkor, midőn a syphilis elsődleges tünetét, a sclerosisist excindálják; vagyis ha a sclerosisist oly időben metszik ki a fertőzés után 3–4 hét múlva, midőn még regionaris mirigyduzzanatok nincsenek jelen, akkor azok az excisio után nem is fejlődnek. Ha már van egyoldalú mirigyduzzanat és nemesak a sclerosisist, hanem a megnagyobbodott inguinális mirigyeket is az egyik oldalon kivágják, t. i. 5 héttel a fertőzés után, úgy nagyobb mirigyduzzanat sem azon az oldalon, sem a másik oldalon nem fejlődik.

Matzenauer továbbá azt hiszi, hogy a szervezet immunitása egy újabb syphilisfertőzés ellenében, mely az exanthema kitörése előtt a manifest elsődleges tünetkor (a sclerosis jelenlétekor) már fennáll, a syphilis-toxinok hatásán alapszik. Ugyanígy a vérelváltozások a bőrön jelentkező tünetek prurupcioja előtt szintén toxin hatására vezethetők vissza. Az exanthema kitöréseig a fertőzés habár eléggé elterjedt, mégis bizonyos nyirkterületekre szorítkozik és csak az exanthema prurupcioja alkalmával válik általánossá. Bár kevés a valószínűség, még sincs teljesen kizárva, hogy ha a már fertőzött nyirkterületeket alaposan kimetszik, ez által az általános fertőzés elkerülhetővé válik. (Archiv für Dermatologie u. Syph. LII. kötet 1900.)

Sellei József dr.



A sclerosis váladékában Kuznitsky sajátos testecskéket talált, melyekhez hasonlókat előzőleg már Winkler is leirt. Kuznitsky ugyanis kerekded képleteket talált, melyek udvarral és majd excentrikus, majd centralis világosabb folttal bírnak. Ezen testecskék, melyek  $1\frac{1}{2}$ – $2\frac{1}{2}$   $\mu$ , sőt  $5$ – $5\frac{1}{2}$   $\mu$  nagyok lehetnek, vörös véresejtekben avagy leukocytákban fekszenek. Kuznitsky habár ezeknek eredetére és mibenlétére nézve biztos felvilágosítást adni nem tud, e leletet illetően azonban nem hiszi, hogy azok sejtmagvak származékai volnának. Az eljárás, melyet használt, következő volt: felületet, lapos sclerosisokból (erosions chaneriformes) a váladékot tárgyüvegre kente, s levegőn száradni hagyta. Erre pikrin-oldatot cseppentett, majd vízzel kimosva a praeparatumot, láng felett szárította és alkalikus methylen-oldattal festette. (Archiv für Dermatol. u. Syph. XLVIII. kötet.) Sella József dr.

### Orr-, torok- és gégebajok.

A gége toxikus hűdéseiről közölt tanulmányt Patrick-Watson Williams. A toxikus anyagok vagy myopathikus alapon okozzák a hűdést, a midőn is közvetlen jutnak a gégébe, avagy neuropathikus alapon, midőn a véráram útján támadják meg a gége idegeit vagy azok bulbaer központjait. Ez utóbbi hűdési formák az illető neuron gyulladásos elfajulása következtében jönnek létre és két főcsoportra, az infectiosus és a tisztán toxikus hűdési fajokra oszthatók. Az első csoporthoz tartoznak a pneumonia, influenza, typhus, diphtheria, scarlat, kanyaró, rheumatismus, tuberculosis és syphilis, a második csoportba az arsen, réz, antimon, phosphor, alkohol, morphiun és atropin által létrehozott hűdés. Az infectiosus hűdés azonban legalább részben a toxinok helybeli hatásának is köszönik eredetüket, főleg rheumatismusnál és diphtheriánál. Előbbi betegségnél főleg a meghűlésnek avagy traumának kitett idegrostokat támadja meg a mérge. A tisztán toxikus hűdés, az alkoholtól eltekintve, jóval ritkább. A kezelést infectiosus bajoknál az alapbaj megszüntetésére, a tisztán toxikus alakoknál a mérgeket a vérből való kiküszöbölésére irányuljon. Intralaryngealis villamozás úgy galvan- mint faradikus árammal, nagy adag strychnin per os vagy egyenesen a beteg gégeizmokba fecskendezve, a dyspnoe megszüntetése, fenyegető asphyxia elkerülése (intubatio, tracheotomia). (Med. Press. and. Circ. 1900.) Tóvölgyi Elemér dr.

A veres orr elektrotherapiája. Acne rosacea és dermatitis congel. erythem. eseteiben Weiss a galvanikus áram alkalmazásától igen jó eredményt látott. A sternumra egy két tenyérnyi, jól kipárnázott, a szélein és oldalain izolált elektrodot, a beteg orrészre pedig egy mindössze három centimeter átmérőjű agyag-elektrodot helyez.

Az utóbbi elektrod a pozitív árammal van összekötve. Két-három milliampères áramerő teljesen elegendő; a beteg orrőbrén ez erős viszkető érzést okoz ugyan, de agyingerlekenységi tünetek soha nem jönnek létre. A rendszeren két-három percig tartó villamozás után az orr bőrének halavány, vékony és száraz varpikkelyek képződtek, de négy-öt nap múlva minden heg hátrahagyása nélkül leestek, friss, világos epidermis réteget hagyva magok után. Acne rosacea első és második fokozatánál ez eljárás gyógyít, egy semmi eljárásra nem szünő erythemát pedig tizenegyet ülés alatt szerző tükéletesen elmulasztott. (Bár e közlemény inkább a bőrkórta körébe tartozik, mégis szükségesnek véltem az ismertetését, miután a gége és orr specialistákhoz igen gyakran fordulnak ily betegek segítségért. Ref.) (Wien. med. Wochenschrift, 1900. 42. sz.) Tóvölgyi Elemér dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Köhögési rohamok ellen Dandieu a mentholt használja száraz gőzök alakjában. Fémmedénybe vagy egy tég nyakú, 40–50 gramm számára való palackba néhány gramm kristályos mentholt tesz. Már a kéz melegsége elegendő arra, hogy száraz mentholgőzök képződjenek, melyeknek 2–4 percig belégzése a köhögési rohamot megszünteti. Még asthmánál és angina pectorisnál is sikerrel használható ezen eljárás (Therap. Monatshefte, 1900. 7. füzet.)

Habitualis székrekedés gyógyítására O. Ziemssen a gyomormosást használja jó eredménnyel. A gyomormosás naponként ismétlésével nemcsak a gyomor, hanem a bél peristaltikáját is fokozhatjuk annyira, hogy idővel minden reggel spontán székiürülés áll be. Az eredmény többnyire tartós. A módszer a következő: reggel éhomba bevezetjük a gyomormosóvet,  $\frac{1}{2}$ – $1$  liter meleg wiesbadeni „Kochbrunn“-vizet öntünk be (a wiesbadeni „Kochbrunn“ fő alkatrésze chlornatrium 0.6% mennyiségben) és azonnal kibocsátjuk; ezt egy ülésben 15–20-szor ismétljük. Az eljárás minden reggel ismétlődő úgy, hogy fokozatosan növeljük a beöntött víz mennyiségét, míg kisfokú gyomornyomás áll be. Ezen eljárást különböző idült gyomorbajoknál is lehet alkalmazni, így idült gyomorhurtnál, gyomoratonianál, gyomortágulatnál, hyperaciditánsnál, gyomor-neurosisoknál, idült gyomorfekélynél. (Berliner klin. Wochenschrift, 1900. 33. sz.)

### Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. november 30.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1900-dik év 46-dik hetében (1900. november 11-dikétől november 18-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 451 gyermek, elhalt 212 egyén, a szüle-

tések tehát 239-el multák felül a halálozásokat. — Születések arány-száma: 1000 lakosra: 34.2. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 16.1, az egy éven felüli lakosságnál: 13.3, az öt éven felüli lakosságnál: 12.0. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 4, pertussis 0, morbilli 3, scarlatina 8, variola —, cholera asiaticus —, typhus abdominalis 4, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 11, apoplexia 8, eclampsia 1, szervi szív-baj 22, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 28, tuberculosis pulmonum et phthisis 38, diarrhoea et enteritis 13, gastro-enteritis —, rák és egyéb újképletek 11, ezek közül méhrák 1, morbus Brightii et nephritis 7, rachitis 0, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkat-hiba 10, atrophia et inanitis 1, marasmus senilis 4, erőszakos halál- eset 6 ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, baleset 2, kétséges 0 (—). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2702 beteg, szaporodás e héten 791, csökkenés 813, maradt e hét végén 2680 beteg. B) Hevenyragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1900. évi novmber 12-dikétől november 18-ig terjedő 46. héten a tisztai főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 54 (65), diphtheria, croup 18 (21), hagymáz (typhus) 5 (15), kanyaró (morbilli) 168 (132), trachoma 12 (10), vérhas (dysenteria) — (1), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 36 (16), orbáncz (erysipelas) 24 (23), gyermekági láz (febr. puerp.) 2 (1), ezenfelül varicella 82 (75).

○ Törvényszéki orvosi képesítést nyertek a f. évi októberi vizsgákon: Hackel Sándor dr. fő- és székvárosi Rókus-kórházi orvos, Posgay István dr. Rókus-kórházi gyakornok, Schütze József dr. gávosi és Szilágyi Frigyes dr. deliblati körorvosok.

△ Tauffer Emil dr. m. k. honvédfőorvost a kereskedelemügyi miniszter a m. k. tengerészeti hatóságnál rendszeresített orvosi állásra nevezte ki.

— Tomka Samu dr. főorvost a főpolgármester a szt. János-kórház főosztályába rendelő orvosnak nevezte ki.

Sub auspiciis regis felavatás Kolozsvárott. November hó 28-dikán délelőtt 11 órakor kettős sub auspiciis regis felavatás volt a városi Vigadó dísztermében, melyet a város előkelősége egészen megtöltött. Az ünnepélyre Budapestről lejutott vendégeket, úgymint Zsilinszky Mihály államtitkár, mint a király képviselőjét, valamint az ünnepeltet zajos éljenzéssel fogadták.

Fabinyi Rudolf prorektor szép beszéddel nyitotta meg az ünnepélyt, megköszönve a király jóakarát és pártfogását. Az ünnepély alkalmával a két jelölt: Reinhold Béla orvostanhallgató a fertőző beteg-ről, Flórián Károly ügyvédjelölt pedig a magántulajdonról tartott elő-adást. Ezután Reinhold Béla az orvosi, Flórián Károly pedig a jogi kar dékánja előtt letette az esküt.

Az eskütétel után Zsilinszky államtitkár szép beszéd kíséretében felhívta a két ünnepelt ujjaira a királyi gyűrűket és a közönség zaja-san megéljengette a díszdoktorokat, a kik meghatottan köszönték meg az óvációt. Délben a felavatottak tiszteletére fényes banket volt a New-York szállóban.

Yohimbin-tabletták, kitűnő és ártalmatlan aphorodisiacum (lásd Therapie der Gegenwart és Berliner klinische Wochenschrift). 1 üvege 2 frt. Kapható Budapesten, a városi gyógyszerárban, Váci-utca.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.“ (Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére.) Budapest, VII. Városligeti fasor 9. sz. — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváncra prospektus.



### Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő  
Budapesten.

Nagy kénis iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedén-czeiben az ásványvíz naponta négyszer megújul, localis iszapborogatások. Minden nemű gyógy- és áldó-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: Budapest, V., Zoltán-utca 10.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (XVI. ülés 1900. november 14-dikén.) 764. lap. — A párisi nemzetközi orvosi congressus urológiai szakosztályának ülései. 766. lap.

## Közkórházi orvostársulat.

(XVI. ülés 1900. november 14-dikén.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

A homloküreget és a többi ugyanezen oldali orrmelléküreget empyemája kapcsán fellépett és meggyógyult phlegmonosus exophthalmus esete.

**Polyák Lajos:** A 27 éves férfibeteg folyó évi szeptember 15-dikén azon panaszszal jelentkezett a szt. János-kórházi rendelésén, hogy bal orrából 5–6 év óta sok bűzös geny ürül, s orra időnként eldugul. Feje sohasem fáj. Tükörvizsgálata a bal orrt polypok töltik ki. Szeptember 20-dikán az operatiónál kitűnt, hogy a polypusok legnagyobb része az excessive tágult és genynyel telt bulla ethmoidalisból indult ki; a polypusok evulsioja alkalmával velük összefüggésben rarefált rostacsontlemezek is ürültek ki; geny ürült ezenkívül a hiatus semilunaris felső részéből is, mire a homloküreget öblítő canullal kutasolta, s sok bűzös, törmelékek kevert genyt mosott ki; másnapra erős baloldali homlok- és szemfájás, a szemgolyó előredüledt, a homlokából kiöblítésére kevés bűzös geny ürült ki. A következő három napon a lobos exophthalmus fokozódik, habár a genynek szabad lefolyása van. Szeptember 24-dikén a Highmor-barlangot is kifeeskenedte, abból csak hig, szagtalan geny ürült. Szeptember 26-dikán fokozódó fej- és szemfájás; szemlelet: jobb szem rendes,  $V = \frac{5}{5}$  E. Bal szem in toto erősen kidüledt, szemhéjak rendkívül feszesek, úgy hogy a szemrést teljesen zárni nem tudja, nagy chemosis, szemmozgások korlátozottak;  $V = \frac{5}{20}$ ; törő közegek tiszták, szorfenék rendes, csekély venosus hyperaemia. Rendelés: a szemre jeges borogatás, mire a lobos tünetek elég gyorsan engedtek; a genylefolyás a beteg melléküregekből az orr felé szabad; október 11-dikén a bulbus protrusio már csekély, a homloküregekből bő, a Highmor-üregből kevés bűzös geny. Október 18-dikán, tekintettel arra, hogy a felső orrjáratban is állandóan jelent meg geny, a különben is polyposusan degenerált középső kagylót resécálta, mire az ikcsontüreg szűkült nyílásából geny folyt elő, ezért ezen nyílást is tágitotta, a genyt kimosta s az üreget jódoformgázzal tamponálta; geny ürült továbbá a hátsó rostasejtekből is, azért október 22-dikén Hajek szerint czekek is feltárta, mire a genyedés ezen üregekből 10 nap alatt megszűnt.

A homloküreget kivézető nyílása körül és a lateralis orrfalon, valamint az orrsövényen még jelentékeny polyposus nyákhártya hypertrophiákat hat nap előtt, november 8-dikán távolította el, ugyanekkor egy még genyedő rostasejt szélesen tárt fel.

A homloküreget a ductus nasofrontalison át rendszeresen öblítik; a genyedés már régóta csökkent, a bűz eltűnt. Hogy a geny a homloküregekből s nem a szomszédos rostasejtekből ered, bizonyítja a Röntgen-kép: a sonda tényleg a homloküregebe van vezetve.

Az orbitalis phlegmone meggyógyult, csak csekély infiltratio van még az alsó szemhéj belső harmadában; lefelé tekintéskor a beteg egy meternél nagyobb távolra még kettősen lát; visusa  $\frac{5}{7}$ .

Az orrban fennáll még a homloküreget genyedés, bár javult s ezenfelül kevés geny van még a Highmor-barlangban.

A rostacsont osteoplastikus ostitisével összefüggő nagyfokú orrpolypképződés.

**Polyák Lajos:** A 19 éves cseléd orra három éves kora óta dugult el, azóta csak száján át tud lélegezni; hat év előtt ezen baja miatt kórházban is feküdt, hol 15 ízben operálták, de azért egyik orra sem szelelt. Már rátekintésre is feltűnik a rendkívül tág és nagy orr, főleg az orrhát és annak csontos része tágult és nagyobbodott meg, míg az orrsücs és orrszárnyak puhák az inaktivitás folytán létrejött izom- és porezatrophia következtében. Mindkét orr teljesen ki volt töltve igen nagy polypusokkal, melyek a rostacsont kiálló részével függtek össze; a polypusok evulsioja alkalmával velük összefüggő és erősen megvastagodott rostacsontlemezek ürültek ki, evulsio után a középső kagylókat lemeztelenítve és nagy mértékben bullosusan felfújva találta, ezért azokat is eltávolította. Ma mindkét orra jól szelel, a beteg azonban még nem gyógyult meg, u. i. a recidiva elkerülése végett szükséges az összes beteg csontrészek és még bentlévő széles alapon ülő polyposus hypertrophiák eltávolítása is.

Az eset érdekes, mert kiterjedt polypképződés dacára sem volt melléküregetgenyedés, továbbá a rostacsonton észlelhető osteoplastikus ostitis folytán.

Hólyagkö spontán átfúródásának két esete.

Herczel Manó: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük).

Uterus rudimentarius cum defectu vaginae; laparotomia; gyógyulás.

**Elischer Gyula:** Előadó bevezetésül kikéri a társulat figyelmét a női ivarszervek embryologikus fejlődésének ismertetésére s az övséset s az ebből eredő szerveket schematikus rajzok felmutatása mellett röviden

ismerteti; hálás érzelemmel emlékezvén meg boldogult Mihalkovics Géza tanárról, ki az embryologikus viszonyok kutatása és ismertetése körül elévülhetlen érdemeket szerzett s kinek nagy tudományossága s szigorú megfigyelési képessége jeleit minden fejlődéstani kérdésben méltatni büszkeségünk.

A bemutatott eset főleg azért érdekes, mert az ivarszervi viszonyok az élön lettek megfigyelve és meghatározva.

A 19 éves hajadon varrónő egészséges családból származik; panaszát az képezi, hogy gyakran fáj a feje s eddig még nem menstruált.

A jól fejlett, jól táplált beteg vizsgálata kiderítette, hogy atresia vestibuli vaginae, durványos vagina s durványos méh van jelen, és pedig a bimanualis vizsgálat szerint uterus bicornis, az egyik méh-félben haematometrál, melynek megoperálásába a beteg beleegyezvén, ezen műtétet október 26-dikán chloroform-narkosisban végezte szülő.

Az operatiónál a hasúr megnyitása után uterust egyelőre nem találtak, hanem a Douglas-fürt kitöltő, domború, sötét színű, fénylő, ökölnyi daganatot, melynek kiemelése nem volt lehetséges. Ezen daganaton elhúzódik egy tollszárvastagságú köteg, a lig. teres, melynek jobb szélén a mélyben a jobb megnagyobbodott petefészetre akadtak, mely alatt álhártyákkal lazán odarögzítve ült a jobb méhkürt.

A baloldali tubát és ovariumot még nem találták meg.

Hogy a szem előtt fekvő daganat a bal lig. latumban rejlik, mutatta annak retroperitonealis elhelyezése, úgy hogy feltevésük szerint ha nem is a méhben, de a bal parovariumban elhelyezett daganatra kellett gondolni: parovarialis cystára, melyet, hogy eltávolítsan, reámetaszt annak vastag peritoneumára. Könnyen sikerült a kihántása, a mikor azonban kiderült, hogy a daganat tulajdonképpen a Douglas-fürbe leszállott vagy ott fejlődött vese s a mint tapintás által is meggyőződött róla, mind a két vese egymás mellett, egy tokban; természetesen ezekhez tovább nem nyulva, a peritonealis sebet catgut-szűcsvarrattal zárta. A műtétet tovább folytatva, a baloldali méhrészletet sikerült feltalálni, épp így a flexura sigmoidea alatt beágyazott petefészket, melyet körülfogott a meghosszabbodott, egészen ép tuba sinistra.

A szervek jelzett meghatározása után, nem lévén haematometra jelen, a hassebet zárták s az per primam gyógyult.

A fejlődési rendellenesség ezen esetben az ébrényi életnek már 8–9-dik hetében vehette kezdetét. Ekkor képződött a két oldalt rendszeren kifejlődött ovarium, későbbi stadiumban az egy tokban elhelyezett két vese a Wolff-féle test alsó részletéből, míg felső része a Müller-féle menettel már nem képezhetette az ú. n. Mihalkovics-féle ivarléczet. Ezen ivarlécz atrophiaja eredményezte, hogy sem vagina, sem pedig a méhszervi részletből uterus nem fejlődött; de ezen mély rétegzetű fejlődése a testecsnek megmagyarázza egyúttal diagnostikus tévedésüket, a midőn az egy tokban elhelyezett két vesét haematometráknak vélték.

Szóba jöhetett volna még a vestibulum tágitása, egy művi vaginatómló képzése, de a vaginalis cső teljes hiánya miatt ettől elállottak.

Puerperalis trauma által okozott n. peroneus hűdés esete.

**Donath Gyula:** Szülés és szülészeti beavatkozások következtében hűdések léphetnek fel úgy az újszülöttn, mint az anyán. Az újszülöttn ezen hűdések majdnem kizárólag szülészeti beavatkozások által jönnek létre, székhelyük pedig az agy- vagy gerincvelő és itt többnyire vérzések által okoztatnak, vagy pedig peripher idegek, mint a facialis és a plexus brachialis, melyek zúzódásokat szenvedhetnek. Ezeket nevezzük szülészeti gyermekhűdéseknél (Paralysis obstetricalis).

Az anyán kétféle úton jöhetnek létre a hűdések: vagy puerperalis infectio útján, neuritisek alakjában, minőket különösen Moebius, Lantz, Bernhardt, Eulenberg, Pontoppidan, Jolly észleltek a medianus, ulnaris, peroneus és facialis. Ezek néha symmetricus is felléphetnek. Vagy pedig a hűdés nyomás által létesül a medence kedvezőtlen térvizsgálata következtében, akár szűkmedence, akár pedig a gyermekfejnek kedvezőtlen beállítása (arc- vagy homlokkézés) által, ha ez hosszabban tartó egyoldali nyomást gyakorol a medence bemenetére. Ritkábban okolandó maga a fogó, melyhez természetesen oly viszonyok közt gyakran nyúlni kell, mert többnyire a zúzódás már megtörtént, mielőtt a forceps actioba lép; másrészt azonban kétségtelen, hogy némelykor a fogókanalak korai zárása vagy azoknak élei által roncsolások támadhatnak.

Ezen 30 éves asszony tavaly mint primipara 4½ napi vajadás után narcosisban forceps-szel szült. Az érett gyermek halva jött a világra. A narcosisból felébredvén, heves fájdalmakat érzett az egész jobb alvágtagban, melyek azután még hetekig tartottak. Alvégtagját alig bírta mozgatni, sőt november 25-dikétől kezdve majdnem teljesen hűdve volt. A bal alvégtagban is voltak fájdalmai, de kisebb fokban. Ez esetben tehát tényleg a forcepsnek része van a hűdés létrejöttében. Szülés után, mivel vizelni nem birt, 12 napon át katheter alkalmaztatott, azután a vaginalis decubitus következtében vizeletesurgás állott be. Az Elischer tanár osztályára szállított betegen december 1-én fistula urethro-vaginalis operatio egy ülésben sikeresen végeztetett. A betegnél, kit ez időtájt megvizsgáltam, a jobb alvégtag le volt soványodva, az alszár külfel-



letén és a lábháton hypaesthesia, az ischiadikus és peroneus mentén nyomásra erős fájdalommal volt jelen. A jobb peroneus területén teljes elfajulási reactio. A galvanikus kezelés december végén kezdődött. Már február 8-dikán kezdett fenjánni, jobboldalt kakasszerű lépéssel és március 5-dikén hagyta el a kórházat. Szeptemberben már mindkét alvégtagon egyenlő jó érzés volt. Jelenleg a beteg kitartóan tud járni, a kakasszerű lépés csak gyengén van kifejezve. A czombok egyenlő körfogatúak, de a jobb lábakra körfogata (29 cm.) még mindig 3 cm.-rel kisebb a balnál és hűvösebb. A november 11-dikén megéjtett villamos vizsgálat normalis, illetőleg csak kevésbé csökkent faradikus és galvanikus ingerlékenységet mutatott a n. obturatorius, n. cruralis, m. quadriceps, n. ischiadicus és m. gastrocnemiusban, ellenben a n. peroneus területén az elfajulási reactio most mulófélben van, a mennyiben a n. peroneus faradikus és galvanikus ingerlékenysége csökkent, a peroneustól innervált izmokban pedig a faradikus ingerlékenység vagy csökkent (m. extensor digitorum communis longus) vagy még nem mutatható ki (m. tibialis anticus, m. extensor halluc. long.), a galvanikus ingerlékenység pedig inkább fokozott, de a mozgás renyhe és  $AnZR > KZR$ . A jobb láb külső szélét jól tudja emelni, ellenben a láb és a lábujjak dorsalis flexioja még nem vihető ki.

Ezen esetben tehát több mint 4 napi vajadás következtében megsérültek a jobb ischiadicus és különösen a n. peroneus, kevésbé a n. cruralis. Azon feltűnő tény pedig, hogy miért sérül meg ilyen viszonyok közt leginkább a n. peroneus, az anatómiai viszonyokban leli a magyarázatát. A n. ischiadicus ugyanis a csomb közepén divergál két végére, a n. tibialisra és peroneusra, de ezek már a plexus sacralistól kezdve futnak le elkülönítve, de szorosan egymás mellett, sőt néha már magasan fent egymástól divergálnak. A plexus sacralis pedig az öt sacralis idegen kívül még a IV. és V. lumbalis idegből képezett lumbosacralis alkotja, mely közvetlenül a linea innominatán áthaladva, jut a plexus sacralishoz. Ezen a n. lumbosacralis pedig, már túlyomóan csak a peroneus törzsét képezi, úgy hogy az idesoruló gyermekfej többnyire csak peroneus és nem többé tibialis rostokat ér. Erthető az is, hogy miután a fej hosszának elhelyezkedése által a medencze diagonálisában csak az egyik sacrolumbalis nyomatik, ezen peroneus hűdések is csak egyoldalúak.

**Prokess Antal:** A bemutatott beteg 1899. november 27-dikén jött Elischer tanár osztályára vizeletesurgással s ekkor előadta, hogy a fogó-műtét után a narkosisból felébredve, rögtön jobb csombjában és alszárában heves fájdalmakat érzett s jobb alsó végtagját csak korlátozottan volt képes mozgatni. Az osztályra szülése után 3 héttel került (nov. 27-dikén) s ekkor a genitalis lelet a következő volt: régi gátrepedés, tág hüvely, melynek hátsó falán körülbelül a közepén kétfillérenyi területen piszkos sárga lepedékes felrakódás volt. Ennek megfelelően a mellő hüvelyfalán fillérenyi, szélein lepedékkel fedett anyaghiány, mely töleszerűen folytatódott az urethra vesicalis végébe. Catheterrel vizeletet venni nem lehetett. A portio vaginalis rendes nagyságú, számos helyen berepedt. Méhtest retrovertált és antevertált helyzetben, a rendesnél valamivel nagyobb. A jobboldali parametrium nem volt áttapintható, mert a fistula jobboldali hege majdnem a medenczeöntig terjed. Erdekes volt, hogy ha a heget jobboldalt két ujjuk közé szorították, a jobb alsó végtagba kisugárzó igen élénk fájdalmakat jelzett a beteg. Urethro-vaginalis fistuláját Elischer tanár operálta sikerrel egy ülésben múlt év december 1-én.

Az említett hűdés keletkezési idejére, előidéző okára nézve — hogy az a szülési (operatív) trauma s nem a jobb parametriumban székelő zsugorodás — minden esetre a beteg maga adja bemondásában a legfőbb bizonyítékot, mert az az operatio után azonnal fellépett s nem később, mint a heges zsugorodás következménye.

#### Egy év előtt készített gyomorsipoly.

**Kuzmik Pál:** A beteg 1897-ben véletlenségből marólugot ivott, a mi ronesolta a száj és oesophagus nyákhártyáját, s mint rendesen, az oesophagus heges szűkületét eredményezte. Egy évvel ezelőtt már vizet sem tudott nyelni, s teljesen elerőtlenedve kereste fel Réczey tanár klinikáját. Felvételt a 21 éves asszony alig volt 40 kilogramm. A vizsgálatnál egy impermeabilis oesophagus stricturát találtak 22 cm.-re a fogsoroktól, melyen keresztül még pár csepp vizet sem volt képes keresztülsajtolni.

1899. december 13-dikán chloroform-narkosisban operálták. Terüik ideiglenes gyomorsipoly képzése és a szűkület retrograd dilatatioja volt. A laparotomia sebét a bal epigastriumban, a bal m. rectuson keresztül végezték, a gyomrot mellő falán nyitották meg, a filiformis bázingsinkutatón azonban a cardiától számított körülbelül 12—15 cm.-en túl bevezetni nem voltak képesek, úgy hogy eredeti tervüktől eltérve, a gyomorsipoly képzésével be kellett érniök.

A gyomorsipoly képzésére a számos eljárás közül a theoretikusan legmegfelelőbbet, melyet már a klinikán is több ízben végeztek, s ma talán legelterjedtebbet, az eredetileg Albert által ajánlott és Hacker, Frank és Kocher által módosított eljárást választották.

Ennél az erősen előhúzott mellő gyomorfalból képzett kúp alapja a perit. parietale és a rectus mély pályájához rögzítetik, a kúp csúcsát pedig, melyen egy kis nyílást készítenek, egy bőrhid alatt átvezetve, a bordaív felett készített kis bőrnyíláshoz szegik ki. Ez által mintegy kis oesophagus képződik, melynek canalisa és nyílása a bordaívhez odaszorítva elzárható. A gyomorváladék kiürítésének meggátolására a musc. rectus rostjait is felhasználják az által, hogy a szétválasztott rostokat a gyomor falából képzett kúp köré helyezik a kúp áthúzásával, s így a m. rectus rostjaiból egy mesterséges sphinctert készítenek. A gyomor ezen kivarrása után a m. rectus visszamaradt sebszéleit,

valamint a bőrt is szabályszerűen egyesítik. A beteg táplálékát Nélaton-catheteren át ünti gyomrába.

Ezen röviden vázolt operatiót végezték ezen a betegen, miután az exploratiohoz szükséges nagyobb gyomornyílást előbb szűkítették.

A sebgyógyulás teljesen zavartalan lefolyású volt, a seb per primam gyógyult s a beteg nagyon jól tűrt a Nélaton-catheteren át beöntött hig. ételeket, ereje fokozatosan visszatért, hízni kezdett.

A beteget gyógyulása után sem bocsátották el, megfigyelés alatt tartották, s szomorúan tapasztalták, hogy a VI. borda magasságig felhúzott s ott kivarrt sipoly nyílás successive lehúzódott az epigastriumba s három hónap elteltével már csak egy direct sipoly volt jelen s a váladék a catheter mellett szivárog. Obturatorról kellett gondoskodni s megszerkesztették a következő készüléket:

Kaucsukból készült, külső lemezzel s rövid egyenes canullal ellátott obturator ez, melynek canul nyílását bajonette-zárral ellátott dugattyú zárja el. A canul belső vég körülbelül 12 cm. hosszú caucsukcsővel van ellátva, a külső lemez test felszíne alá pedig levegővel telt gummikarika van helyezve. Az egész obturatort pedig a törzs körül futó szalag rögzíti a sipolyban. Étkezésnél a beteg az ételt megrágja, ki-köpi, folyadékkal felhigítja s a dugattyú helyébe tett, zárókészülékkel és caucsukcsővel felszerelt töleséren át a gyomrába ünti.

Ezen obturatorral sikerült a sipolyt teljesen elzárni s a beteg körülbelül 7 kilo súlyszaporodással március 21-dikén gyógyultan hagyta el a kórházat.

A beteg egész nyáron át zavartalanul végezte munkáját, meghízott s 10 nap előtt klinikánkat azért kereste fel, hogy elszakadt caucsukgyűrűjét pótoljuk, mert a közbehelyezett pótló rongykarika nem zárt és eczema fejlődött. Betegünk ma 56 kilo nehéz s már itt-léte alatt is hízott, eczemája újra meggyógyult, s ismét távozik.

Hogy a pelotta jól zárását demonstrálhassa, kibocsátotta a gyomor tartalmát.

A beteget két okból mutatta be 11 hónappal az operatio után; egyrészt az obturator miatt, másrészt és főleg, hogy demonstrálhassa, mily erős a gyomor peristaltikája, mely képes volt az oly magasra felhelyezett, kirögzített sipoly nyílást rendes niveaujába húzni.

Ezen általuk és mások által is észlelt körülmény illusoriussá látszik tenni mindazon törekvéseket, melyekkel azt czélozzák, hogy egy természetes canalist készítve, a gyomorsipolyokat obturatorok nélkül tartsuk elzárva.

#### A gyomor lött sebe.

**Dapsy Viktor:** A 30 éves férfi szeptember 15-dikén hajnalban revolverét tisztogatta, az véletlenül elsült s a golyó hasába fúródott. Orvosai tanácsára családja Budapestre szállította; Réczey tanár osztályára éjjel 11 órakor vétezt fel.

A vizsgálatnál kitűnt, hogy bal oldalt közvetlenül a bordaív alatt a parasternal vonalban egy kerek, 7—8 cm. átmérőjű, ezüstforintnyi területen füst és löpor szemcsékkel övezett anyaghiány foglalt helyet. A has feszes, hasizmok erősen összehúzódtak, nyomásra különösen a gyomortáj volt érzékeny. A meglehetősen elesett beteg időnkint csuklott, nem hányt; szelek a sérülés óta nem mentek; pulsus 120; a projectilt hátul bal oldalt a XI. borda felett, két ujjnyira a gerincoszloptól, a bőr alatt jól ki lehetett tapintani.

Mindezen tüneteket számba véve, a hasüregbe hatoló s minden valószínűség szerint a gyomor sérülésével járó lött sebre tették a diagnosist.

Ezért rögtön laparotomiát végeztek Schleich-anaesthesiában. A hasüreget a linea albaival párhuzamosan, a bemeneti nyíláson át vezetett metszéssel nyitották meg. A gyomrot előhúzza, annak mellő falán, a pylorustól mintegy tenyérnyire, a curvaturák között közepén fekvő ovalis anyaghiány volt látható, mely a kisujj számára átjárható volt, s a gyomorfal egész vastagságán áthatott. Ezen anyaghiányból kiindulólág a gyomor serosáján egy 6 cm. hosszú, fokozatosan keskenyedő repedés haladt a curvatura minor felé. Először is ezen sérüléseket látták el.

A gyomor sebet két etage Lambert-varrattal zárták, valamint a serosa repedését is egyesítették. Ezután rést készítve a lig. gastrocolicum, megvizsgálták a gyomor hátsó falát, ott azonban a gondos kutatás dacára sérülést nem találtak. A gyomor közelében fekvő vékony bélkacsok serosája fényét veszítette, s rajta egyes helyeken könnyen leválasztható, hártyszerű fibrinlepedék foglalt helyet. Ezen kacsok egyikének serosáján egy 5 cm. hosszú, 2 mm. széles hosszanti repedés volt látható, melyet varrattal egyesítették; egyéb sérülést nem találván, a hasüreget 3/0-os langyos borsavoldattal alaposan kimosták s a hasfal sebet a klinikumon szokásos mód szerint három etageban zárták, miután előzőleg a löcsatorna falát felfrissítették.

Az operatio utáni napon a beteg többször hányt barnás, kávé-aljszerű hányadékokat; a hányás a következő napokon nem ismétlődött, a csuklás azonban hat napig állott fenn. Szeke két nappal az operatio után volt először, hig. barnás-feketés. A hőmérsék az első héten 38.2—37.0 C. között ingadozott, a pulsus száma ezen idő alatt 120-ról 96-ra szállt le; közérzet folytonosan javult, has érzékenysége csökkent. A seb gyógyulását egy diónyi tályog képződése zavarta, mely kiürült vén, igen lassan sarjadt be.

A beteg első napokban csak jégbe hűtött tejet kapott kanalan-kint, az első 14 napon tisztán folyékony táplálékkal élt, és csak a 4-dik héttől kezdve kapott compact tápszert.

A 9 mm.-es projectilt egy hét előtt távolították el a hát bőre alól; jelenleg a beteg teljesen meggyógyult, a kórházat holnap hagyja el.

Figyelemre méltó ezen esetben, hogy az egész hasüregen át-



hatoló projectil csak egy penetráló sebet ejtett a gyomron s hogy bár a beteg sérülés után csak 18 órával került operálásra s az operationál már kifejezett peritonitis volt jelen, mégis sikerült őt az operatioval megmenteni.

#### Ophthalmoplegia externa oculi utriusque.

**Davidovics Jenő:** N. M., 28 éves napszámos egy év előtt azt vette észre, hogy szemeit kellőképpen kinyitni nem tudja, baja másnap rosszabbodott és a rosszabbodás körülbelül két hétig tartott, azóta pedig betegsége egy stadiumban van, sem javulást, sem rosszabbodást nem vett észre.

A beteg mindkét szemén ptosis van jelen, a bal szemrést csak 3 mm.-re, a jobbát 5 mm.-re képes kinyitni, a szemek középpálsában maradnak, a bal szem abból egyáltalában nem tér ki, a jobb szem bal-s aláfelé csekély, alig számbavehető kitérést végezhet. A pupillák egyenlők, középtágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Látás mindkét szemén teljes, látótér szabad, színérzés normalis, szemfenék ép. A betegnél tehát mindkét szemén az összes külső szemizmok hűdtek, míg a belső szemizmok működése teljesen ép. Ophthalmoplegia externa totalis bilateralis.

A szemizomhűdések társulhatnak valamely heveny megbetegedéshez, részjelenségét képezhetik a központi idegrendszer egyes megbetegedéseinek és előfordulhatnak mint önálló bántalmak. A heveny betegségek közül különösen a heveny fertőző betegségekhez — így diphtheritis, influenza, typhus stb. — társulnak szemizomhűdések, mindezeket azonban az anamnesisből kizárhatjuk. Az ételmérgezésekhez — hús-, hal-, kolbász-mérgezés — gyakran társulnak szemizomhűdések, a melyekre jellemző, hogy első sorban a belső szemizmok és csak azután szoktak a külső szemizmok hűdve lenni és éppen ezért jelen esetben ezek kizárhatók, valamint kizárható a vizelet vizsgálata alapján a diabetes, a melyhez szintén elég gyakran szoktak társulni szemizomhűdések.

A központi idegrendszer megbetegedései közül főként a tabes, Basedow-kór, paralysis progressiva és a progressiv bulbaer paralysis azok, a melyeknek részjelenségét szokták képezni a szemizomhűdések. A beteg idegrendszerének megvizsgálásakor azonban a beteg idegrendszerében semmi kóros elváltozást nem találtunk.

Mindezek után betegünkön ezen ophthalmoplegia externát önálló bántalomnak kell tekintenünk. Kérdés tárgyat képezi még a bántalom localisatioja. A szemizom hűdése ugyanis létrejöhet a szemmozgató idegeknek lefutásukban való megbetegedése következtében, avagy a fehér állományban a pyramis pályák mentén való megbetegedése és végre a szürke állományban, illetve magoknak az idegmagoknak megbetegedése következtében. Az a körülmény, hogy a belső szemizmok működése teljesen ép, kizárja az idegeknek lefutásuk közben való megbetegedését. Ha a fehér állományban lenne a kórfolyamat, akkor a fej jobbra-balra való forgatását a szemtekéknek reflex úton bizonyos szabályszerű ugrásokban követniük kellene, a mint azt Hógyes az associált szemmozgásokról szóló közleményében kimutatta. Ezen szemteke ugrásoknak hiánya a kórfolyamatnak a fehér állomány, a pyramis pályák mentén való létezését kizárja.

(Folytatása következik.)

### A párisi nemzetközi orvosi congressus urológiai szakosztályának üléseiből.

(Vége.)

*Deux cas interessants de lithiase vesical.* De Mendoza (Madrid).

Bilocularis hólyag mindkét tasakja egy-egy követ tartalmazott; sectio alta, gyógyulás. A második esetben prostat hypertrophias egyénél a hólyagfalba benőtt kő volt jelen, mely a hólyagfal egy részének resectiojával távolított el.

*Extraction à l'aide du cystoscope des corps étrangers de la vessie chez la femme.* Requès (Marseille).

Az V. ülés közös levén a többi szakosztályokkal nem bírt külön tárgyszorozattal.

VI. ülés. 3. főthema: *A prostat hypertrophia operativ kezelésének maradandó értékéről.* (Ref.: Frisch, Legueu és Harrison.)

Míg a másik két referens csakis a prostata direct műtévéstől látott sikert, addig Harrison a vasectomiát, mint olyan methodust ajánlja, melynek segítségével több mint 100 esetben legalább is javulást ért el. Mindenesetre a castrationnak elébe helyezendő és kellő időben végezve nem egy dysuria kifejlődését akadályozza meg. Frisch és Legueu a prostatectomia suprapubica és perinealis mellett a prostata részleges vagy teljes szétroncsolásával száll sikra. Ez utóbbi eljárást tartja Legueu a jövő methodusának, mert a részleges kiirtás diffus hypertrophianál gyakran nem elegendő. Bottini methodusa pedig nem teljesen megbízható. Frisch ellenben a prostatectomia mellett Bottini eljárását is ajánlja, bár ennek néha veszélyes voltát beismeri s hátrányait — sőtétben operálunk, recidivák előfordulnak — nem tagadja. Mindezen műtétek eredménye azonban megsemmisülhet túltengő hegesezés vagy a mirígynek további túltengése következtében.

A vita folyamán Pousson teljesen Legueu álláspontjára helyezkedik. Carlier a prostatectomiát ultimum refugium gyanánt tekinti, különben csak a catheterizés jöhet számba. Hammonic a kétoldali castratiót ajánlja. Nicolich 35 beteg közül csak 5-nél ért el vasectomiával javulást, Bottinivel pedig 22 beteg közül 18 gyógyult, 2 meghalt, 2 nem

javult. Giordano is a Bottini-methodus mellett emel szót. Loumeau a vasectomiával 70 esetben nem ért el sikert, prostatectomiával 8 eset közül 3-szor javulást, 5 más esetben gyógyulást ért el. Valamennyi felszólaló a prostat hypertrophia miatt végzett cystotomia suprapubicát palliatív műtétnek tartja, melyet csak legvégső esetben végezzünk.

VII. ülés.

*Etat actuel du traitement de l'hypertrophie prostatique aux Etats-Unis.* Ramon de Guiteras (New-York).

Leginkább Bottini methodusát és a prostatectomiát gyakorolják.

*La prostatectomie.* Desnos (Páris).

Azon nézetben van, hogy a prostatectomiát csak erősen kidudorodó prostatalebenyek és legalább részben contractilis hólyag jelenléte mellett végezzük. 29 ily módon műtött beteg közül 17 részben gyógyult, részben javult, 3 meghalt, 7-nél a műtét eredmény nélküli volt. Legtöbbször elegendő, ha sectio alta után az obstruáló részletet szétroncsoljuk.

*Contribution à l'étude du prostatisme.* Motz (Páris).

a) *Resultats de l'opération Bottini pour l'hypertrophie de la prostate.*

b) *Présentation d'un inciseur de la prostate combinée avec un cystoscope.* Freudenberg A. (Berlin).

69 beteg 86-szor végezte e műtétet a következő eredménnyel: 4 haláleset, 31 gyógyulás (50-82%), 16 javulás, 8 eredmény nélkül. A siker lényegesen a technikában való jártasságtól függ. 4 év alatt nem látott recidivát. Javított új incisorja cystoskoppal együtt használható.

*Lesions blennorrhagiques de la prostate.* Frank (Berlin.)

Urethritis posterioriánál rendszeren már az első 8 napon belül a prostata is bántalmazva van. A therapia massage és öblítésekben áll. Freudenburg a prostatának gyenge faradikus árammal való electro-massage-át ajánlja, az egyik polus a masszírozó mutató ujjával áll összeköttetésben.

*La phagocytose au point de vue pratique.* Dorst (Amsterdam.)

*Des infections urinaires déterminées par les microbes anaërobies.* Albarran és Côtet (Páris).

A vizsgálatok 43 esetben paraurethralis tályogokra, húgyinfiltrációkra, prostatatályogokra, hólyaghurutokra, pyonephritis és vesetuberculosis esetekre vonatkoztak. E vizsgálatokból kiderült, hogy az anaërob bacteriumok egyedül, vagy az aërobokkal együttesen előidézhettek ugyan a húgyszerveknek jóindulatú elváltozását is, de fontos vagy talán kizárólagos szerepet játszanak minden súlyos, gangraenára hajlamos fertőzés esetében. Az aërob bacteriumokhoz hasonlóan általános fertőzést is okozhatnak.

*Un cas de bacterurie.* Nanu (Bukarest).

*Traitement de la bacterurie par l'eurotrophine.* Janet (Páris).

*Rapport entre la toxicité de l'urine et son immunisation. Recherches expérimentales.* Bruni C. (Lille).

Házi nyulak bőre alá a különben halálos vizeletmennyiségnek kétszeres adagját injiciálhatjuk 2-3 hónapi szoktatás után. Ekkor azonban paralyist és cachexiát kapnak, melynek áldozatul is esnek. Ha azonban csekély adagokon kezdve hasüregükbe fecskendezünk naponta ascendáló mennyiséget, a kétszeres halálos adagot is baj nélkül eltűrik. Ugy látszik — a kísérletek ez irányban még folynak — hogy ezen állatok serumával injiciált nyulak a különben halálos vizeletmennyiséget elviselik.

*Les neuropathies et psychopathies urinaires.* Barthélemy (Athen).

Családilag terhelte egyéneknek a húgyszervek megbetegedése súlyos psychikus tüneteket okozhat. Az elsőnek gyógyulásával emezek is megszűnnek.

*Les progrès de la petite chirurgie des voies urinaires.* Lavaux (Páris).

*Des troubles vesicaux d'origine neurasthénique et de leur traitement par l'électricité.* Courtod (Páris). A villamos fürdőket és a perineum faradisationját ajánlja.

VIII. ülés.

4. főthema:

*A húgycsőstricturák sebészi kezelésének értékéről.* (Ref. Harrison, Heresco, Albarran.)

A referensek mindegyike azon nézetben van, hogy a húgycsőszűkületek esetében követni szokott műtét eljárások — a húgycső resectióját kivéve — csakis egy szakszerűen keresztül vitt bougierozás által követve adnak jó eredményt. Heresco-Albarran szerint az urethrotomia interna csupán a progressiv dilatatio előkészítő és bevezető actusa gyanánt tekinthető, bár Harrison azt hiszi, hogy néha magában is elegendő. Fistulák, a gát solitaria callosus stricturái jelenlétében az urethrotomia externa és utána mindig következő lassú dilatatio vezetnek leginkább célhoz. A húgycső szétroncsolása és rövid traumatikus szűkületei esetében a húgycső resectioja a csontok egyesítésével ajánlható. A Holt-féle erőszakos divulsio csakis a hátsó húgycső submucosus, periurethralis stricturáinál végezhető (Harrison). A stricturák electrolytikus kezelése egyáltalán nem ad kielégítő eredményt. (Albarran.)

Pártolják ezen eszmemenetet Janet és Legueu.

Lavaux az electrolysistól is jó eredményeket látott.

Goldberg nagyfokú traumastrikturát külső húgycsőmetszéssel és retrograd catheterizéssel meggyógyított. Hingston kivételesen urethrotomia ext.-t is végez, rendszeren az internat gyakorolja, mit rögtön lehetőleg vastag fémsonda bevezetése követ, a mi hosszabb időn át naponta ismétlődik.

IX. ülés.

*Infections urinaires et infection générale.* Posner (Berlin).

*Traitement de la blennorrhagie de l'urèthre antérieur.* De Mendoza (Madrid). A Janet-methodust ajánlja.



*Cathétérisme retrograde de l'urèthre dans les ruptures de l'urèthre.* Legneu (Páris).

*Corps étrangers de l'urèthre chez l'homme.* De Planta (Maulcon).

*Traitement de retrecissements de l'urèthre par l'électrolyse.* Fort J. A. (Páris).

Albarran ellen Newmann eljárását védi, melylyel 140 esetben gyógyulást ért el. 20–30 percen át legfőlebb 10 M. A. erős áramot használt.

*Traitement de la neurasthénie urinaire.* Goldberg (Wildungen).

*Des neuralgies urethrales.* Pasteau.

Nőknél észlelte urethritisek nyomán. A mennyiben még fertőzés állana fenn, eljárásunk antiseptikus legyen, fájdalommasság esetében csillapítót adjunk, sphinctergörcsnél pedig a dilatatio hat jól.

*Traitement des inflammations de la partie antérieure de l'urèthre à l'aide de lavages.* Mikhaïloff (Szt.-Pétervár).

*Traitement de la blennorrhagie chez la femme.* Janet (Páris).

A húgycsövet módosított Burkhard-féle kettős canule segítségével 0.5–1% permanganat-oldattal átmossa, avagy a hólyagot ez oldattal megtölti, melyet a beteg azután kivizel. A Skene-féle mirigyeket ki-nyomja és egy ezen célra szolgáló fecskendő segítségével 0.3% perman-ganat-oldatból fecskend beléjük, ép úgy kezeli a Bartholini-mirigyeket is, a vaginát és uterust öblítésekkel és tamponok segítségével.

*Blennorrhagie chronique d'un urèthre surnuméraire.* Parkowszky (Varsó).

*Les ulcérations simples et l'ulcère simple de la vessie.* Lefur (Páris).

A hólyagnak ezen nem specifikus fekélyei — bár néha igen súlyos complicatiokat okoznak — kevés figyelemben részesülnek. Leg-gyakrabban tuberculosissal cserélik őket össze. Intoxicatiók és fertőzések után szoktak fellépni, eredetük részben még homályos.

*Pathogénie et prophylaxie des genitalités féminines postmatrimoniales.* Guiard (Páris).

Nemrég férjhez ment nőknél a vaginában levő saphrophyták a genitáliák egy nem virulens lobos folyamatát okozhatják. Kifejlődésére alkalmi ok a gyakori közösülés. Ifjú lányoknál is mint enyhe folyás és urethritis előfordul. E bántalom 1:5–10,000 sublimat irrigatiókra rövi-desen gyógyul.

Róna Dezső dr.\*

\* Lapunk 47. számában ezen közlemény alá tévesen került Ráskai Dezső dr. neve, Róna Dezső dr. neve helyett.

## PÁLYÁZAT.

6231. K. I.

A lemondás folytán megürült bilkei körorvosi állásra czennel pályázatot hirdetek.

A körhöz nyolcz község tartozik Bilke nagyközség székhelyvel. Javadalma a szabályszerűen megállapítandó látogatási díjakon kívül a vármegyei pénztárból utólagos negyedévi részletekben fizetendő évi 800 koronából s a községek által fizetendő évi 200 korona fuvardíjból áll.

Pályázni kívánó orvostudorok felhivatnak, hogy szabályszerűen felszerelt s az 1883: I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt képesítést igazoló okmányokkal ellátott folyamodványaikat hivatalomhoz f. évi december hó 20-dikáig betejessék.

A választás a bilkei jegyzői irodában f. évi december hó 28-dikán d. e. 9 órakor fog megtartatni.

Bereg-Illosva, 1900. évi november hó 26-dikán.

Komlóssy, főszolgabíró.

## HIRDETÉSEK.

### Az idioták és gyengeelméjűek

államilag engedélyezett intézete **Pelsőczön** (Gümör-megye), kívá-natra bérmentve küld prospectusokat.

Vegy-, górosövészeti és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

## SEBÉSZETI OSZTÁLY

Budapest, VII., Stefánia-út 55.

Vezetők: **Dr. ROTTMANN E.** s **Dr. UNGAR D.** operateurok.

Minden igényeknek megfelelőleg berendezett mintahelyiségek. — Mérsékelt árak. — Gondos ápolás. — Állandó orvosi felügyelet. — Műtét és gyógykezelés bármely tetszés szerinti specialista által. — Telefon.

## FRANZENSBAD. NATALIE-FORRÁS.

### SZÉNSAVDÚS LITHION FORRÁS

Sikeresnek bizonyult a húgysavas diathesis minden eseteiben, a húgy-sav hiányos kiválásánál a véréből, húgydara és fővény, vese- és hólyagbajoknál, köszvény, csúsz, podagra stb. ellen.

Orvosi tekintélyek kitűnő sikerrel rendelik.

Húgyhajtó hatás.

Kellemes íz.

Könnyen megemészthető.

Főraktár: ÉDESKUTY L. ásványvíznagykereskedés, cs. és kir. udvari szállító Budapesten.

## Éli sanatorium Új-Tátrafüreden.

==== Külön tüdőbetegek, külön idegbajosok részére. Igen kényelmes berendezés. Központi fűtés. Fekvő csarnok. Fedett sétány. Inhalatorium. Fenyőfürdők. Vízgógykezelés. Hízlaló kúra stb. +++++ Kitűnő konyha és tejgazdaság házi kezelésben.

A teljes pensio napi ára: Vezető orvos: **Dr. Fáti Mátyás Miklós.**

==== 10 korona. ==== Távirtda-, telefon-, posta-állomás télen is Új-Tátrafüreden.

Szag és íz nélküli a

## Zoltán-féle Csukamáj-olaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitűnő hatású: táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus és scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál. — Készítője:

**ZOLTÁN BÉLA** gyógyszerész, Budapest, V., Nagykorona-utca 23. sz.

Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.

: AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLÍTÁSON KITÜNTETÉST NYERT :

## A heveny köszvényroham gyógykezelésére

valamint mindazon bántalmak ellen, a melyek a húgysavas diathesis által vannak feltételezve, a

## SIDONAL

klinikailag és tudományosan kipróbált szer.

Adagolás naponta a roham tartama alatt legalább 5 gramm.

Irodalom díjmentesen küldetik.

VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE ACTIEN-GESELLSCHAFT, CHARLOTTENBURG.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Feleki Hugó:** Közlemény a budapesti általános poliklinika urológiai osztályából. Az ondókiürülések kóros nyilvánulásairól, kór- és gyógytani szempontból. 768. l.

**Róna Dezső:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem I. sz. kórböncz-tani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr. egyetemi tanár.) Az „ureteritis cystica“-ról. 770. l.

**Moskovits Albert:** Közlemény a szt. Rókus-kórház II. orvosi osztályáról. Főorvos Angyán Béla egy. tanár. Nephritis luetica praecox. 773. l.

**Tarcza. Pekár és Heim:** Orvosi dolgok a párisi kiállításon. 775. l.

**Irodalom-szemle.** Összefoglaló szemle. Donath Gyula: Az agyi és gerinczagy localisatio 1899. évi irodalma. 776. l. — Könyvismertetés. Docent Dr. R. Kolisch: Lehrbuch der diätetischen Therapie chronischer Krankheiten für Ärzte und Studierende. (Áldor Lajos.) 777. l. — Lapszemle. Gyógyszertan. Yohimbin (Spiegel), egy új aphrodisiacum. — Belgyógyászat. Einhorn: A vándormájról. (—nt.) — Barker: Az epitaphitisnek néhány rendellenes esetéről. (Benedict.) — Előzetes: A Korsakoff-féle psychosis viszonya a polioencephalitis acuta haemorrhagica superiorhoz. (Hönig Izso.) — Strasser: Az elzsirosodás diatézis és hydrotherapiás kezeléséről. (Hönig Izso.) — Kalenderu:

Aortaneurysma kezelése gelatinának bőr alá fecskendése által. (Hönig Izso.) — Tschernow: A hasi húgyútnál fellépő meteorismusról és annak kezeléséről. (Hönig Izso.) — Köbler: A húgyhenger klinikai jelentősége. (Hönig Izso.) — Sebész. Weber: „Appendicitis után fellépő subphrenikus tályogok casuisticájához“. (Pesthy István.) — Wildbolz: Kóroktani és kísérleti adatok az osteomyelitis chronicához. (Pesthy István.) — Herz: Az emésztőszervek actinomyosisáról. (Glücksthal Andor.) — Friedmann: A májzsugorodás sebész. kezeléséről. (Glücksthal Andor.) — Bőr- és bújakórtan. Kreibich: A pemphigus histológiája. (Poór.) — Lindemann: Sklerodermia gyógyítása. (Poór.) — Danlos: A kakodylsavnak használata a dermatológiában. (Poór.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Witthauer: Inoperabilis méhrák. — Hecht: Tüdővérszerek vérvöröszése. — Benson: Helyi érzéstelenítés. 778–780. l.

**Hetiszemle és vegyesek.** — A főváros egészsége. — Pertik Ottó. — Az elme-orvosok küldöttsége a miniszterelnöknél. — Sub auspiciis Regisdoctori avatás. — A Kézmárszky-féle poliklinika. — A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum. — A budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Herezel. — Szt. Lukács-fürdő. — Krondorf. 780. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

**Tudományos társulatok és egyesületek.**

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti általános poliklinika urológiai osztályából.<sup>1</sup>

Az ondókiürülések kóros nyilvánulásairól, kór- és gyógytani szempontból.

Feleki Hugó dr. egyetemi magántanártól.

I. Localis elváltozások a kóros ondókiürülések egyes alakjainál.

Azon testület előtt, mely elé alábbi igénytelen észleleteimet előterjeszteni szerencsém van, nem szükséges jelezni, hány homályos pontot, mennyi, mivel sem igazolt tételt és mily sok ellentmondást tüntet fel a pathologia ama része, mely a sexualis sphaerában jelentkező egyes működési zavarokkal, különösen pedig az ondókiürülések kóros nyilvánulásával foglalkozik. Ugyancsak fölösleges arra utalnom, mily nagy azon terület, melyet végig kell tekintenünk, ha a jelzett tárgy méltatásába becsátkozunk és mily nehéz ama, többnyire betegségeként szereplő, valójában azonban csak tünetesoportot képező kóros jelenségeket tárgyalni a terjengősség veszélye nélkül és azon hibának elkerülésével, hogy az általánosítások és a hypothesis-gyártás örvényébe ne sodortassunk.

Magától értetődőleg nem is gondolván itt az idevágó irodalomnak, sajnos, oly dús burjánzó fattyúhajtásaira, azt látjuk, hogy a tudományos munkálatokban foglalt kórtani tételek nagy részét az újabb klinikai és histológiai búvárlatok megfosztották érvényességüktől és ezek nyomán megindultak a czéltudatosabb és így sikerben is dúsabb therapia meghonosítására irányuló törekvések.

E törekvés vezetett engem is vázolandó vizsgálataim eszköz-lésénél és ha ezek a cikk élén jelzett tárgynak csak egy részére

<sup>1</sup> Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület dermatológiai és urológiai szakosztályának 1900. május 7-dikén tartott ülésén.

terjeszkedtek ki, és ha nem kikerekített alakban fejtegetem thémámat, úgy szolgáljanak mentségül a fent mondottak, melyekből az ily feladatnak egy előadás keretében való megoldásának nehézségei kiválgatlanak.

Az ondókiürülések kóros nyilvánulásai: a rendellenes (gyakori, álmunkák, nappali) magömlések, a spermatorrhoea, zavarok coitus alatt (korai vagy késői ondókiürülés, ejaculatio merevedés nélkül vagy félmerevedés mellett, az ondókiürülés teljes elmaradása és az ú. n. nemi gyengeség — vagyis fokozott libido mellett fennálló csökkent képesség — egyéb jelenségei) mindannyian csak tünetei lévén a legkülönbözőbb bántalmaknak, tervszerű orvoslásuk nem képzelhető, ha előzetesen az idézett jelenségek lehetőleg biztos, de legalább is valószínű okát, illetőleg az alapbántalmat ki nem fűrkésztük. E megjegyzéssel ama visszasságra kívántam célozni, melyet annyszor észlelünk, a midőn a szóban forgó symptomák diagnosis, illetve önálló betegségeként szerepelnek és a midőn minden kóresetben egyformán beváló közös gyógy mód ajánlásával kedveskedik a szerző.

Tagadhatlan ugyan, hogy könnyebb felállítani az alap ok kifűrkészésének követelményét, mint ez irányban minden esetben eredményt elérni. Jelentékeny szervi elváltozásoknál a genitáliákban vagy az agy- és gerinczagyban e feladatunk klinikai szempontból nem nehéz, bár itt is — a mint azt *Finger* helyesen megjegyzi — a szereplő központok és az összekötő pályák megbetegedésére legtöbbször inkább csak következtetni, mint azt kimutatni vagyunk képesek. De hol marad az esetek azon nagy száma, hol ily szervi megbetegedések nyomát sem találjuk!

*Fürbringer* e tárgyról szólva, az aetologia illetőleg pathogenesis czíme alatt öt pontban foglalja össze ama tényezőket, melyeknek a magkiürítések pathológiájában szerep jut, ezek: a neuropathiás dispositio (világra hozott neurasthenia); a szerzett neurasthenia, különösen a nemi excessusok előidézte idegesség; a localis anatómiai elváltozások lobos bántalmak következtében; alkati betegségek; a központi idegrendszer betegségei.

Az itt felsorolt aetiológiai tényezők közül e helyütt csak



azzal a csoporttal kívánok tüzetesebben foglalkozni, melynél a nemi működés vagy az ondókiürülések zavarai a peripheriából, a centripetalis idegvégződés megbetegedéséből indulnak ki. Ha e részben egyes régebbi keleti dolgozatokban, így Fürbringer, Ultmann, Oberlaender, Grünfeld munkáiban is találkozunk igen érdekes adatokkal, úgy az épen gyakoriságuknál fogva felette fontos eme alaptálmak ezirányú megvilágítása körül kiváló érdemeket szerzett *Finger* ama histologiai vizsgálataival, melyek tárgyát a pars prostatica, illetőleg a caput gallinaginis-ből kiinduló szöveti elváltozások kiderítése és bírálata képezik. Igaz ugyan, hogy a mint azt *Finger* is megjegyzi, ama bántalmaknak csak klinikai és anatómiai mivoltához jutottunk e bűvárlatok által közelébb, a mennyiben meg volt állapítható, hogy sok esetben az idegben dúsz pars prostatica szöveti elváltozásai és idegvégződéseinek bántalmazottsága juttatja kifejlődésre a különböző alakban nyilvánuló functionalis zavarokat, de még korántsem látunk tisztán abban az irányban, hogy ezen localis elváltozások a spinalis központokra mi módon hatnak? Nem tudjuk, vajjon azok utóbbiaknak működésére hatnak csak zavarólag, vagy, hogy az ascendens neuritis eljut-e a központokig, és ha igen, itt csak hyperaemiás irritatiót vagy az idegelemek elpusztulásával járó lobot okoz-e stb.?

*Finger* bűvárlatait idült kankóban szenvedett egyének hulláin végezte. Leletei közül e helyütt bennünket csak az érdekel, hogy makroszkopice a pars prostaticát és az ondódombot legtöbbször megnagyobbodva, a nyálkahártyát fellazulva, ritkábban helyenként sorvadva, merev kötőszövetté átalakulva találta. Göreső alatt azt találta, hogy a lobos folyamat a subepithelialis kötőszövet felső rétegeiben játszódik le és kétféle stadiumot enged megkülönböztetni: egyiket, mely kerekesejtes beszűrődéssel és kötőszövet-túltengéssel jár és egy másik stadiumot, melyet a kötőszövet-sorvadás vagy kérgesedés jellemez. Az idült lob az esetek egy részében a subepithelialis kötőszövetre szorítkozik, a mikor a caput gallinaginis-nak csak a nyálkahártyája beteg és nem a szerv egész substantiája. Máskor a folyamat mélyre hatolása volt megállapítható, az ondódomb cavernosus állománya szenvedett kóros elváltozást. Ezen mélyrehatolást a duct. ejaculatorii mentén lehetett követni; a ductusok falai ilyenkor merev csővékké alakultak át. A lobos folyamat sokszor a prostata kivezető csővei mentén hatolt a mélybe, vagy pedig mint ennek lebenykéi körül elterjedő periglandularis gyuladás zajlott le.

Fejtegetendő vizsgálataim szempontjából fontosak ugyane szerzőnek észleletei ama elváltozások tekintetében, melyeket nem a gonorrhoea, hanem a nemi excessusok ugyancsak az urethrában, eminenter a pars prostatica-ban előidézni képesek. Szerinte a masturbatio, a coitus interruptus és az abusus sexualis egyéb nyilvánulásai nemcsak az idegrendszert gyengítik, ennek a nemi functioknál működő centrumaival, hanem a pars prostatica-ban különösen az ondódombon hurutos állapotot idézhetnek elő, a colliculus dagadásával, pirosságával és kóros, genyartalmú váladék termelésével. E tekintetben tehát *Finger* Fürbringer tagadó álláspontjával szemben esatlakozik Ultmann, Grünfeld, Oberlaender, Payer és Gardner hasonló nézetéhez, mely szerzők közül Grünfeld és Oberlaender a fent jelzett elváltozásokat a tükkörrel is constatálták.

Grünfeld tükkörképei csak a pars prostatica, illetőleg a colliculus dagadásának illetve túltengésének leletét ábrázolják, míg Oberlaender kétféle eseteket rajzol le: olyanokat, hol a dagadás, az ondódomb nagyobbodása és élénk elszínesedése a jellegzetes „lágú infiltratio“, és olyanokat, hol a pars prostatica és a colliculus a rendesen laposabb és jóval halványabb (a „merev infiltratio“ képe).

Nagyon háládatos feladatnak ígérkezik a mondottak alapján a pars posterior urethrae, különösen az ondódomb és szomszédságának tanulmányozása az urethroskoppal azon esetekben, melyekben e közlemény bevezető részében említett functionalis zavarok állanak fenn.

Midőn a tükkörképek ily irányú tanulmányozásához fogtam, korántsem számítottam feltűnő sikerre. A magam és más szerzők észleleteiből tudtam, hogy számos esetben jelentékeny klinikai tünetek mellett mitsem mondó tükkörképet fogok nyerni és viszont. E viszonyok alapos megfigyelője, Oberlaender is hangoz-

tatja ily tapasztalatait. Mégis valószínűnek látszott a bizonyos irányban elérhető és gyakorlatilag is értékesíthető eredmény, ha vizsgálataim anyagául első sorban oly eseteket választok, hol a kóros magömlések, a spermatorrhoea és egyéb ily működési zavarok nem valamely általános, az egész szervezetet ért megbetegedés vagy az agy vagy gerinczvelő bántalmazottságának a következményei, hanem hol a kóros folyamat javarészt a pars prostatica bántalmazottságából indult ki, mely esetekről fentebb már említés történt. Ezen esetek közül is kirekesztettem eleinte a gonorrhoeásokat úgy, hogy vizsgálataim tárgyát első sorban kankóban soha nem szenvedett egyének képezték, kiknél a functionalis zavarokat különböző nemi excessusok okozták. A mondottak értelmében elkülönítettem azon eseteket, hol ily zavarok öröklött vagy szerzett súlyos neurasthenia mellett állottak fenn (hol a neurasthenia elsődleges betegség lehetett), az oly esetektől, hol az idegrendszer részéről kóros jelenségek észlelhetők nem voltak, vagy csak később, másodlagosan jelentkeztek, és külön kategoriába soroztattak ama esetek, hol gonorrhoeát átszenvedett egyénnél állottak fenn az ondókiürülés kóros jelenségei.

A legtisztább képeket ama egyéneknél nyertem, kik, noha a coitust normalis időközökben normalisan végzik, igen gyakori éjjeli magömlésekben szenvedtek, de kik egyébként teljesen jó egészséggel éltek. Többször erőteljes, egészen fiatal egyénekről van szó, kiknél, a mondottakat szem előtt tartva, a magömlések létrejöttét a sexualis abusus ama módjára voltam legtöbbször képes visszavezetni, melyet szellemi nemi kéljégnek vagy *Curschmann* nyomán szellemi önfertőzésnek is lehet nevezni. Kéjes téma fölötti merengések, erotikus tárgyú olvasmányok, a phantasiára ily irányban ható környezet stb. tartósan lebilincselheti a serdülő ifjú figyelmét és foglalkoztathatja elméjét minden szabad idejében nappal ép úgy mint éjjel; ilyképen az agy révén a sexualis ösztön és ezzel a merevedési és ejaculatio központok ingereltetve, e sűrű ingerek gyakori erectioakra, a herék functiojának fokozására, az ondóhólyagok bőséges megtelésére és ez által rendszerint kéjes álom kíséretében bekövetkező pollutiokra szolgáltatnak okot. Az agy és a gerinczvelő központjainak ily gyakori szerepeltetése gyenge idegrendszerű egyénnél fokozott mértékben káros; ilyeneknél e központoknak tartós irritációjára fog az vezethetni, mi ismét a magömlések gyakori bekövetkezésének kedvez és ezek súlyosabb alakjainak (éjjeli magömlések álom és merevedés nélkül, nappali magömlések) kifejlődésére szolgáltat alkalmat. (Közbevetőleg említem, hogy a functionalis zavarok létrejöttét, egyébként egyforma körülmények mellett, jóval gyakrabban észleltem oly ifjaknál, kik varicoceleben is szenvedtek.)

Visszatérek ama esetekhez, hol az illető egyén hosszabb idő óta szenved kóros magömlésekben, blennorrhoea előzetesen le nem folyt és hol neurasthenia jelenségei nem észlelhetők. Ezen tiszta esetekben nyújt-e a tükkör jellegzetes képet? Ha összegezem nagyszámú ezirányú megfigyeléseimet, úgy azt találok, hogy csaknem valamennyi eset egyformán a következő leletet nyújtja: A pars prostatica, mely a tükkör bevezetésénél ilyenkor igen érzékeny, élénken belövelt, tamponnal való érintésre könnyen vérzik; a caput gallinaginis sötét meggypiros, azonban oly lobos duzzadság, minőt a kankósan megbetegedett pars prostatica esetében szoktunk találni, itt soha nem észlelhetők.

A mikor ezen tükkörképet mint tipikus leletet följegyzem, kellő tekintettel vagyok úgy az urethra színének individualis és localis eltéréseire, valamint ama színváltozásokra, melyeket a tükkör bevezetése okoz. Még azt is megjegyzem, hogy azon eseteket, melyekben a tükkör csak nehézséggel volt hátrahatolható, természetesen kiselejtetem, a mint hogy egyáltalában szokásom az urethroskopnak a húgyvese hátulsó részébe való bevezetésétől teljesen elállani, ha ez nehézségbe ütközik, ha csak annak feltétlen szükségessége fenn nem forog.

Vajjon az itt vázolt tükkörkép lobos elváltozásoknak felel-e meg, nem tudom, de hogy kóros elváltozásokkal állottam szemben, bizonyítja a lefolyás, ugyanis a klinikai tünetek javulásával egy idő múlva az urethroskop is normalis leletet nyújtott.

Mint az imént leírt tükkörkép ellenlábásáról kell megemlékezni ama endoscopiai képről, melyet gyakran találunk a kóros magömlések súlyosabb alakjainál, ott hol semmiféle nemi



abusus nem ment előre, de hol alkati bántalomban vagy öröklött neurastheniában szenvedő satnya egyénnel állunk szemben: A pars prostatica a normalisnál halványabb, gyengén rózsaszínű; a colliculus seminalis halvány sárgás-vörös, lelapított; a duct. ejaculatorii nyílásai többnyire könnyen láthatók, tátongók.

Ez lesz a lelet az esetek túlnyomó nagy részénél, de korántsem valamennyinél. Néha, hol ily képet várunk, a fentebb vázolt-hoz hasonló leletre akadunk, vagy olyaura, mely a normalistól miben sem tér el. Hogy mennyire nem lehet a tükröleletből egyedül következtetést vonni, bizonyítják a feljegyzéseim, melyek szerint erőteljes egyénnél egyoldali kryptorchismus mellett, továbbá ilyenél évek előtt kiállott luetikus herelob után, végül normalis egészségu fiatal férfinnál kimutatható ok nélkül évek óta fennálló gyenge nemi képesség mellett stb., az utóbbi esetben hasonló endoszkopiai képet találtam.

Rövidség okáért az első csoport képét *hyperaemiás colliculusnak*, a másodikét *anaemiásnak* jelezvén, a kettő különböző változatait van alkalmunk észlelni, sőt az egyiknek, bár hosszabb idő folyamán történő átmenetét a másikba, még pedig gyakrabban a *hyperaemiásnak* az *anaemiásba* való átalakulását.

Az első csoport (*hyperaemiás colliculus*) tükröképéhez teljesen hasonló urethroszkopiai lelettel találkozunk oly egyéneknél, kiknél a masturbatio, a coitus interruptus és a közösülés dolgában üzött különböző kicsapongások és szertelenségek okozta kóros jelenségek állanak fenn. Itt sincs szándékom schemát teremteni, de nem is lehetne. Imhol mindjárt a kivétel: A hosszú időn át folytatott masturbatio eseteinél, de különösen ott, hol az illető *zsege gyermekkor óta üzte azt*, az imént vázoltnak ellentétét, az *anaemiás colliculus* tükröképét fogjuk legtöbbször találni, igaz, hogy ezen esetekben a klinikai jelenségek mások és súlyosabbak, mint az oly eseteknél, hol az illető e káros üzelmeket később, ifjúkorában kezdte meg. Mäskor megesik, hogy a klinikai jelenségeknek megfelelőleg nagyfokú elváltozásokat keresünk és jóformán normalis képet találunk. Ez utóbbi eshetőséggel különösen az oly széles körökben elharapódzott coitus interruptus okozta különböző functionalis zavarok eseteiben kell számolnunk.

*Atrophias colliculust* láttam kétoldalt castrált egyéneknél. A nagyfokú anaemia (atrophia?) képét találtam a tabes előhaldott stadiumában és a diabetes egyes eseteiben. Említettük, hogy terhelt egyének neurastheniája mellett rendszerint *anaemiás colliculust* találunk; ezzel szemben a neurasthenia egyéb, könnyebb vagy súlyosabb eseteinek egy nagy részénél, noha a sexualis sphaerában mutatkozó zavarok elég jelentékenyek, a pars prostaticában szembetűnő elváltozást nem találunk.

Ismételten előrebocsátva, hogy megfigyeléseim korántsem jogosítanak fel arra, hogy a tükröképek alapján typusokat állítsak fel, és hogy csak az esetek *nagy többségénél* észlelhető urethroszkopiai leletekből vonom le következtetéseimet, elméleti és gyakorlati szempontból egyaránt értékesíthetőknek tartom a vizsgálataim eredményéből folyó következő tételeket:

A *pars prostatica* kóros *ondókiürülésben* szenvedő egyéneknél *oly tükröképet* nyújthat, *mely teljesen hasonlít a húgycsőgyulladás egyes alakjainál észlelhető urethroszkopiai képhez.*

E kép a kóros helyi elváltozások fokozatos átalakulásával szintén változik és idővel a normalis urethra képét találhatjuk, vagy a *hyperaemiás colliculusnak*, később az *anaemiás colliculusnak* megfelelő leletet nyújthatja.

Az anaemiás alak, sőt az ondódomb kétségtelen atrophijája is lappangva, a colliculitis klinikai jelenségei nélkül is fejlődhet ki.

Az *anaemiás colliculus lelete* mindig kedvezőtlen, míg a *hyperaemiás alak* kedvező prognosissal jogosít, akár *abusus sexualis*, akár *kankós gyulladás* vagy valamely egyéb bántalom következménye az.

Nyilvánvaló, hogy a mint erre már utaltam, a fent használt csoportosítás, illetőleg a kétféle alakra való felosztás nem tarthat igényt teljes szabatosagra. Valószínű, hogy ott, hol *hyperaemiás* alakról szölok, elégszer nemcsak vérbőség, hanem már a gyulladás azon alakja áll fenn, melyet egyes szerzők urethritis irritativa (Oberlaender, Finger) vagy catarrhus collic. seminalis (Grünfeld) név alatt irnak le, és viszont kétségtelen, hogy ott, hol *anaemiás* alakról volt szó, nem egyszer táplálkozási zavar

okozta atrophia vagy a fent jelzett lobnak végstadiuma (Oberlaender-féle merev beszűródés) áll fenn. Mindazonáltal a *prognosis és therapia szempontjából fontosnak tartom a kétféle kóralaknak az észlelhető kétféle tükrökép szerint való elkülönítését.*

De még az idült gonorrhoea okozta kóros elváltozások és az ezekkel kapcsolatos ondókiürülési és egyéb, a sexualis sphaerában jelentkező functionalis zavarok megbírlásánál is, ugyancsak a *prognosis és a therapia szempontjából fontos tudnunk*, vajjon a lobnak a pars prostatica, illetőleg az ondódomb *vérbőségével* járó stadiumával állunk-e szemben, vagy már azzal a stadiummal, mely az anaemiával járó kötőszöveti átalakulás tükröképét nyújtja (merev beszűródés, Oberlaender). Az idült kankónál észlelhető egyes functionalis zavarok prognosisa is kedvezőbb lesz, ha a *hyperaemiás* alak, mint ha az *anaemiás* alak képét találjuk.

Az alábbiakból pedig ki fog világítani, hogy a cél tudatos *therapia* megállapíthatása szempontjából is, a vázolt kórfolyamatok mindegyikénél fontossággal bír a jelzett kóralakoknak, illetőleg a bántalom egyes stadiumainak ily irányban egymástól való elkülönítése.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem I. sz. kórbonczitani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr. egyetemi tanár.)

### Az „ureteritis cystica”-ról.

Irta: Róna Dezső dr., v. intézeti gyakornok.

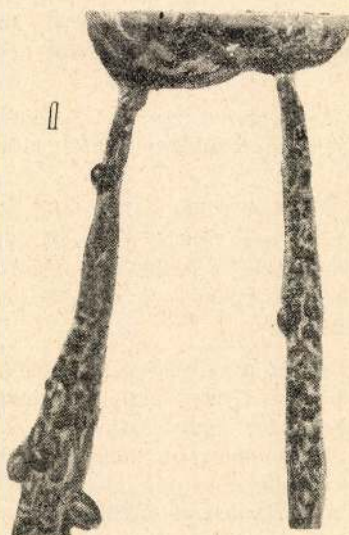
(Vége.)

Górcső alatt azt látjuk, hogy úgy a vesemedence, mint az ureter nyálkahártyája hámlásától meg van fosztva. Csak itt-ott találtam a nyálkahártya mélyedéseiben egy- vagy többretegű, elég jól megtartott hámból álló borítékot a húgyutak nyálkahártyáján rendszeren előforduló polymorphhámsejtekből; míg a kiemelkedő részekben csak egynéhány hámsejtből álló egyretegű szegély látható.

A nyálkahártya általában megvastagodott s hol erősebb, hol gyengébb kötőszöveti rostokat, helyenként bőven telt capillariseket is tartalmaz. Egyik-másik metszeten a nyálkahártya felületes rétegében az ureter-hámmal azonos hámsejtekből álló solid hámcsoportokat láttam: a Brunn-féle hámfészkeket. Ezen hámsejtek némelyikén, különösen a középsőkön, már az alább vázolandó elváltozások voltak észlelhetők.

A nyálkahártya, a muscularis, sőt néhol a metszet egész szélessége egyenetlenül gömbösesen beszűródött. Ezen gömböses beszűródés helyét foltonként kötőszövetkérgesedés foglalja el. A véredények falzata legnagyobb részt jelentékenyen vastagodott. Feltűnő volt a lobos oedema nagy foka és ennek következtében a szöveteknek jelentékeny mértékben fellazult volta.

A nyálkahártyában mikroszkopi morkoráságtól szabad szemmel kivehető nagyságig kerek, ovalis vagy rendetlen formájú ürök láthatók; a kisebbek önálló fal nélkül, a nagyobbak saját kötőszöveti falzattal. E nagyobb tömlőcskék egyfelől a nyálkahártya niveauija fölé emelkednek, másfelől az izomréteg felé is domborodnak, úgy hogy az izomréteg alattuk sorvad. Ezen ürök és tömlők elrendeződése minden szabályosságot nélkülöz. Néhol egyesével, máshol többes számban láthatók, hol egymás mellett, hol egymás felett. (Lásd a IV. ábrát.)



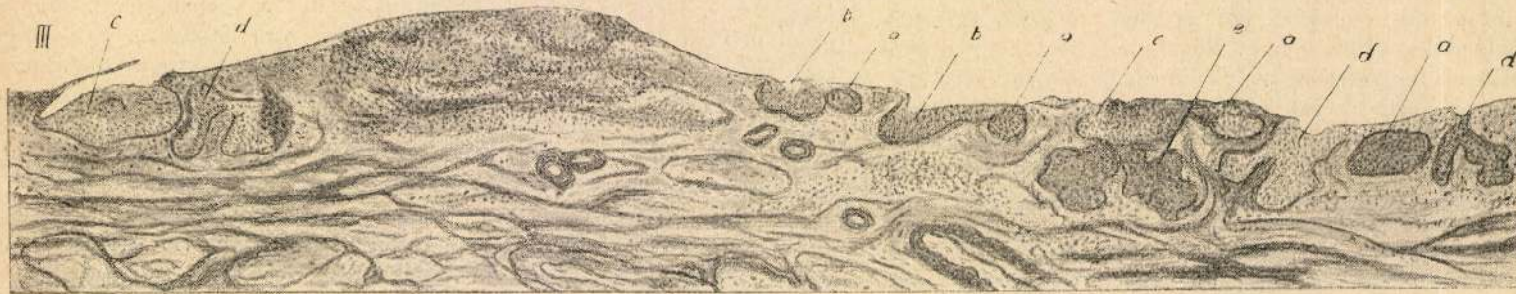
II. ábra. Tömlők a húgyvezér nyálkahártyáján. (III. eset, kicsinyítve.)



Az ürök tartalmát illetően a következőket találtam. A legkisebbek háms sejteket tartalmaznak, melyek között egy pár lymphocytá és vörös vérsajt is látható. E háms sejtek teljesen azonosak a húgyutak nyálkahártyáját borító sejtekkel, azon különbséggel, hogy csak a peripherikus sejtek, sőt ezek se valamennyien épek, a többiek többé-kevésbé zavaros duzzadás, hydropikus degeneratio, sőt colloid elfajulás képét mutatják. Ennek következtében már a legapróbb ürökben is, természetesen parányi voltaknek megfelelő csekély mennyiségben, a sejtek mellett diffuse festődő törmeléken anyagot látunk. Némelyik ürben a hámelemek oly nagy mennyiségben vannak, hogy azt teljesen kitöltik, máshol csak a falzat szomszédságában láthatók háms sejtek s a lumen különben üres.

Igen érdekes a nagy ürök, a valóságos cysták tartalma. (Lásd az V. ábrát.) Falzatuk mentén köbalakú sejtekből álló bélést találunk. Némely tömlő falzatán majdnem egész területén ilyen bélés látható, másokban kisebb-nagyobb megszakítással. Egyes helyeken folytatódagasan 5–6 sejt a falzatról leemelődött, úgy hogy e sornak egyik vége a cysta-ürben szabadon libeg, a másik vége a bélelő hámmal áll összefüggésben. A tömlők ürében kétféle, részben homogen, Van Giesonnal narancsvörösre festett, részben szemcsés, világosabban festődött bennéket látunk, melyben hol egyes sejtek, hol 8–10 sejtől álló csoport, vagy 4–5 sejtől álló sor van beágyazva. E sejtek legtöbbször zavaros duzzadást és hydropikus elfajulást szenvedtek.

Legfeltűnőbb azonban ezen bennékekben a sejtek kétszeres egész négy-, ötszörös nagyságával bíró kerek- vagy ovalis alakú, sötétebben festődött testek jelenléte, melyek általában szemcsés szerkezettel bírnak, de bennök egyes homogen foltok láthatók,



III. ábra. Tömlős elfajulás I. stadiuma a hólyag nyálkahártyáján. a) Brunn-féle háms csoportok, b) hámbemélyedések, c) elzáródásban levő hámbemélyedések, d) elágazódó hámsövek, e) elfajulásban levő hámfészkek. (Kis nagyítás.)

melyek úgy festődtek, mint a cystabennékek homogen része. E testeknek elfajult háms sejtekből való származása átmeneti alakokkal kimutatható. Némelyek alig bírnak már contourral és a cystabennékekkel összefolynak.

Úgy ezen ovalis testek, mint a csoportban és egyenként álló duzzadt sejtek legtöbbször világos, mintegy folyadéktól kitöltött udvarral vették körül.

A nagyobb tömlők falzata hol erősebb, hol gyengébb kötőszöveti rostokból áll, melyek között számos véredény fut. E véredények körül és részben ezektől függetlenül a falzatnak nagyobb-fokú gömbsejtes beszűrődése látható. A falzat nem sima, hanem kiemelkedésekkel és bemélyedésekkel bír.

A hólyag nyálkahártyája, valamint a submucosa is oedemás, fellazult rostokból áll. A nyálkahártya felületesebb, sok helyt mélyebb rétegei is gömbsejtes beszűrődéstől vannak áthatva, mely egyes helyeken a felületig érő, kisebb-nagyobb, folliculuszerű góczokat képez. A hólyagfalzat véredényei a normalisnál jóval vastagabb falúak. A hámboríték a nyálkahártya felületén itt is csak részben megtartott. Ellenben számos, különböző alakú, crater-, csörszerű, vagy dendritikusan elágazódó hámbetüremekedés (crypta) látható a nyálkahártyában. Több ilyen crypta ürében igen sok sejt volt a fal mellett levő sejtektől elválatva kivehető. Ezen sejtek nagyrészt szemcsés elfajulást szenvedtek és némelyikük már megfestést nem is fogad el. Egyik-másik crypta fölé az infiltrált kötőszövetes parttól léczszerű kötőszövet-tető képződik. Ezek mellett a nyálkahártya mélyebb rétegében is kisebb, a hólyaghámmal azonos solid háms csoportok vehetők észre. (Lásd a III. ábrát.)

A nyálkahártyában saját falzatú kis ürök is láthatók, tartalmuk az ureter hasonló üresével egyező.

A sorvadtt vese göröcsövi képe a következő volt.

Az interstitialis kötőszövet néhol még fészkekben gömbsejtesen beszűrődött, máshol inkább durva rostokból áll, általában azonban a sejtes elem rovására feltűnően megsaporodott. Belső vastagodott falú erek futnak, melyek helyenként vérrel teltek. Különösen nagyfokú a vesemedence közelében levő kötőszövet hyperplasiája.

A vesecsatornácskák nagy része sorvadtt, hámsjuk részben ép, részben szemcsés zavarodás képét adja, itt-ott a faltól levált, magvai nem festődnek. Némely csatorna ürét szemcsés és hyalin cylinderek töltik ki. A Malpighi-glomerulusok hámsja nagyrészt zsírosan degenerált tokja több helyt vastagodott. A vesekelyhek nyálkahártyája hámszegélylyel nem bír, egész szélességében gömbsejtesen beszűrődött.

II. B. J. 45 éves munkás bonczjegyzőkönyvének következő részleteit említem:

„Carcinoma epitheliale vesicae urinae cum cystitide, ureteritide et pyelonephritide praecipue lateris sinistri et periureteritide sinistra. Infiltratio canerosa glandularum lymphaticarum iliacarum et paravesicalium. Hypertrophia simplex hepatis. Degeneratio cystica mucosae ureteris dextri. (A jobb ureter plajbászvastag, nyálkahártyája palaszürke, vastagodott, és számtalan köles egész kendermagnyi enyves hólyagesával beszórt. Jobb vese alig nagyobb, mérsékelten savósan beszórt, állománya középvértartalmú. Vesemedence és kelyhek mérsékelten tágultak.)“

Ezen és a következő eset göröcsövi vizsgálatának eredményeit, tekintve azon körülményt, hogy a dolog lényegére nézve

itt sem találtam az elsőtől különböző viszonyokat, rövidebben fogom tárgyalni.

A hólyag falzatában bőven voltak kisebb-nagyobb, laphám-ból álló rákfészkek láthatók.

A vese tokja megvastagodott, a megsaporodott interstitialis kötőszövet helyenként gömbsejtesen beszűrődött s vastagfalú véredényeket tartalmaz. Vesecsatornácskák egy része sorvadtt, hámsjuk kevesbedett és összetöprődött, sok helyt azonban a háms teljesen elhalt, úgy hogy a csatorna lumenét gyengén festődő szemcsés tömeg foglalja el. Malpighi-glomerulusok sorvadtak.

Bal ureteren csak a nyálkahártya gömbsejtes beszűrődése észlelhető, különben ép.

A jobb ureter falzatának kötőszöve nagymértékben megsaporodott, a vér- és nyirkedények vastagabb falúak, ez utóbbiak endothelje szaporodott. A kötőszöveti rostok között elég sok ruganyos rost is látható. A nyálkahártya diffuse gömbsejtesen infiltrált, számos kiemelkedéssel és besüppedéssel bír s a szokásos többrétegű polymorph hámtól van borítva. A hámszegély néhol vacuolae elfajulásban levő sejtekből áll, néhol pedig teljesen levált. A háms alatti kötőszövetnek oedemás volta feltűnő.

A nyálkahártya felületesebb rétegében néhány fallal bíró kisebb ür vehető észre, telve az ureter hámsjával azonos háms sejtekkel. A falzat melletti sejtek ezen ürnek, mondhatjuk tömlőskének bélését képezik, míg a közepén levők már levált sejteknek felelnek meg és rajtuk kezdődő elfajulás jelei mutatkoznak. Egyik nyálkahártyakiemelkedésben nagyobb tömlő is látható. Belsőjében a fal szomszédságában még köbalakú sejtekből álló bélés



részletei vehetők ki, míg tartalmát részben tönkremenő hámsejtek, részben diffuse festett törmelék és colloid gömbök képezik.

III. F. J. 58 éves napszámos bonczleletéből a következőket idézem: „Catarrhus bronchialis chronicus cum emphysemate pulmonum. Hypertrophia cordis dextrae. Endoarteritis chronica deformans praecipue aortae descendentes. Hydrops universalis. Hydrothorax, compressio pulmonum. Arteriosclerosis renum cum cystitis parvulis, pyelonephritis et ureteritis, cystitis chronica cystica“. A vesék középnyagok, dudorkásak, egyes besüppedésekkel és szemcsés kiemelkedésekkel; felületükön és állományukban apró borsónyi egész kölesnyi hólyagesák. Vesemedenczebeli zsírszövet megszorodott, nyálkahártyája megvastagodott, vöröses-szürkés és búzadarányi egész mákszemnyi hólyagokat mutat. Mindkét ureter (lásd a II. ábrát) plajbászvastag, nyálkahártyája duzzadt és mindvégig mákszem egész kendermagnyi, alantabb fött borsónyi és egykét mogorónyi, a nyálkahártyán ülő, vagy kocsányos hólyagesával borított, melyek sárgászörösek vagy borostyánkőszínűek. A legnagyobbak mogorónyiak és 1—2 cm. hosszú, vékony kocsányon függenek. Így az ureter néhol 4½ cm. kerülettel bír.

A hólyagesás átalakulás az ureterekben mindvégig jelen van, de azért mellettük az ureter mégis könnyen kutasztható. A húgyvezérek legalsó részletében már kevesebb hólyagesa látható és a hólyagba való szájadzás előtt 4 cm. hosszú darabon már hiányzanak is és itt az ureterek rendes vastagságuk.

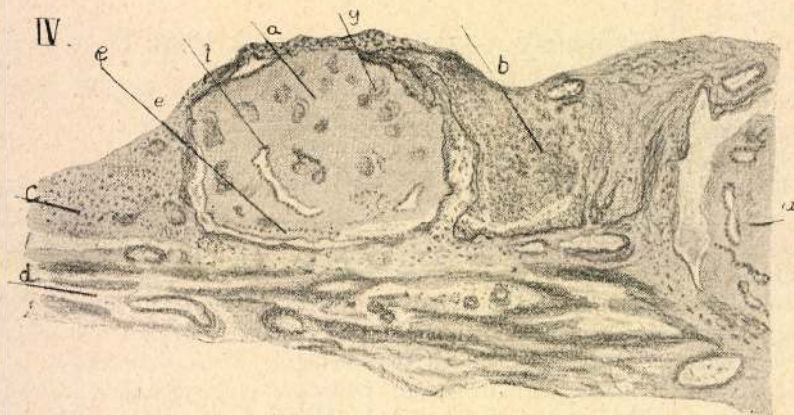
A hólyag összehúzódott, nyálkahártyája vérbő, kissé megvas-

Már a durva anatómiai elváltozások és még inkább a mikroskopiak, a vese-kötőszövet hyperplasiája, a sejtes elemek sorvadása, a húgyutak nyálkahártyájának kergesedése, fedő hámjának lazasága, a véredények falának mindenütt megvastagodott volta azt bizonyítja, hogy ezen esetekben idült természetű lobos folyamat volt az elsődleges bántalom, melynek mi már csak a a következményeit látjuk. Az I. és III. esetben úgy látszik a vese felől, a másodikban a hólyag felől terjedt át a gyulladás a húgyvezérekre.

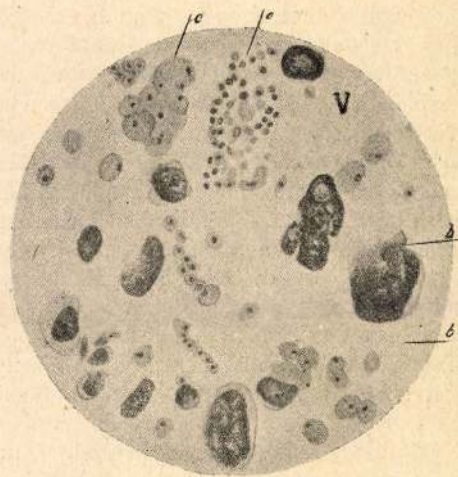
Tekintetbe véve azon körülményt, hogy a húgyutak nyálkahártyájának szerkezete a vesemedenczétől a húgyeső belső nyílásáig jelentékenyebb vonásaiban egyező, jogosan vélem a mindenütt egységes formában nyilatkozó bántalmat is az egész területre nézve egységes eredetűnek tarthatni.

A Hamburger által a húgyvezérek nyálkahártyájában mirigyek gyanánt leírt képletek valószínűleg Brunn-féle hámfészkeknek felelnek meg, avagy ferdén metszett hámbemélyedések voltak. Az újabb idevágó munkák (Sappey, Gegenbauer, Schenk, Gray) e mirigyekről nem is tesznek említést.

Valóságos mirigyek jelenléte a vesemedenczében és hólyagban sincs még biztosabban megállapítva. Valószínű, hogy ott ilyeszerű képletek, kivéven a hólyag fenekén néha rendellenesen előforduló húgyesőmirigyeket, hiányoznak. Vizsgálataik alapján tagadják a hólyagmirigyek létezését Sappey, Robin, Cadiat, Brunn, Aschoff, stb. Külön vizsgálatokat ezen irányban nem foly-



IV. ábra. Tömlős elfajulásban levő húgyvezér falzatának keresztmetszete. (Közepes nagyítás) a) kifejlődött tömlő, b) lezárt és megnagyobbodott hámfészkek, c) gömbsejtesen beszűrődött nyálkahártya, d) ureter-fal, e) tömlőt bélelő sejtek, f) faltól levált sejtek, g) ovalis sejtek.



V. ábra. Tömlő-bennék. (Nagy nagyítás) a) tömlő homogen bennéke, b) nagy ovalis testek, c) elfajulásban levő sejtesoportok.

tagodott. A trigonum Lieutaudii egy-egy fél mogorónyi, a közepén összefolyó dagályt képez, mely számtalan mákszemnyi, kölesnyi ilyen hólyagesák tömege által jött létre. Vizelet ali hatású.

Az ureterek nyálkahártyáját borító hám csak helylyel-közzel maradt meg — leginkább a nyálkahártyamélyedésekben — és egy-két sor lapos, többnyire zavarosan duzzadt sejtből áll. A megvastagodott nyálkahártya általában gömbsejtesen beszűrődött. Ily nagyfokú gömbsejtes beszűrődéssel bír a submucosa és részben az izomréteg is. A lobos oedema folytán a fellazult szövetekben kisebb-nagyobb hézagok támadtak.

A nyálkahártyában számos különböző nagyságú, részben önálló fallal bíró, részben azt nélkülöző ür látható. A kisebbek a fent említett hámsejtekkel azonos sejtekkel telvők, melyeknek plasmája duzzadt, zavarodott magva alig festődik. Minél nagyobbak ezen ürök, annál inkább elfajultak a bennük lévő sejtek. A legtöbbekben a fal mentén köb alakú hámsejtekből álló szegély maradványai vehetők ki, míg belsejüket duzzadt sejtekből álló csoportok, sejtmarmadványok és törmelékanyag tölti meg. Thioninfestés negatív eredményt adott. E nagyobb tömlők a nyálkahártya niveauján kiemelkednek és a muscularisba is bemélyednek.

\* \* \*

Mindezen esetekben egy kórfolyamat végeredményével állunk szemben, tömlőképződéssel a húgyutakat bélelő nyálkahártyában.

tattam, de azon számos vesemedencze-, ureter-, hólyagmetszeten, melyeket részben magam készítettem, részben a gyűjteménytárból átnéztem, mirigyképletet hiába kerestem.

Ezen tények alapján azt hiszem, hogy a húgyutak nyálkahártyájának tömlőit mirigyekből származott retentionalis cystáknak tartani nem lehet.

Ezen nyálkahártya a vesemedenczétől a hólyagszájig mindenütt kisebb-nagyobb fokú betüremkedéseket mutat, s ez által — a Brunn-féle hámfészkeket leszámítva — a hám a nyálkahártya mélyébe is betérjed. Ezen betüremkedések lobos folyamatoknál, éppen a Stoerk által igen helyesen leírt módon, még mélyebbek lesznek a nyálkahártya két partjának a lobos beszűrődés által való kiemelése folytán.

Ezen bemélyedésekben, valamint a Brunn-féle hámfészkekben, valószínűleg a lobinger behatása alatt fokozott sejtproductio indul meg, a mi ezen üröknek és tasakoknak fokozatos nagyobodásához vezet. Mert esakis a hám activ szaporodásából tudom megmagyarázni azon körülményt, hogy pl. az I. esetben a hólyag nyálkahártyában a hámnak oly tömeges burjánzása volt látható, hogy egyik dendritikusan elágazó hámfészkek és cső a másik mellett foglalt helyett, holott rendes viszonyok között a hólyag-nyálkahártyában ilyen képeket nem látunk. (Lásd III. ábra b) és d)).

A nyálkahártya bemélyedéseknek a beszűrődés által egymáshoz majdnem az érintkezésig közel tolt szélei a lob behatás

\*



alatt helylyel-közzel összenőhetnek, miáltal az eredetileg a felülettel kis hasadékkal közlekedő ür teljesen zárttá lesz. De még tágabb betüremkedés is elzáródhatik a gömbsejtes beszűrődés folytán beállott kötőszövetduzzadás miatt. (Lásd III. ábra c).

Úgy látszik, hogy a lobos oedema is szerepet játszik a bántalom létrehozásában, mert a tasakok bővülését mint transsudatio fokozza és a sejt későbbi elfajulását elősegíti.

Mindezen eddig vázolt elváltozások csak górcső alatt láthatók s azt hiszem, a bántalom első stádiumát képezik.

A továbbiak folyamán ezen elzáródott ürökben, valamint a Brunn-féle hámfészkekben számos sejt a többiekkel való összefüggését elveszti és elfajulásnak indul. Ezen sejtek közé történő nedv áttizedés a sejtek hydropikus elfajulásához vezet s ennek végeredménye felduzzadás és szétfolyás. Ezeket látjuk a kisebb ürökben, melyek hol kevesebb, hol több szemcsés bennéket tartalmaznak, néha pedig majdnem üresek.

Ellenben a nagyobb tömlők bennéke nemcsak ezen vázolt sejtel-fajulás terménye, hanem úgy látszik, hogy némely sejtek colloid átalakulást is szenvednek, colloid cseppeket választanak el, melyek a tömlőtartalom alkatrészeivé válnak. A sejt ezen folyamat alatt duzzad, plasmájában világosabb homogén részletek lépnek fel, a magfestés megszűnik s a sejtek a már leirt nagy gömbölyű és ovalis testekké alakultak át, melyek szétesés után a cystabennék alkatrészeivé lesznek. Így van az, hogy a nagy tömlőkben szemcsés és homogén bennéket, ebben hydropikusan duzzadt sejtcsoportokat és nagy ovalis testeket láthatunk. (Lásd IV. és V. ábra.)

Ezen tömlőtartalom nyomása alatt az eredetileg hosszúkas falmenti sejtek köb alakúakká lesznek. Időközben a nagyobb ürök a környi kötőszövet utólagos túltengése által már saját falzathoz jutnak s midőn a növekedés ezen fokához értek, már mint kerek vagy ovalis tömlőcsők láthatók. Az izomrétegnek a reája gyakorolt nyomás következtében másodlagos elfajulása következik be.

Ha a fejlődés még tovább tart, a tömlők mindinkább nagyobbak lesznek és az ureter ürében mindjobban kidomborodnak. Folyékony bennékük súlyánál fogva a tömlőt lefelé húzza, mely ebben az irányban tágul is, és ez által a nyálkahártyával lassan-lassan csak vékony kocsanynyal függ össze.

A Kahliden és iskolája által hirdetett nézet, a parasitaer eredet, vizsgálataim során sehol sem leltem bizonyítékát. Sem élősdieket, sem azokhoz hasonló képleteket a tömlőkben, vagy azok környékén nem láttam. A leirt nagyobb ovalis testeknek a hámfészkekből való származását már a leirással is, azt hiszem, eléggé igazoltam. Azokat parasitáknak nem tarthatom. Nem oszthatom Kahlidennal azon nézetét sem, hogy a parasiták már elhaltak, avagy még ki sem fejlődtek, mert a vizsgált metszeteken mindig különböző fajtájú és korú, kezdődő és befejezett fejlődésű cysta került górcső alá.

A kórfolyamat, mint láttuk, lehet egy- vagy kétoldali, terjedhet a vesemedenczétől a hólyagszájig, avagy szorítkozhatik kisebb-nagyobb területre.

Fiatál egyéneknek e bántalom általában nem szokott fellépni. Ugy a saját eseteimben, mint az irodalomban közöltekben az egyének kora 40–70 év között ingadozott.

Hogy vajjon a mindenütt látott véredényfalmegvastagodás, egy arteriosclerotikus folyamat, e kórkép kifejlődésére nézve mennyiben bír aetiologikus fontossággal, az vizsgálataim során nem derült ki, csak az látszik bizonyosnak, hogy a táplálkozásnak ez úton való lefokozása a sejtelfajulást elősegítheti.

Végül azon gondolattól sem zárkozzhatunk el, hogy köveknek vagy vesehomoknak az ureteren többször való leszállása és kiürülése e tömlők keletkezésére befolyást gyakorolhat, a nyálkahártya folytonos izgatása s idült lobbefolyamat fentartása által.

Vizsgálataim eredményét röviden a következőkben foglalhatom össze:

1. Az ureteritis cystica idősebb egyéneknek észlelhető s nagyfokú localis oedemával járó idült lobbefolyamatok következménye.

2. A folyamat a hámbemélyedésekből és a Brunn-féle hámfészkekből indul ki a hámban activ szaporodása képében. E bemélyedések elzáródnak, majd úgy ezek, mint a Brunn-féle hámfészkek hámsarjakat hajtanak.

3. A beállott transsudatio, egyes sejtek hydropikus szétesése, más sejteknek colloid átalakulása e fészkek növekedéséhez vezet. A

szerint, a mint csak a transsudatio, avagy valamely fajtája a sejt átalakulásnak praevaleál, a keletkezett ürök hol többé-kevésbé üresek, hol tisztán szemcsés, hol szemcsés és homogén bennéket nyernek, melyben a sejtd degeneratio különböző foka követhető. E hámfészkek a környéki kötőszövet túltengése folytán saját falzathoz nyerne és a felület felé kiemelkedő tömlőket képeznek.

Befejezésül legyen szabad Genersich Antal egyetemi tanár úrnak az anyag szíves átengedéseért és nagybecsű tanácsaiért ez úton is hálás köszönetemet kifejeznem.

Irodalom. Lubarsch: Ueber die angebl. parasit. Natur der Ureteritis cystica. Centralbl. f. path. Anat. V. k. — Stoerk: Beiträge zur Pathologie der Schleimhaut der harnleitenden Wege. Ziegler's Beiträge. 1899. — Schillcock: Transactions of the pathol. Soc. London. 40. k. — Kahliden: Ueber Ureteritis cystica. Ziegler's Beiträge. XII. k. — Orth: Path. anat. Diagnostik. 1894. — Rokitsky: Lehrbuch der path. Anat. III. k. — Morgagni: De sedibus et causis morborum. XLII. k. 11. f. — Litten: Ureteritis chron. cyst. polypos. Virchow Archiv. 66. — Hamburger: Zur Histologie des Nierenbeckens und Harnleiters. — Ebstein: Chronische Catarrhe der Harnwege und Cystenbildung. Archiv f. klin. Med. 1882. — Limbeck: Zur Kenntniss der Epitheleysten der Harnblase und der Ureteren. Zeitschr. f. Heilkunde III. k. — Machleid és Nékám: Magy. Orv. Arch. 1892. — D'AJutolo: Ueber Ureteritis cystica. Ref. Centralbl. f. path. Anat. I. — Lubarsch: Ueber Cysten der ableitenden Harnwege. Arch. f. mikr. Anat. 41. k. — Aschoff: Beiträge zur norm. und path. Anat. der Schleimhaut der Harnwege. Virchow's Archiv. 138. k. — Brunn: Ueber drüsenähnliche Gebilde in der Schleimh. des Nierenbeckens, Ureters und Blase. Arch. f. mikr. Anat. 41. k. — Eve: Psorospermical cysts of both ureters. Transact. path. Society. London. 40. k. — Piscuti: Ueber die parasit. Natur der Ureteritis chron. cystica. Centralbl. f. path. Anat. 1893. — Bland Sutton: The Lancet. 1888. — Sappey: Traité d'Anatomie. 1889. — Schenk: Grundriss der Hist. des Menschen. 1889. — Gray: Anatomie.

## Közlemény a szent Rókus-kórház II. orvosi osztályáról. (Főorvos Ángyán Béla egyet. tanár.)

### Nephritis luetica praecox.

Moskovits Albert dr. alorvostól.

Hogy a syphilis mily végtelen változatosságú formákban jut nyilvánulásra, azt napról napra tapasztalják azok, kiknek bő alkalmuk van syphilis-eseteket látni. A rendkívüli és meglepő alakulások ezeknél oly gyakoriak és szinte megszokottak, hogy éppen, mert a syphilisre vonatkoznak, nem teszik a rendkívülinek és meglepőnek a benyomását, mert hisz a syphilisről tudjuk, hogy az majdnem minden más betegség képét utánozhatja, a miért is a francziák „le grand imitateur”-nek mondják. Azonban ezen ritkább megjelenési alakok inkább csak a III. stadiumban kerülnek észlelés alá, míg ellenben a korai syphilis formái aránylag ritkábban térnek el a megszokott típustól. Mig pl. a tertiaer luetikus affectiok épp úgy illetik a zsigereket, mint a bőrt, kötőszövetet és nyálkahártyákat, addig a secundaer stadiumban a parenchymás szervek, a zsigerek syphilise a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Ezek közt ritkaság tekintetében első helyen áll a vesék luetikus megbetegedése, a minek egy igen kifejezett esetét volt alkalmam osztályunkon észlelni.

Hogy a nephritis luetica praecox mily ritkán fordul elő, bizonyítja az, hogy a syphilidologia terén nagy tapasztalással rendelkező szerzők nem találkoztak vele és így tagadják annak létezését. Így pl. Róna a nagy Belgyógyászatban a syphilist tárgyaló cikkében így nyilatkozik: „A vese megbetegedése a második stadiumban a legtöbbször csak futólagos fehérjevizelés alakjában mutatkozik. Idevágó ismereteink egészen új keletűek.”

Welander hasonlóképpen azt mondja, hogy a syphilis korai szakában sohasem találkozott acut veselobbal. Mások viszont azt állítják, hogy a syphilis korai időszakában észlelt veselobok az alkalmazott higanynak lettek volna következményei, a minek azonban ellentmond Bartels, a ki olyan egyéneknek, a kik előzőleg nem szenvedtek albuminuriában, átlag 300 gm.-os kenőkrák után sohasem látta a vesék valamely functionalis zavarát fellépni. Még hathatósabban czáfolja meg ezen felvételt a mi esetünk, a melynél a nephritikus tünetek fellépte előtt soha higany nem alkalmaztatott, de az antiluetikus kúra megindítására a nephritisnek előbb fennállott összes tünetei javultak, míg végre egészen eltűntek.

A syphilis okozta veseelváltozás Neumann szerint háromféle alakban fordul elő: mint acut parenchymatosus nephritis, mely



átmehet a chronikus alakba, mint chronikus interstitialis nephritis és mint vesegumma. E két utóbbi természetszerűleg csak a III. időszakban fordulván elő, jelenleg csak az acut parenchymatosus nephritissel foglalkozunk.

A luetikus heveny parenchymás veselobot *Neumann* úgy írja le, mint a hogy általában a bármi más alapon fejlődő parenchymás veselobokat ismerjük. Tehát a vizelet fokozatos csökkenése mellett, mely egész az anuriáig fokozódhatik, vizenyők lépnek fel, először többnyire csak a bőrön, de nem ritkán a hasüreg és a többi savós ürök vízkórja csatlakozik hozzá. E mellett az arcz puffadt, a bőr és látható nyákhártyák halványak. A fehérjedús vizeletnek fajsúlya magas és pedig fordítva arányos a diuresis nagyságával.

Ezen leírással szemben esetünk jelentékeny eltéréseket mutat, a mint az e rövid kórtörténetből kitűnik:

P. J. 46 éves kórházi szolgál, f. év június 20-dika körül azon panaszszal jelentkezett nálam, hogy penise meg van dagadva. Vizsgálatnál azt találtam, hogy a praeputium oedemáson duzzadt és a glans fölé vissza nem húzható, tehát phimosis állott fenn. Praeputium alul híg sárgás-szürkés genyes váladék ürül.

Hűvös borogatásokat rendeltem, mely kezelés mellett beteg csakhamar meggyógyult a nélkül, hogy a baj okaként általam supponált ulcust látnom alkalmam lett volna. Augusztus 20-dika körül beteg észrevette, hogy alszárai megpuffadnak; ezen duzzanat napközben növekszik, ellenben fekvésnél mindig kissé lelohad. Midőn ezen duzzanatok az általa alkalmazott keneteketekre el nem multak, augusztus végén nálam jelentkezett, mire szeptember 2-dikán tanácsomra osztályunkra vétette fel magát. Subjective ekkor fejfájásról, étvágytalanságról és gyengeségről panaszkodott, felvétele alkalmával az arcz és látható nyákhártyák halványak, szemhéjak, valamint az arcz bőre puffadt. Az egész köztakarón sűrűn egymás mellett fillérnyi és félkrajcárnyi, kerek, éles szélű, a bőr fölé ki nem emelkedő, nem fájdalmas és nem viszkető rézvörös elszínesedések. Torokban mérsékelt diffúz belüveltség. Mindkét tenyérén és talpon lencsényi és babnyi barnásan pikkelyződő laesiók. A tarkó, hónalj- és lágyéktáji mirigyik beszűrődtek. A sulcus retroglandularisban lencsényi tömött heg. Mindkét alsó végtag a bokától felfelé haladólág egész terjedelmében oedemáson duzzadt. Mellkasi és hasi szervek fölött eltérés nincs. Vizelet szalmasárga, savi vegyhatású, fajsúlya 1009, igen nagy fehérjetartalommal. Mikroszkop alatt szemcsés és hyalin cylinderek, vesehámszövetek és kevés fehérvérsejt voltak láthatók.

Ezen tünetekből florid luest és veselobot kellett diagnosztizálnunk és már akkor valószínűséggel felvettük, hogy a Bright-kór a luesszel van oki összefüggésben. Ezen felvételünk beigazolást nyert a további észlelet alatt, a mennyiben a megindokolt antiluetikus kúra nemcsak a lues florid tüneteire fejtette ki specifikus hatását, hanem az elhasznált higany mennyiségével arányban a veselobnak összes tünetei is fokozatosan javultak, míg végül teljesen visszafejlődtek. A kenőkúra előhaladásával egyformán lépést tartott az összes tünetek visszafejlődése; a mint halványultak a roseolák s a mint tisztultak a tenyéri és talpi psoriasis plaque-ok, úgy multak az oedemák és úgy kevesbedett mindinkább a vizelet fehérjetartalma is. A vizelet fehérjemennyiségét ugyanis hétről hétre figyelemmel kísérvén, úgy találtuk, hogy az felvétel alkalmával 20/00, szeptember 7-dikén 11<sup>2</sup>/00, 9-dikén 10/00, 16-dikán 1<sup>2</sup>/00 és 23-dikától fogva már abszolút fehérjementes volt. Beteg október 12-dikén 7 toura elvégzés után gyógyultán távozott.

Látjuk tehát, hogy egy egyénél, kinek luetikus primaer affectioja előtűnt folyik le, ezt követőleg mintegy 6—8 hétre az acut veselob tünetei lépnek fel (anasarca, általános tünetek, vizelet jellemző elváltozása), nyomon követve secundaer lues jellemző eruptioja által (roseolák, psoriasis palmaris et plantaris, általános adenopathia); és hogy ezen complicált tünetcsoport az alkalmazott higanykúrára prompt módon reagál, azaz teljesen visszafejlődik. Azt hiszem tehát, hogy az előzmények, a kísérő körülmények és a kórlefolyás ilyen természete mellett nem lehet kétség az iránt, hogy ez esetben egy luetikus veselobbal volt dolgunk.

Mint figyelemreméltó mozzanatok a következőket akarom kiemelni:

1. Hogy ezen eset elejétől fogva észleletünk alatt állván, a bántalom természete már a priori olyan bizonyossággal volt körismézhető, a mint az csak ritkán lehetséges.

2. Hogy esetünkben a nephritikus tünetek (anasarca) megelőzték a secundaer lues eruptioját, holott az irodalmi adatok szerint csak az exanthemák és ulceratiók után vagy ezekkel egyidejűleg látták a nephritist fellépni.

3. Feltűnő végül, hogy esetünkben a vizeletnek qualitativ és quantitativ magatartása nem felel meg azon typusnak, mely a parenchymás veselobokat jellemzi. Míg ugyanis ezeknél magas fajsúly, dús fehérjetartalom és csökkent vizeletmennyiség a szabály, addig esetünkben alacsony fajsúlyt (1009) és állandóan a normalis fölé emelkedő diuresist volt alkalmunk észlelni. Ugyanis a vizelet napi mennyisége 3000—1500 kcm. közt ingadozott és átlag napi 2200 kcm.-nek felelt meg. Külön kiemelem, hogy a diuresis ezen fokozódása változatlanul fennállott akkor is, midőn már — a többi tünetek visszafejlődésével — a fehérje is végkép eltűnt a vizeletből. Ezen körülményt azonban — azt hiszem — még sem lehetne olyan irányban értékesíteni, hogy esetünket mint nephritis interstitialis chronicát fogjuk fel, a mely csak véletlenül complicálódott luesszel, mert 1. hiányzik erre nézve a beteg részéről minden panasz, 2. hiányzik a balszívhypertrophia, 3. ellene szól ennek a dús fehérjetartalom, a minőt zsugorvesénél sohasem találunk. Csak rámutatok ezen tényre, a melynek okát talán más hasonló esetek észlelése fogja felderíteni.

Mélyen tisztelt főnökömnek, Ángyán tanár úrnak az eset átengedéseért hálás köszönetet mondok.

## T Á R C Z A.

### Orvosi dolgok a párisi kiállításon

(Folytatás.)

Ez utóbbi iskolák egyéb statistikai adatai a mellékelt táblázatban láthatók, a hol egyszersmind igyekeztünk a kiállításon szereplő minden francia egyetemnek az orvosi oktatásra vonatkozó adatait összeállítani. Előre is bocsánatot kérünk, ha ezen adatok itt-ott hibásak vagy hiányosak, azokat úgy szedtük össze, a mennyiben azok a kiállításon rendelkezésünkre állottak. Hozzá csatoltuk azokat az orvosi iskolákat is, a melyek a kiállításon részt nem vettek, úgy hogy a táblázat Franciaország összes orvosi iskoláinak jegyzékét adja.

Tiszta orvosi facultások, önálló gyógyszerészeti iskola. (École supérieure de pharmacie.)

| Városok        | Lakosság  | Tanárok száma                        | Tanárok, agrégék és suppléant-ok száma | Hallgatók száma |
|----------------|-----------|--------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|
| 1. Páris       | 2.448,000 | { orvosi fac. 34<br>gyógysz. fac. 12 | 72<br>20                               | 4069<br>1800    |
| 2. Nancy       | 92,000    | { orvosi fac. 19<br>gyógysz. fac. 5  | 33<br>9                                | 289<br>64       |
| 3. Montpellier | 69,000    | { orvosi fac. 21<br>gyógysz. fac. 5  | 35<br>9                                | —<br>—          |

Vegyes orvosi facultások. (Faculté mixte de médecine et de pharmacie.)

|                       |         |    |    |      |
|-----------------------|---------|----|----|------|
| 4. Lyon               | 438,100 | 26 | 47 | 1400 |
| 5. Bordeaux           | 256,000 | 25 | 41 | 547  |
| 6. Lille <sup>1</sup> | 215,000 | 24 | 33 | —    |
| 7. Toulouse           | 150,000 | 21 | 31 | 680  |

Teljes orvosi iskolák. (École de pleine exercice de médecine et de pharmacie.)

|              |         |    |    |     |
|--------------|---------|----|----|-----|
| 8. Marseille | 440,000 | 24 | 32 | —   |
| 9. Nantes    | 122,750 | 19 | 29 | —   |
| 10. Alger    | 82,335  | 18 | 24 | —   |
| 11. Rennes   | 69,200  | 16 | 22 | 280 |

Előkészítő orvosi iskolák. (École préparatoire de médecine et de pharmacie.)

|                      |         |    |    |    |
|----------------------|---------|----|----|----|
| 12. Rouens           | 112,400 | 12 | 17 | —  |
| 13. Rheims           | 107,200 | 12 | 19 | —  |
| 14. Amiens           | 83,700  | 13 | 19 | —  |
| 15. Angers           | 72,700  | 12 | 18 | —  |
| 16. Limoges          | 72,000  | 12 | 18 | —  |
| 17. Dijon            | 65,000  | 12 | 18 | 99 |
| 18. Grenoble         | 64,000  | 14 | 19 | 64 |
| 19. Tours            | 60,300  | 12 | 18 | —  |
| 20. Besançon         | 56,100  | 12 | 17 | 76 |
| 21. Clermont-Ferrand | 50,100  | 12 | 18 | —  |
| 22. Caen             | 41,200  | 12 | 18 | 95 |
| 23. Poitiers         | 37,000  | 12 | 18 | 77 |

<sup>1</sup> A lillei „Faculté libre de médecine“, a mely papi jellegű, az államtól független, e táblázatban nem szerepel. Tanárainak száma 22.



Szakítsuk meg kissé kiállítási sétánkat. Az előttünk lévő táblázat némi képét adja Franciaország orvosi nevelésének.

Iskolák különféleképpen:

1. Mindenekelőtt vannak tiszta orvosi facultások (3), rendszeren azokon a helyeken, ahol külön gyógyszerészeti iskola van, másutt pedig orvosi vegyészeti facultásokat (4) találunk.

2. Ezeket kívül azonban vannak kisebb orvosi iskolák, úgymint az „Ecole de pleine exercice” (4) és az „Ecole préparatoire” (12.). Az elsőben négy évet lehet végezni három vizsgával, az utóbbiakban három évet két vizsgával, a mint már mondtunk.

Nézetünk szerint az ilyen elosztása az orvosi kiképzésnek inkább megfelel a gyakorlati élet igényeinek. Különböztet sokat lehetne e kérdés körül pro és contra felemlíteni. Az bizonyos, hogy a gyakorlati élet, az orvosi oktatásba befektetett milliók, első és főszóban azt kívánják, hogy a gyakorlati életre nevelt, abban tájékozott orvosai legyenek az országnak. Ez fontos gyakorlati szükség. A vidéki kórházaknak, departement-oknak, járásoknak, még inkább a gyarmatoknak, nem tudósokra van szükségük, ellenkezőleg kisebb elméleti háttér mellett, gyakorlati ismeretekben gazdag orvosok fognak ott megfelelni. Tagadhatatlan ugyan, hogy az egyetemeknek, az ott berendezett laboratóriumoknak, egyszersmind a tudomány bölcsőjének kell lenniök és hogy a tanároknak a tanításon kívül igyekezniök kell arra, hogy az illető tudománynak képviselői esetleg fejlesztői legyenek; vagyis két teljesen különböző feladatot egyesül egy képen és tagadhatatlan, hogy a két teljesen különböző feladatok határai sokszor elmosódnak, egyszer mondjuk a tudománynak előnyére és a gyakorlati oktatás óriási hátrányára, máskor megfordítva. Az igazi tudás, mondjuk a tudomány, és a gyakorlati élet orvosi szükségletei nem mindig járnak karöltve. Sokszor hallottuk és fogjuk hallani épen azoktól, a kik széles theoretikus alapot kívánnak a leendő orvostól, és a tanítás ezen irányának hívei, azt az argumentumot, hogy nem árt a theoretikus tárgyakból többet megkövetelni, mint a mennyi szükséges, mert az idők folyamán annak egyrésze úgys feledésbe megy, mi maradna meg, hogy ha kevesebbet tanítanánk; másrészt azt hangsúlyozzák, hogy első és fődolog megtanulni orvosiilag gondolkodni. Pedig az egyetemen megtanult orvosi gondolkodás nem egyszer hagyja cserben a fiatal kezdőt a gyakorlati élet sokszor oly egyszerű kérdéseivel szemben.

Elvégre mind a két argumentumnak van jogosultsága, de ha meggondoljuk, hogy a gyakorlati élet pl. a járásorvostól annyi különböző szakba tartozó betegségek felismerését és kezelését kívánja s ha figyelembe vesszük, hogy ezeknek helyes elvégzése mennyi normalis ügyességet, gyakorlatot és hány száz apró-cseprő kérdésnek ismeretét kívánja, és hogy az amúgy is már hosszú orvosi pályának öt éve mily rövid erre, akkor a túlságosan theoretikus orvosi kiképzésnek nem igen lehetünk hívei.

Azt hisszük, nálunk is az egyetemen a fődolog volna a gyakorlati oktatás, a tudomány további fejlesztésére elég, ha a professzorok és azok személyzete maguk dolgoznak ebben az irányban és elég, ha az egyetem megadja a módot, hogy azok, a kiket saját egyéni képességük és ambíciójuk a tudományos élet felé von, további kiképzetésükre helyet, útmutatást és ez irányban továbbfejlesztő előadásokat találjanak.

Ilyen eszmék keletkeztek bennünk, a mikor a kisebb „écoles préparatoires”-ok füzetét lapozgattuk.

Mi azt hisszük, hogy ezek az écoles préparatoires egyébként is a vidéki francia városokban sok egyéb gyakorlati szükségnek is kielégítői és az illető városban a magasabb színvonalon álló orvosi kezelésnek a biztosítói. Igaz, hogy itt nemcsak az állam, hanem maga a város is áldoz és hozzájárul az iskola fenntartásához, sőt a legtöbb esetben maga a város tartja fenn azokat. Ez nálunk ismeretlen dolog, épen úgy mint az orvosi iskolák szoros viszonya a kórházakkal. Már mondtunk egyszer, hogy a párisi egyetem orvosi facultása a város összes kórházait, mondjuk annak beteganyagát, belevonja a tanítás körébe. Ezen kisebb orvosi iskolák pedig teljesen az illető város és departement kórházával vannak összeházasítva és ez nemcsak a tanításnak válik előnyére, hanem azt hisszük, hogy magasabb nívóra emeli Franciaország vidéki kórházait.

A mennyire bepillantottunk a francia orvosi nevelés történetébe, mindenütt azt láttuk, hogy tulajdonképpen a kórház az orvosi nevelés kiinduláspontja. Igen sok „école de médecine” eredete úgy kezdődik, hogy a nagyobb kórház pár nevesebb főorvosa összeáll és a kórház betegeit felhasználva, tanításokat ad, szabad előadásokat (Enseignement libre) tart, főképp klinikai tárgyakból. Ez a szabad nevelés később elismerésben részesül a várostól, az államtól és ezzel megalakul az alsóbb rangú orvosi iskola, a mely idők folyamán felemelkedik az egyetemi facultás fokáig. Az enseignement libre-nek más téren is megtaláljuk nyomait és manapság is Franciaországban egész sorával találkozunk a különböző hivatású „Ecole libre”-eknek.

Ha megnézzük a táblázatot, látni fogjuk, hogy egész sora van a városoknak, a melyeknek lakossága 70,000 körül vagy azon alul van és mégis számot tevő orvosi iskolájuk van. Sokszor az az orvosi iskola nem egyéb, mint a kórházi épület szárnya vagy pavillonja; az osztályok főorvosai tulajdonképpen a klinikai professorok; pl. Clermont-Ferrandban az orvosi iskola a kórház épületének jobb szárnyát foglalja el. A dijoni iskola egy emeletes épület, a melyben körülbelül 14 nagyobb helyiség van. Tulajdonképpen ezzel a kórház nagyobb laboratóriumot kap és könnyen beláthatjuk, ha az ilyen épületet practikusan rendezik be, abban egészen modern alapon feldolgozható a kórháznak hullanyaga, végezhetők szövettani, bacteriologiai, klinikai és kémiai vizsgálatok, a mi nálunk, a mi vidéki, nagy beteganyaggal rendelkező megyei kórházainkban kivihetetlen. Gondoljuk csak meg, hogy nálunk a legtöbb esetben

a vidéki kórház laboratóriuma kis, nyomorult szoba, bonczoló szobája igazán siralmas. A főorvos, ha akarna, ha esetleg volna ideje, akkor sem tudna meggyőződést szerezni, hogy egy-egy különösebb esetben mi is volt a tulajdonképpen a halál oka, oly körülményes a bonczolás. Épen így van az esetleges kémiai vagy szövettani vizsgálatnál, a mit ha már nagyon szükséges, a város patikására bízunk. De menjünk tovább és gondoljunk meg, hogy a modern életnek mindinkább több és több oly szükséglete van, a melynek ezek az iskolák központjává lehetnek, azzal összekapcsolhatók. Minden nagyobb városban előbb-utóbb szükségessé válik tápszervizsgáló állomás létesítése, vizvizsgálatok részére, esetleg Röntgen laboratórium felállítás, a serumkezelés elterjedésével serumtelep létesítése. Ezek az intézetek mind egyesíthetők volnának az előbb mondott épületben, sőt távolabbi dolgoknak megoldása is egyszerűbb volna az orvosi iskola tanárai révén, így a bábaképzés, lelecnázás, szülőházak, couveus-ök, mentő-egyesületek, esetleg botanikai, zoologiai statiók kérdése, úgy mint Franciaországban nem egy helyütt találunk station agronomique-ot, vagy meteorológiai observatoire-t és egyebeket ezen intézettel kapcsolatban. A vidéki iskolák hygieniai ellenőrzése, a hygiene tanítása és terjesztése, a vidéki megyei törvényszéki orvosok működése pontos támogatást talál az ezen intézetek keretében. Járványok esetén ez intézetek biztosítékát adnák, hogy a szükséges intézkedések gyorsan és jól fognak végezteni. A felsoroltak mind olyan intézmények, a melyek mindinkább válnak a haladó civilizatio igényeivé, a melyeket centralizálni nem lehet, a melyeknek a helyszínen való megoldása szükséges. A jogi oktatás talán inkább centralizálható egy országban, mint az orvosi, és épen megfordítva látnak. Eltekintve attól, hogy nálunk, a hol csak két egyetem van és a hol az elméleti intézetekben működő fiatal orvosoknak a jövője oly bizonytalan, ezek jövőt biztosítanak. Köztudomású dolog különben, hogy nálunk a képesebb és ambíciósabb fiatal orvos mind Budapesten keresi boldogulását, sokszor évekig ott próbál szerencsét, míg végre mégis csak vidékre megy. És miért? Azt hisszük, nem esalódunk, ha ennek egyik okát abban keressük, hogy a vidéki nagyobb városokban, annak kórházaiban, betegágyakon és beteganyagon kívül még csak nagyobb orvosi könyvtár sem áll rendelkezésre, az illető fél, hogy Budapestet odahagyva, kiszakad a modern intézetek köréből, teljesen magára marad a vidéken, a hol igen sokszor továbbképzése végleg elakad.

Észre sem vettük, hogy milyen messze kalandoztunk el az ideák világában, pedig még korántsem jutottunk a francia csoport végére. Elhagyva az egyetemet, elhaladunk a francia orvoskönyvkiadók székényei előtt, és külön kis asztalkán könyvre akadunk, a mely 568 oldalon tárgyalja az orvosnők történetét. (Melanie Lepinszka: Histoire des femmes médecins depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Paris, 1900. Jaques.) Ettől nem messze van Rousselot és Phisalix kiállítása.

Rousselot abbé a Collège de France egyik laboratóriumának, a mely Marey tanszéke (La chaire d'histoire naturelle des corps organisés, suppléant François Franck) alá tartozik, az igazgatója, egyben az institut catholiquenak, a melyben a tanítás teljesen szabad, az államtól, ministeriumtól teljesen független, a professora. A laboratóriumot az experimentalis phonetica tanulmányozására létesítették 1897-ben, úgy a physiologusok mint a nyelvészek részére.

Érdekes eszközöket látunk itt a beszédrel járó mozgásoknak a tanulmányozására. Véletlenül említettük már Dastre kiállítása kapcsán, hogy a száj, azaz az egész toldalékos cső egyes részeinek mozgásában való minimális eltérés mennyire megváltoztatja a hangok színezetét. A physiologiában eddig mindig inkább azzal foglalkoztak, hogy a hangokat inkább hangtanilag analizálják, sokkal kevésbé történetek pontos vizsgálatok arra nézve, hogy a toldalékos cső különböző részeinek mozgásai mily arányban vesznek részt az egyes hangok képzésében. Mozgási differenciák graphikai ábrázolására valók az eszközök, a melyek egyetlen hang kapcsán ugyanarra a hengerre feljegyzik magának a hangnak rezgési képét, de vele egyidejűleg igyekeznek az ajak, nyelv, gége, orr stb. mozgásait is feljegyezni. Szóval ez beszéd-, hanganalízis, visszavezetve a toldalékos cső mozgásaira, a mi minden esetre igen érdekes adatokat adhat egyrészt a kiejtésbeli különbségek értelmezésére, másrészt az egyes beszédhibák magyarázatára.

Phisalix Chauveauval és Bertrand-dal végzett vizsgálatairól ad kis összeállítást. (Chauveau a „Museum d'histoire naturelle”-ben a pathologie comparée tanára, Bertrand a Pasteur-intézet mellett szomszédos épületben tartozó „Institut de chimie biologique” igazgatója. Ő a viperamérge tanulmányozásával foglalkozott. Ott látjuk kis üvegekben a tisztán előállított mérgeket, a mérgefog anatómiáját feltüntető rajzokat és táblázatot, a mely a vizsgálat menetét és eredményét foglalja össze. Analógiát keres a kigyómérge és a microba toxin között, keresve az artificialis immunitás módjait. A viperát magát saját mérge nem bántja, pedig a mérge felszívódik, hiszen a vipera vére más állatra mérgező. A vipera vértoxicitása csökken, ha a mérgegyógyító kivesszük. A vipera mérge különböző hatóanyagokat tartalmaz, az echidnovaccint, az echidnase-t és az echidnotoxint, a melyeket ki is állított. A vipera vérseruma 58 fokra melegítve mérgező hatását veszti. Keresnünk kell, miért resistens az állat saját mérgevel szemben? Arra az eredményre jut, hogy lassú successiv oltások eredményeként az állat immunná válik a mérgeggel szemben.

Kiállításában immunizált kutya-serumot is találunk. Hogy mennyire válik ez be a gyakorlatban, arra adatokat nem találunk. Végeredményben a kigyómérgezettnek a következő kezelést ajánlja. Lekötése, esmarchizása az illető végtagnak, a mérge kiszívása megfelelő eszközzel, oxydáló szerek alkalmazása, antiseptikus kötés és seruminjectio.



A „Société d'odontologie à Paris“ és az „École dentaire à Paris“ kiállításán photographiákat, táblázatokat találunk. A kitett nagy táblázatból betekintést nyerünk a francia fogászati kiképzetetről. Franciaországban csak az ízhét fogorvosi praxist, a kinek orvosi vagy chirurgien-dentiste diplomája van. Ismét azt látjuk, hogy a gyakorlati igényeknek megfelelőleg az állam módot nyújt, hogy orvosi diploma nélkül is kisebb készségű emberek, a kiknek gyakorlati kiképzetetésük kívánni valót nem hagy hátra, üzhessék az orvosi gyakorlatról teljesen különváló, sokkal egyszerűbb fogorvosi praxist. Az „École dentaire de Paris“ ezelőtt 20 évvel, 1880-ban az „Association générale des dentistes de France“ egyesület kebelében keletkezett. 1892-ben az állam elismerte működési irányának helyes voltát és ezóta ez iskola állami subventioban részesül. Hogy valaki ez iskolába felvétessék, bacheliernek kell lennie, vagy az ezt helyettesítő okmányokat kell felmutatnia. A cursus három évig tart és a kiképzés minden évben három irányban történik; tanulják ugyanis a szükséges elméleti, physikai, chemiai orvostárgyakat, másodsor a fogászati gyakorlati tárgyakat, harmadszor az iskola nagy beteganyagán a manualis részben szereznek jártasságot. Az elméleti tárgyak között tanulnak mechanikát, physikát, metallurgiát, alkalmazott chemiát, általános physiologiát, anatómiát, különös tekintettel természetesen a szájiürege és fogakra, pathologiát, pharmacologiát és bacteriologiát. Ezenkívül természetesen a megfelelő fogászati tárgyakat. Az utolsó évben az intézetben 33,000 beteg részesült kezelésben, 23,000 operatív beavatkozás történt és 185 hallgatója volt. Az intézetben fennállása óta 400,000 beteget kezeltek. A cursus befejeztével három vizsgálaton menni keresztül a hallgatók és ezzel elnyerik a diplôme d'état de chirurgien-dentiste-et. Bordeauxban hasonló iskola van, a mint már említettük. Azt hisszük, ezek nagyobb gyakorlati képzettséggel lépnek az életbe, mint nálunk azok az orvosok, a kik diplomájuk elnyerése után hat hetes fogászati cursussal gyakorlatlan kézzel ügyeskednek a patients szájában.

Pékár Mihály dr. és Heim Pál dr.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

Az agyi és gerincvelői localisatio 1899. évi irodalma.

Közlő: Donath Gyula dr. egyetemi magántanár.

(Vége.)

Anton gráci tanár három saját észlelete, valamint az idevágó irodalom alapján tanulmányozta a nagy basalis agydúcok szerepét mozgási zavaroknál és különösen choreáknál. Szerinte a központi idegrendszer minden mozgási beidegzésénél nem csak inger, hanem összehangzás és gátlás is egyaránt szükségesek. Bizonyosnak látszik, hogy a thalamus opticus és összeköttetései által mimikus és automatikus mozgások indíthatnak meg, mely impulzusok a nucleus lenticularisban és corpus striatumban átalakulást és gátlást szenvednek. Lehetővé tétetik ez az által, hogy ezen dúcokból önálló rostok erednek, melyek a thalamus opticusból az agyhoz, a corpus striatumból pedig a peripheriához futnak. A basalis dúcoknak a gerinczagyhoz menő folytatásai bilaterális összeköttetésben állanak a motoros sisakpályával, ellentétben az akaratlagos motoros pályával, mely majdnem teljesen keresztesződik. A basalis dúcok és a sisakpálya befolyása az önkénytelen testmozgásokra tehát bilaterálisan történik, azért is az automatikus és a velők rokon choreatikus mozgások egyoldali agyfolyamatok által is válthatók ki.

Probst egy saját észlelete, valamint az idevágó irodalom nyomán azon tételt állítja fel, hogy az aphasia különböző alakjainak ugyanannyi alakja a zenélési zavarnak (amusia) felel meg: van motorikus amusia, sensorikus amusia és hangjegyvakság. A zenehangsík süketsegnél a laesio a baloldali első gyr. temporálisnak mellő részében látszik székelni. A motorikus amusiát a baloldali második gyr. frontálisba localizálja, a hangjegyvakságot pedig a baloldali alsó lobus parietalisba. Ezen centrumok a megfelelő aphasiás centrumok közelében fekszenek.

Pick-nek egy kifejezetten paraphasiás betege elég jól birt olvasni és az előmondottakat ismétlni, de nem volt képes spontán beszédre, mely utóbbi egy pár mondattörödből és ugyanazon szónak gyakori ismétléséből állott.

A tárgyakat eléggé jól jelöli meg és nevezi el, helyesen tud másolni, de spontán írása igen hiányos, szabálytalan és a szavakat kihagyja. A bántalom elmegyengüléssel kezdődött, melyet ismételt aphasiás rohamok követtek. A beszéd lassú volt, szótagbotlás nélkül. Az érz és nyelv kissé reszkettek; a rohamok után mutatkozott paresis későbbben eltűnt. Az autopsiánál góczos elváltozások nem találtak, hanem csak diffus agyatrophia, mely különösen kifejezett volt a baloldali 3. gyrus frontálisban és az 1. tempor. tekeregyben.

Pick Brock-kal egyetértőleg a motorikus és sensorikus zonák laesiojában keresi a transcorticalis motorikus aphiást.

Köster egy szövekségben szenvedő balkezűnél legelőször állapította meg autopsiával a jobboldalú gyrus angularis és gyrus supramarginalis laesioját.

Laqueur és M. B. Schmidt-nek sikerült egy klinikai észleletük alapján a macula lutea centrumát az agykérgen pontosan megállapítani. Egy 60 éves, nephritisban és általános arteriosclerosisban szenvedő férfinnél hirtelen baloldali, hat hét múlva pedig jobboldali homonym hemianopsia lépett fel. Mindkét oldalt jó centralis látóélesség volt, de rendkívül

szűkült látótér mellett. Egyébként semminemű zavar nem volt, kivéve, hogy a beteg igen nehezen tudott a térben eligazodni. Az életben felállított kórimét, mely mindkét occipitalis lebenynek a fissura calcarina táján levő körülbelül symmetriás ellágyulására utalt, az autopsia megerősítette. A jobb agyféltekében ugyanis az egész fissura calcarina és annak közvetlen szomszédsága, a baloldaliban pedig a cuneus, a gyrus lingualis és fusiformis, valamint a fissura calcarina nagyobb része ellágyulási folyamat által elroncsolva voltak. Ezen lelet megerősíti a Henschen által megállapított tényt, hogy a fissura calcarina, valamint a szomszédos kéregrészek a median felületen (cuneus és gyr. lingualis részei) képezik a látóideg corticalis végződéseit. Egybevágólag pedig Sachs és Förster egy analog észleletével, ezen eset azt is mutatja, hogy a fissura calcarina feneke hátsó részének épsége mellett — mint ez jelen esetben a baloldali nézve találtatott — mindkétoldali centralis látás még fennállhat. A fissura ezen részlete tehát a macula lutea rostjainak centrumát képezi. És miután az ép kéregmező ezen esetben a bal hemisphaerában, Sachs esetében pedig a jobboldaliban találtatott, ebből az következik, hogy mindegyik occipitalis lebeny egy maculacentrumot tartalmaz, mely mindkét szemnek szolgál. L. és Sch. a jelen, valamint Sachs esetében észlelt nagymérvű csökkenését a tájékoztatási képességnek a gyrus fusiformis pusztulásának hajlandók betudni. En azonban ezt eléggé megmagyarázhatónak vélem a mindkétoldali hemianopsia és az ezáltal okozott nagymérvű látótérszűkület által.

Hogy a homloklebeny, melynek funkciójáról oly keveset tudunk, tényleg a legmagasabb pszichikai műveleteknek szolgál, bizonyítja Ventr egy fontos észlelete. Egy 15 éves fiatal paraszt egy nagysöréti puska lövést kapott homlokába. Három hónapig ágyban fektett és soha érzés- vagy mozgáskörü zavarokat nem mutatott, de jelleme megváltozott, értelmisége csökkent és emlékező tehetségét elvesztette. Az azelőtt élénk, nyílt, eszű és szülői iránt gyengéd ifjúból hallgatag, szórakozott és közönyös egyén lett; nem tudta többé zöltségét elárusítani, érdekeit gazdájával szemközt megvédeni, csak megszokott mezei és házi munkáját bírta végezni. Kilencz év múlva kezdődnek nála epilepsziás rohamok, melyekhez néha dühöngési állapotok csatlakoznak. Erőszakos lesz, végre zavart demens lesz, kinél néha izgékonyosság és muló üldöztetési téveszmék mutatkoznak. Midőn 41 éves korában internáltak, somatikus tünetek közül csak állandó mydriasiszt constataáltak.

Az autopsia a homloklebenyek nagy anyagvesztését derítette ki; mutatóujnyi tág csatorna járta azokat át felülről lefelé és jobbról balra. Különösen elroncsolva voltak jobboldalt az 1. és 2. gyrus frontalis mellő része; a csatorna elhúzódtott a corpus callosum előtt a bal lobus frontálisba és végződött a gyrus orbitalis közepén.

Ventra kiemeli, hogy ezen egyének perceptióképessége megmaradt ugyan, de a magasabb associációk, mint figyelem, reflexio, affectív érzelmek hiányoztak. Az epilepsziát, valamint a későbbi pszichikus tüneteket és decadentiát az agykéregnek a lövési sebből kiinduló további destructiójának tudja be.

Siebert egy agytumorosnál kinzó szaglási hallucinációkat észlelt, melyek későbbben engedtek. Ezek alapján a jobb gyrus hippocampi megbetegedését vette fel, és tényleg az autopsia az uncusban, gyrus hippocampiban és gyrus occipitotemporalis laterálisban gliomát mutatott ki. A szaglási centrum tehát tényleg a halántéklebeny basálisban székel.

Gangitano egy leánykának autopsiájánál a corpus quadrigeminum kis teriméjű gliomáját találta, mely életben az általános tüneteken kívül (fejfájás, pangásos papilla a látás megtartásával) csak még ingadozó járást okozott, mit az agyacsra gyakorolt nyomásnak kell tulajdonítani. Hiányoztak az ezen bántalomnál jellegzetesnek tartott hallási zavarok, úgy hogy itt localis tünetek nem észleltek. En azonban ezen klinikai észleletet hiányosnak tartom, mivel itt szemizomhüdesékről, melyek a corpus quadrigeminum laesioinál sohasem hiányoznak, nincs említés téve.

Fontos haladás történt a pupillamozgás kérgi székhelyének megállapítására vonatkozólag. A pupillamozgás corticalis centrumát illetőleg a klinikusok jobbadán tartózkodó állást foglalnak el, mert szemük előtt lebeg a pupillának az akarattól független fényreációja. En már 1890-ben<sup>1</sup> és későbbben 1892-ben<sup>2</sup> — tekintettel a dementia paralytica korai pupillatüneteire, továbbá az általam megismertetett hysteriás pupilla- és accomodatio-hüdesre, valamint a pupilla viselkedésére a különböző eszméletlenségi állapotokban — hangsúlyoztam, hogy a pupillamozgások számára kell, hogy corticalis centrumok legyenek. Utaltam egyszersmind Ferrier és François Frank állatkísérleteire, melyekben az agykéreg bizonyos részeiből sikerült ellenoldali pupillaszűkületet, illetőleg tágu- latot kiváltani. Hatalmas támasztékot nyert ezen felfogásom Piltz-nek tavál közölt alapos tanulmányaiban a pupillák úgynevezett „képzet-reflexei“-ről (Vorstellungsreflexe). Egyébiránt Bechterew már 1886-ban ismertetett meg kutyánál és macskánál pupillaszűkítő centrumot, megfelelőleg a 2. östekervény helyének, körülbelül fél távolságon a gyrus sigmoideus hátsó széle és az occipitalis lebeny vége közt. Ezeknek ingerlésére a szemtekék az ellenkező oldalra forognak, egyszersmind a pupillák szűkülnek és a szempillák kissé összeszorítottak. Ugyanezen szerző 1897-ben majmoknál corticalis pupillatágító és szűkítő centrumokat állapított meg. A fissura parieto-occipitalis externa alsó, illetőleg külső szakasza előtt van egy pupillaszűkítő centrum, melynek izgatására a pupillák erősen szűkülnek és egyszersmind a szemtekék be- és lefelé forognak. Egy másik pupillaszűkítő centrum a parietalis területen van, közvetlenül a fissura Sylvii felső, illetőleg belső vége előtt, tehát a gyrus angularisban, a honnan az egyidejű szemmozgás fel- és az ellen-

<sup>1</sup> A Hutchinson-féle ophthalmoplegia internáról. Orv. Hetilap 1890.

<sup>2</sup> Hysteriás pupilla- és accomodatio-hüdesnek hypnotikus suggestio által gyógyult esete. Ugyanott, 1892.



oldal felé történik. Mindkét pupillaszűkítő centrumnak beidegzése bilateralis, habár nem egyenlő fokú. Mindkét pupillaszűkítő centrum közepében egy-egy pupillatágító centrum is fekszik; az előbbinek ingerlésére egyszerűen szemmozgás az ellenkező oldal felé történik, míg az utóbbinak izgatásánál a szemtengelyek divergentiája, mint a távolba látásnál, áll be. *Bechterew* kutyánál a hátsó agykéregben *accommodatio centrumot* is fedezett fel. *Piltz* tavali házi nyulaknál a pupillaszűkítő centrumot a *parietalis és occipitalis lebeny határára állapította meg*. Ezen állatoknál a centrum izgatására a pupillaszűkület mindig csak az ellenkező oldalon lép fel, a mint különben is ezen állatoknál, a látóterek elkülönítése folytán, a pupillák consensualis fényreakciója is hiányzik.

Az *iris sympathicus beidegzésének gerincvelői eredetére* vonatkozólag két érdekes dolgozattal találkozunk.

*Cestan* egy 45 éves férfúnál, ki gerincoszloptörést szenvedett a 8. nyakcsigolya magasságában, a gerinczagyat teljesen szétzúzva találta a 3. dorsalis segmentum magasságában; azonkívül az alsó cervicalis gyökök laesioját a bal oldalon. A klinikai tünetek voltak: alvégtagok teljes flaccid hűdése, az in- és bőrreflexek eltűnése, az analis reflex megtartottsága, félerectio, a törzs anaesthesiája, mely a csicsbimbó fölé terjedt, égyszintű a kar és kéz belfelületének anaesthesiája, melyekből a pontos localisatio levezetett. Különösen érdekes volt itt a miosis a 7. és 8. cervicalis gyök laesioja következtében, melyeken a pupilla-dilatátorok a nyaki sympathicushoz kilépnek. Ellenben az első dorsalis gyök ép volt. A pupilla-dilatátorok tehát a gerinczagyban a 8. gyöknél mélyebben nem szállnak le. Ez *Bastian* adataival teljesen megegyezik.

Egybevág ezzel *Jakobsohn* észlelete egy 62 éves asszonynál, kinek baloldali mammarcinómája a fossa subclavicularisra és a plexus brachialisra elterjedt. Fellépett a bal kar motoros és sensibilis hűdése oedemakkal, fájdalmakkal és izomatropiákkal; ehhez csatlakoztak oculopupillaris tünetek (baloldali pupilla- és szemrésszűkület és a szemteke visszahúzóódása). A nyaki gerincvelő nagyobb mérvű elváltozásai közül kiemelendő az, mely a *Budge-féle centrum cilio-spinalis pontos localisatioját* lehetéssé tette, és ez azon különös sejtesoport degeneratioja, mely az oldalsó szarv csücskében, a nyaki és háti velő határára fekszik.

A pupilla reflectorikus fénymercségének székhelyét *Wolff* iparkodott meghatározni. Ő hűdéses elmezavar több esetében, a hol a pupilla fényreflexe hiányzott, de a patellaris reflexek rendben voltak, a nyaki gerincvelő hátsó kötegeinek elfajulását találta, mely vagy kizárólag ezen tájra szorítkozott, vagy legalább itt különösen volt kifejezve. Egy más esetben pedig, hol fordítva a pupillareflex megvolt, de a patellaris reflexek hiányzottak, az elfajulás nem szállt fel magasabbra a mellő gerincvelő közepéig. Azonban oly vizsgált esetekről is kénytelen beszámolni, melyekben ezen viszony a pupilla magatartása és a nyaki velő hátsó kötegei közt nem volt kimutatható. *Wolff* ezen ellenmondást a histológiai technika elégtelenségének hajlandó betudni. Az *Argyll-Robertson-tünetnek* ezen localisatioját a nyaki gerincvelő hátsó kötegeibe legalább is kétsésként kell mondanom, mivel a sympathicusrostok, melyekről itt szó lehetne, nem ezen kötegekben futnak le; inkább kell a laesiot az opticus-rostok és az oculomotorius-magvak közti összeköttetésekben keresni.

A mi az idegsejteknek a gerinczagyban való elrendeződését illeti, viszonyítva motoros beidegzési területükhöz a peripherián, *Marinesco* és tanítványai vizsgálatai szerint a peripher idegek, úgy, a mint a plexusokból kilépnek, nem bírnának praecis localisatioval a gerincvelő szürke anyagában. Ezekkel ellentétben *Van Gehuchten* búvárlatai alapján következőt állítja fel: azon idegsejtesoportok, melyek a cervicalis, illetőleg lumbosacralis duzzanatban a mellő szarv peripheriáján vannak, egyedül és kizárólag az illető végtag különböző részleteivel (segmentumaival) állanak viszonyban, azaz az illető sejtesoport uralma alá az illető végtagnak csak egy bizonyos részlete tartozik, bármily nagy legyen az illető izmok száma, bármint legyen azoknak functioja valamint az azokban végződő peripher-idegek; szóval *Van Gehuchten* szerint a motoros localisatio a gerinczagyban sem ideg-, sem izomszerinti, hanem segmentszerű.

*Flatau* az egyik alkar és kéz elsatnyulása esetében a gerincvelő nyaki, valamint legfelsőbb mellő részéből sorozatos metszeteket készített. *Nissl*-festés után megolvasta mindkét oldalt a mellő szarvak sejtjeinek számát. Azt találta, hogy a számbeli csökkenés az összes alsó nyaki segmentumokon mutatkozott, de különösen a 7. és 8. segmentumban. *Flatau* innervatioján ezen segmentumokban keresi az alkar és kéz motoros innervatioját.

*Thomson* különböző gerinczagyserülési eset alapján a mozgató magsejtek következő sorrendjéhez jut, alulról felfelé számítva: kis kéz-izmok, az ujjak és a hüvelykujj hosszú hajlítói és feszítői, kéztő feszítői, kéztő hajlítói. *Thomson* kiemeli, hogy ezen sorrend nem egészen azonos az ideggyökökével, melyek ezen izmokat beidegzik.

Szintén *Nissl*-festéssel tanulmányozta *Buck* egy 49 éves férfúnak keresztcsonti gerincvelőjét, ki 21 nappal a végbél resectioja után meghalt. Ő azt találta, hogy a 3. egész 5. keresztcsonti segmentumban a szürke állomány mellő szarvában úgy elül mint belül, valamint az oldalsó szarvban vannak sejtmagok a medence és a gát beidegzésére. A szürke állomány részletei a középső mag hátsó végétől és a canalis centralistól egészen az oldalsó szarvig terjednek, és az alsó végtag mozgató sejtmagvai mögött fekszenek; ezek a végbél és talán a hólyag sympathicus innervatiojára szolgálnak.

*George E. Rennie* egy 12 éves fiúnál *Friedreich-féle ataxiát* észlelt, mely csak 15 hónapig tartott. Atyja potator volt és öcséje szintén ataxiás volt. Beteg kanyarón, számarköhögésen és vörhenyen ment keresztül. A tünetek következők voltak: Olykor váltakozó rángások a corragator superiiliben, ajkakban és vállakban. Nystagmus horizontalis. Finomabb mozgások (begombolás) nehezen végezhetnek. Ingadozó, ataxiás

járás. Szemcsukásnál elesik. Patellar-, has- és epigastrium-reflexek hiányzanak. A histológiai vizsgálat kiderítette az egész hátsó oszlopoknak, valamint a hátsó gyököknél és számos hátsó gyökroknál élesen elhatárolt elfajulását; kevésbé élesen volt elhatárolva az oldalkötegek elfajulása a pyramiskereszteződés táján. Továbbá szörványos széli elfajulások különböző magasságokban és az agyacsoldalkötegek elhatárolt elfajulása a *Clarke-féle oszlopok atrophijával*.

## Könyvismertetés.

Docent Dr. R. Kolisch: *Lehrbuch der diätetischen Therapie chronischer Krankheiten für Ärzte und Studierende*. I. und II. Band 1900. Lipse és Bécs, Franz Deuticke. Ára 16 korona.

Egy év előtt jelent meg e munka első, általános része, melyet szívesen fogadtak a szakkörök és előnyösen ismertették a kritika. A mű ma teljes egészében fekszik előttünk, mert immár kikerült a nyomda alól annak törzsszöke része, a II. kötet, a diätotherapeutikus elvek és exact ismeretek gyakorlati alkalmazását tárgyaló, specialis rész. Az általános részben a diätotherapia principiumait látjuk világos modorban, könnyen érthetően ismertetve és ama nélkülözhetetlen alapfogalmakat, melyeket az az exact irány teremtett meg, melynek köszönhetjük, hogy a különben ősrégi diänetika csak a legújabb időkben vált a gyógytudomány egyik legbecesebb ágává. Nem a betegséget, de a beteget kell gyógyítani, ezt a nagy axiomát választja *Kolisch* fejtegetéseinek kiinduló pontjául, és bizonyára nines az a rationalis orvos, a ki ne adna neki igazat akkor, a mikor ő e tételt minden diätotherapia-kérdés tárgyalásánál előtérbe helyezi. Mert a diätotherapia gyakorlati és sikeres alkalmazása nem megtöltött és megengedett ételek felsorolásából, nyomtatott diäet-czédulák chablonszerű osztogatásából áll, hanem minden egyes beteg pontos és részletes előírást kíván. Egy nem kevésbé sajátos jelenség pedig, hogy éppen az utóbbi évek óta, a mely évekkel összeesik a tudományos diätotherapeutikus irodalom élénkebb fellendülése, nagyobb mennyiségben tartanak az orvosok diänetikus rendelkezéseket raktáron, mint valaha. Helyesen mondja *Kolisch*, hogy az ilyen rendelkezések legfeljebb csak az orvosnak magának használnak, de a betegnek nem. Mi ezeket nem diätotherapeutikus, hanem *gastrostrophikus* rendelkezéseknek tartjuk, melyeknek a mult századból való előhívása nem méltó ahhoz a tudományhoz, melynek szilárd basisát a legexactabb tudományok: a chemiának e században egyik leggenialisabb képviselője, *Justus v. Liebig* vetette meg. *Kolisch* munkájában — mely a tárgyról szóló előadásainak rendszerbe foglalása — nemcsak a törekvést találjuk meg minden diätotherapeutikus ténykedést lehetőleg rationalis és exact alapra fektetni, de nyilvánvaló a szerző azon igyekezete, hogy ő vezérfonalat akar adni önálló és nem chablonszerű ténykedésekhez. Szerencsésnek tartjuk a munka beosztását is. Nem lévén *Kolisch* műve gyűjtőmunka, nem róhatjuk fel hátrányul, hogy a tárgy irodalmának ismertetésével mostohán bánik el, és hogy nem szófukar oly kérdések tárgyalásánál, a melyekkel ő maga foglalkozott bővebben. Így az I. rész II. fejezetében (a különböző tápanyagok jelentősége a táplálkozásban) a szerző régi kedvencz témáját: a nucleinok és a nucleoproteidok szerepét a táplálkozásban látjuk bőven és világosan tárgyalva. Az általános rész II. nagy fejezete az animalis és vegetabilis (természetes és mesterséges) tápszereknek részletes tárgyalása.

Két, terjedelemre nézve nem jelentékeny, de becses fejezet zárja be a mű első kötetét: „Technik der quantitativen Kostordnung“ című fejezetben a quantitativ indicatio — és kétségtelenül ez viszi ma a főszerepet a diätotherapiában — gyakorlati kivitelét ismerteti. Nagy gyakorlati érzékkel van e néhány sor megírva és ebben a tekintetben elég gyakran tapasztalható túlhajtásoktól, sőt abszurditásoktól óvó practikus tanácsaiért szerző bizton számíthat olvasói elismerésére. Az I. kötet utolsó fejezete az alkoholkérdésnek van szentelve és itt *Kolisch* nemcsak mint erőlyes antialkoholista ismerjük meg, de becsülni tanuljuk azt az egészséges humort is, melylyel e kérdést tárgyalja. Arra az egyedüli helyes álláspontra helyezkedik, hogy az alkohol nem tekinthető organikus tápszer gyanánt, mert hiányzik a valódi tápszerek legfontosabb tulajdonsága: az organizálhatóság, azaz a képesség: alkotórészévé lenni az élő protoplasmának.

Méltó befejezését képezi e műnek a most megjelent II. kötet. Két nagy részre oszlik a specialis rész. Az I. az organikus elváltozások által feltételezett táplálkozási zavarokat foglalja össze négy fejezetben. Az I. fejezet a gyomor- és bélbetegségeknek van szentelve, a II. a májbetegedéseknek diänetikus kezelését tárgyalja. A III. a hasnyálmirigy, a IV. a vesebetegségek és albuminuria gyógykezelésével foglalkozik. Az V. fejezetben az anyagcserebetegségek vannak csoportosítva. Ha meggondoljuk, hogy a gyógytudomány ezen modern ágában hány oly nyílt, épen séggel nem alárendelt jelentőségű kérdéssel találkozunk, melyeknél a legexactabb kutatási eszközök felhasználásával megalkotott vélemények állanak egymással merőben szemben, úgy nem lehet csodálkoznunk azon, ha *Kolisch*nak sem sikerül mindenütt a tankönyvirótól megkiváuható szigorú objectivitással uralni tárgyát. Azzal a nézetrel pl., hogy hyperaciditásnál az égvényes sós vizek használata nem ajánlatos, míg ellenben ugyanazon ásványvizet szerző szívesen itatja achylia gastricanál, a gyomor ezen egyik legsúlyosabb functionalis zavaránál, mely az esetek túlnyomó többségében súlyos organikus elváltozások secundær a gyomor mirigyes elemeinek atrophijája által feltételezett következménye — *Kolisch* kétségen kívül teljesen isoláltan fog állani.

A kitűnő orosz physiologusnak, *Pawlow*-nak vizsgálataiból, melyek a további kutatásoknak az emésztési szervek pathológiájában sok tekintetben új irányt adtak, tudjuk, hogy a milyen szigorú proportionalis



viszony van a felvett tápanyagok mennyisége és az elválasztott gyomornedv reactiva quantuma között, éppen olyan különböző mértékben befolyásoltatik a különböző tápanyagok által a sósavválasztás. Ezen tény felől úgy látszik *Kolisch* még nem vehetett tudomást, mert azon feltevésnek ad kifejezést, hogy a sósavválasztás megindítása valamennyi tápszer által meglehetősen egyformán (in ziemlich gleicher Weise) befolyásoltatik, a különbség csak az, hogy az egyiknél korábban, a másiknál később lép fel a maximum. Ez alól — szerinte — csak a cukor képez kivételt, melynek vételére a sósav kisebb mennyiségben lesz elválasztva. Ez ismét referens azon vizsgálataival áll ellentétben, melyek a mellett szólanak, hogy hyperaciditásnál a cukor-oldatok a kalmazását azok sósavkötő-képessége és az a körülmény indokolja, hogy azok egy nemét a gyomorbennék felhígulásának eredményezik. *Kolisch* még mindig nagy barátja az egy időben nagy népszerűségnek örvendő *Dr. n. Kaupstilla*-nak hyperaciditás ellen; a salivató fokozásával célozza a gyomornedvet neutralizálni. Ezt a nézetét sem oszthatjuk, mert ugyancsak *Pawlow* kitűnő vizsgálataiból tanultuk meg, hogy magok a rágómozgások a sósav-elválasztás megindításában jelentékeny szerepet visznek, sőt ennek következtében egyesek ma már a gyomorsecretio vizsgálatára nem próbaevést végeztenek, hanem a *Kolisch* által ajánlott aromatikusan gyökereket rágtatják és néhány percnyi rágás után exprimálják az éppen a rágó mozgások következtében elválasztásra került gyomornedvet.

A rendelkezésünkre álló tér nem engedi meg, hogy az összes fejezetek részletes ismertetésére kiterjeszkedjünk, pedig egyes részletek megérdemelnék a különös méltatást.

A máj- és a vesebetegségek tárgyalása kiemelkedő pontját képezi a műnek és megérdemli a legteljesebb elismerést. Ugyanezt állíthatjuk azokról, a miket *Kolisch* az elzsírosodásról, diabetséről, vándorveséről s húgysavas diathesisről ír. Ha a *Boucharlat*-féle jelszónak: „mangez le moins possible“ hangoztatását a diabetses terápiájában nem is tartjuk szerencsésnek, mert még a *Mering*, *Weintraud*-féle vizsgálatokban (a diabetsikus szervezet kevesebb calóriájú táplálkozással képes a kiadásait fedezni mint az ép organismus) sem látjuk ezen excentrikus álláspont támogatását, el kell ismernünk, hogy *Kolisch*-nak sikerült a mai diabetses terápiát igen ügyesen ismertetni.

Mi kívánjuk, hogy minél előbb legyen meg az alkalma *Kolisch*-nak a II. kiadásban pótolni műve kisebb fogyatkozásait. A csinos kiállítású munkát szívesen ajánlom kartársaim figyelmébe.

Áldor Lajos dr.

## Lapszemle.

### Gyógyszertan.

**Yohimbin (Spiegel), egy új aphrodisiacum.** Nyugat-Afrika egyes benszült törzsei között már régóta használják a nemi ösztön fokozására a yohimbe- vagy yumbheo-fa kérgének főzetét. A berlini egyetem gyógyszerintézetében beható vizsgálatnak vetették alá a yohimbe-kérgét és *Spiegel*-nek, a ki a vizsgálatok kémiai részét végezte, sikerült a hatóanyagot egy alkaloid alakjában előállítani, melyet yohimbinnek nevezett el. A yohimbin hígított alkoholból szép fehér, selymfényű tűk alakjában kristályosodik ki, melyek alkoholban, aetherben, chloroformban könnyen oldódnak, vízben pedig csaknem oldhatatlanok. Sói közül eddig ismeretes chlorhydratja, nitratja, phosphatja és jodhydratja. A physiologiai vizsgálatokat illetően, melyeket yohimbinnel *Oberwarth* (Virchow's Archiv, 153. kötet) a berlini egyetem gyógyszerintézetében végzett, e helyütt nem terjeszkedhetünk ki és csak *Löwy* (Berliner klinische Wochenschrift, 1900. 37. sz.) vizsgálatait említhetjük, mint a melyek kimutatták, hogy a yohimbin, kellő adagban használva, minden káros következmény nélkül vérbőséget idéz elő a kísérleti állatok nemi szerveiben és főleg kutyánál erős erectio áll elő. Embereknél *Mendel* (Therapie der Gegenwart, 1900. július) végzett nagyobb számú kísérletet. Tabes vagy más organikus betegség okozta impotenciánál természetesen hatástalan volt a yohimbin; jó eredmények mutatkoztak azonban akkor, ha paralytikus impotentia volt jelen. A hatás rövidebb-hosszabb idő, néha csak hetek múlva mutatkozik; kellemetlen hatás sohasem észleltetett. Rendesen a sósavas yohimbin 1%-os oldatából adott háromszor naponként 5–10 cseppet; minthogy a sósavas yohimbin hideg vízben nagyon nehezen oldódik, az oldat melegítéssel készítendő. *Löwy* szerint az oldat állásközből hatásában gyengül s ezért a *Güstrow*-féle vegyészeti gyár yohimbin-tablettákat hozott forgalomba; minden tableta 5 milligramm sósavas yohimbint tartalmaz, a mi megfelel a fenti oldat 10 cseppjének.

### Belgyógyászat.

**A vándormájáról és annak klinikai jelentőségéről** ír *Einhorn*. 804 beteget vizsgált a máj helyzetére vonatkozólag s azt találta, hogy 30 esetben, tehát 37%-ban volt jelen vándormáj. Ezek között 21 asszony és 9 férfi volt. A vándormáj gyakran képezi részjelenséget általános enteroptosisnak s a 21 általa észlelt asszony közül 10-nél vándorvese is volt jelen, köztük háromnál kétoldali vándorvese. Tünetileg a vándormáj-eseteket 5 csoportba osztja: 1. symptoma nélküliek; 2. dyspeptikusok; 3. hepatitisek, a jobb bordaív alatt székelő és kisugárzó fájdalmakkal; 4. májkólikások, rohamokban fellépő, az epekökólikához hasonló fájdalmakkal és 5. asthmások, nehézlégzéssel. Legfontosabb a differential-diagnózis főleg az epekökólikával és gyomordagánattal szemben. Gyógyítása hasonló az enteroptosis és vándorvese gyógyításához. Haskötő, a szervezet erősítése általános massage-zsal, hydrotherapiával stb., és táplálkozás. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Therapie. 4. k., 2. f.) —nt.

**Az epityphlitisnek néhány rendellenes esetéről** számol be *Barcker*, ki ugyan azt hiszi, hogy a sebészek zöme jelenleg túlkorán operál, ki azonban éppen ezen esetek kapcsán a hosszú várakozásnak esetleges kárát akarja demonstrálni. A két első esetben az epityphlitis subphrenikus tályog keletkezéséhez vezetett, az egyik esetben a geny a diaphragmán keresztül a bronchusokba tört át. Mindkét eset operatio után gyógyulással végződött. Egy harmadik esetben a túlságosan sokáig magára hagyott perityphlitikus tályog a vastagbélbe tört át, úgy hogy a végre mégis operatiohoz került betegnél az incisio után anus praeternaturalis maradt hátra, mely ellen kétszer alkalmazták a coloenterostomiát. A negyedik esetben néhány héttel az epityphlitis roham után a processus vermiformis perforáltnak találta, a caecummal és a környező vékonybélkacsokkal, melyek egyike szintén perforálva volt, lazán össze volt növe és az összenövésekben egy körülbelül babnyi koprolith foglalt helyet, genynek nyoma nélkül. Ez esetben az operatio szerző szerint életmentő volt, mert csak igen vékony összenövések választották el a bélsárkövet a szabad hasüregtől. Egy ötödik esetben egyszerű abscessus-nyitás után, teljes gyógyulás közepette, a béléobstructio tünetei léptek fel, melyet a régi betegségi gócz körül székelő kötőszöveti összenövések okoztak. (British med. Journ. 1900. július 7.)

Benedict dr.

**A Korsakoff-féle psychosis viszonyát a polioencephalitis acuta haemorrhagica superiorhoz** teszi tanulmány tárgyává *Elsholz*. A *Korsakoff* által polyneuritis alcoholicánál leírt psychosis különböző alakban nyilvánulhat. A könnyű alakja ingerlékenységben, kedélyi lehangoltságban, álmatlanságban, kényszerképzetekben nyilvánul, míg a súlyosabb alaknál zavarodott izgatottsági állapot, deliriumok, hallucinatioi vannak jelen; ezen heveny kóralak vagy meggyógyul, vagy idővel lesz és ekkor stuporba vagy apathiás zavarodottságba megy át. E mellett a polyneuritis ismert tüneteit mindig megtaláljuk. *Korsakoff* cerebropathia psychica toxaeica-nak nevezte el az említett tünetesoprotot, a mely elnevezés eléggé találatlan megfelel e psychosis úgy pathologiai, mint tüneti lényegének. Azonban jelen volt az imént leírt psychosis nemcsak alkoholos polyneuritis kapcsán, hanem a *Wernicke* által először leírt polioenceph. ac. haemorrh. sup. kórképpel is nem egyszer kombinálódott, a min azt szerző az irodalomban található feljegyzésekből egész világosan kimutatja főképp az alkoholos eredetű polioencephalitis esetekre vonatkozólag, a miből ezen utóbbiakra nézve arra a következtetésre jut, hogy megvan bennük a hajlandóság, hogy az ú. n. polyneuritis psychosissal szövődjenek, ha csak az exitus a psychosis kifejlődését meg nem előzi. A polyneuritis psychosis lényegét a vér toxaeimájában találja, a mely autointoxicatio vagy a fertőzés okozó toxinok által van feltételezve. Szigorúan elkülönítendőnek tartja a delirium tremens-től, a melytől tényleg sikerül különválasztani úgy a fejidegek részéről okozott tünetek gyakorisága révén, mint minden valószínűség szerint az által is, hogy a toxemia egy teljesen különböző neme okozza, mint akár delirium tremens, akár egyéb autointoxicatio által létrejött psychosiseket. (Wiener klin. Wochenschr. 1900. 15. sz.)

Hönig Izso dr.

**Az elzsírosodás diatés és hydrotherapiás kezeléséről** értekezik *Strasser*. A diatés kezelésre vonatkozólag főképp a *Banting*- és az *Oertel-Schweninger*-féle kúrára terjeszkedik ki. Elitélvén az egyoldalú étrendet, kifejti a fehérjetúltáplálás hátrányait. A *Banting*-féle kúra különben sem képes a szervi fehérjét kellően megkimélni; és a *Schweninger*-féle kúrára vonatkozólag is bebizonyítja előírásainak tarthatatlanságát és hiányos megokolását; az *Oertel*-kúra a gyengült szív erejének mechanikus tényezőire támaszkodik és a hydraemias eseteinél csökkent szíverő mellett jól alkalmazható. Különböz *Winternitz* már régen hangoztatta saját és mások tapasztalata alapján, hogy bő vizívás is testsúlyfogyást eredményezhet. A vegetabilis vagy legalább a növényi tápanyagok bőséges alkalmazásba vételének *Strasser* nagy barátja, de e mellett zsírt és szénhidratokat is ajánl az étrendbe belevenni, sőt néha még fölös mennyiségben is és inkább egyéb eljárásokkal, a melyek közé a hydrotherapia is tartozik, igyekezzünk a szervezet képességét a zsírfelhasználást illetően emelni. A hydrotherapia, mint általában a physikai methodusok a legalkalmasabbak és legfontosabbak az elzsírosodás kezelésében. Részletesen kifejti ennek élettanilag megokolt voltát és az elzsírosodás hydrotherapiájának methodikáját: így az erőlyes melegelevonásokat, az izzasztó procedurákat és a villamos izzasztó fürdőket, melyeknek specifikus hatását épséggel nem látja igazoltnak, habár technikailag igen jól értékesíthetők. A villamos fényfürdők ama előnye, hogy a szívet jobban kimélik, mint egyéb izzasztó fürdők, csak akkor áll fenn, ha a hőmérséklet 50° C. fölé nem megyünk és azok alkalmazásának technikáját tökéletesen birjuk. (Wien. med. Wochenschr. 1900. 18. sz.)

Hönig Izso dr.

**Aortaaneurysma kezelése gelatinának bőr alá fecskendése** által. *Kalenderu* bukaresti tanár egy betegéről, a ki malarián és syphilisen ment keresztül és három év óta a függőértágulat kétségtelen jeleit mutatta, megkísérelte a gelatinának bőr alá fecskendését, miután a foganatosított antilueses gyógykezelés (5 × 0.10 calomel-injectio és jodkali emelkedő dosisban) mitsem használt, sőt a beteg panaszai még fokozódtak. A beteg, ki a gyógyulás minden reményét már elvesztette, öt gelatin-injectioután jól érezte magát, úgy hogy a kórodát elhagyhatta; az aneurysma zsákja kimutathatóan zsugorodott és obliterálódott; subiectiv panaszai mind elmúltak. Az injectioikat heti időközökben kapta. A gelatin-injectioi technikája igen egyszerű és mindenki által könnyen kivihető: Physiologikus (7%) konyhasó-oldatban 1–2% tiszta gelatinát feloldunk és ezt akként sterilizáljuk, hogy belőle 200 cm<sup>3</sup>-t üveglombikban 120° mellett forralunk. Befecskendésre egy kézi fecskendőt vagy a konyhasó-infusiók céljára szolgáló eszközt használjuk; ezzel hetenként egyszer 100–200 cm<sup>3</sup>-t a glutealis tájakra fecskendünk; a befecskendés



lassan történjék ( $\frac{1}{4}$  órán belül), és ezen idő alatt a folyadékállandóan körülbelül  $38^{\circ}$  C. körüli hőmérséklet mellett tartassék. Maga az injectio ugyan nem fájdalmas, azonban 2—3 órával később rendszerint csekély láz és fájdalommal lép fel; ez utóbbi ellen igen jó szolgálatot tesznek Priessnitz-borogatások; ha esetleg általános reactio állana be, úgy chinin vagy antipyrin adható, azonban a netalán fellépett láz másnapra magától is el szokott mulni és a helybeli reactio is a következő napon eltűnik. (Klinisch-therapeut. Wochenschr. 1900. 4. sz.) *Hönig Izsó dr.*

A hasi hagymáz kapcsán fellépő meteorismusról és annak kezeléséről ír *Tschernow* kiewi tanár. A meteorismus két okból jöhet létre: 1. fokozott gázképződés folytán a belekben; 2. a bél falának atoniája és paresise folytán, a mely a bél neuromotoriás készülékének a rendellenes erjedések okozta helybeli intoxicatioja által jön létre. A bélben való erjedéses folyamatnak a hasi hagymáznál bőven van alkalma fokozódni már a *Payer*-féle plaque-ok és egyáltalában az egész bélnyálkahártya gyuladása folytán is; másrészt létrejöhet meteorismus typhusnál még más úton is, t. i. a bél gyuladással járó folyamatának tovaterjedése és a bél falának mélyebb bántalmazottsága olykor körülírt peritonitishez vezet és ez is gyakran együtt jár meteorismussal. Ebből kivüláglik, hogy a kiváltó ok szerint más és más lesz a gyógyeljárás. Az erjedési folyamatok bédésinficiensekkel (calomel, benzonaphthol, bism. salicyl., stb.) meggátolhatók; ha pedig már atonia vagy paresis van jelen a belek részéről, úgy klysmák lesznek a legalkalmasabbak. Azonban sokkal inkább, mint bármely más eljárással sikerül úgy a fenyegető meteorismust távol tartani, mint a már kifejlődött meteorismust visszafejleszteni nagy hidegnek lokális alkalmazása által, mert ez által képesek vagyunk a bél és a hashártya gyuladását korlátozni és egyúttal az erjedéses folyamatot a bélben megszüntetni és így a meteorismusképződésnek mindkét okát egy csapással eltávolítani. (Klin.-therap. Wochenschr. 1900. 15—16. sz.) *Hönig Izsó dr.*

A húgyhengeres klinikai jelentőségét illetőleg *Kobler* következő következtetésekre jut: Számos hyalin, söt szemeses henger is nagy számban előfordulhat a vizeletben, a nélkül, hogy a veseelemek részéről irreparabilis elváltozások volnának jelen. Ennek gyakorlati haszna a prognózis felállításában fog leginkább érvényesülni. A differentialis kórjelést illetőleg a fájdalommal járó makacs székrekedések számbavétele bir nagy fontossággal, a mint azt néhány esetben tapasztalnia alkalma volt, a mi annál meglepőbb, mert eddig *Stiller*, *Fischl*, *Singer* és mások nyomán tudjuk, hogy éppen az ellenkező tünetesportnál, t. i. profus diarrhoeák esetén szintén találhatunk hasonló képleteket a vizelet üledékében. Szerző az obstipatiók esetén jelentkező hengerek képződésének okát az ugyanakkor jelenlévő fájdalmas kólikában véli feltalálhatni és az összefüggést úgy értelmezi, hogy a nagy fájdalom reflektorikusan a vesedények göresét váltja ki, a minek következménye aztán a vesehám hiányos táplálása. Ezen átmeneti táplálkozási zavar okoz átmenetileg hengerkiválasztást, illetve némely esetben fehérjevizelést is. Elméletileg eme észleletek arról tesznek érdekes tanúságot, hogy minő szoros kölcsönös viszonyban állanak egymással az egyes hasi szervek és hogy minő messzemenő változásokat idézhetnek elő még átmeneti jellegű bélesatorna-zavarok is a húgyüledék göresői képeiben. (Wien. med. Wochenschr. 1900. 14. sz.) *Hönig Izsó dr.*

### Sebészet.

Appendicitis után fellépő subphrenikus tályogok casuisticájához címén ír *Weber* 9 eset kapcsán, melyeket Sonnenburg berlini sebészeti osztályán észlelt. Szerinte e tályogok létrejövésénél fontos a főregnyújtvány felfelé csapott elhelyezkedése, a melytől 6 esetben ki is mutatható. Az appendix ily elhelyezkedésénél ugyanis a főregnyújtvány csúsa és a körülötte képződő tályog közvetlen közelébe jut a máj alsó felszínének, a honnét a kórtokozó csírok vagy directe jutnak a máj domborulatára, vagy kimutatható az útjuk azon összenövés mentén, melyek a colon ascendens, flexura colica dextra és máj között ilyen esetekben létre jönnek. Kimutatható tehát minden ilyen esetben a direct összeköttetés a főregnyújtvány körüli és rekesz alatti tályogok között. Mindazon esetekben, midőn a főregnyújtvány és így a körülötte fejlődő tályog is intraperitonealis, a hashártyán belül képződik a rekesz alatti tályog is. Ha azonban a főregnyújtvány retroperitonealis fekszik, vagy legalább erős összenövésben van a hátulsó hasfallal, úgy az appendix körüli tályog is retroperitonealiter fekszik s ilyenkor a subphrenikus tályog is a hashártyán kívüli helyzetet foglalja el, melyre nézve jellemző, hogy nem terjed annyira előre, mint az intraperitonealis és csak olyan jelentősége van, mint egy magasra felterjedő gnyedésnek.

A subphrenikus tályogok leggyakrabbi complicatioja, a jobb oldali genyes pleuritis rendszeren a rekesz átfúródása következtében áll elő, a mely perforatio a rekesz kúp legmagasabb pontján szokott bekövetkezni. Vannak azonban esetek, midőn átfúródás ki nem mutatható.

A mi a subphrenikus tályogok tüneteit illeti, jellemző, hogy míg kezdetben az appendicitis tünetei dominálnak, különböző idő múlva a jobb mellkasfelben, a hypochondriumban fájdalmak lépnek fel. A láz az appendicitis esetleges műtéti kezelése daczára is remittáló alakban folytatódik magas esti hőemelkedésekkel. Extrapertonealis tályogoknál fontos jel ezek mellett a lumbalis tájon fellépő collateralis oedema. Az empyema fellépésekor magának a tüdőnek alsó részleteiben nem mutatható ki semmi pathologikus. Fontos végre a próbapunctio megnevezése.

Az abscessus műtéti beavatkozást igényel, a mi vagy incisioiban, vagy bordaresectioiban áll; szabad utat nyitunk a gnynek, melynek lefolyásáról az utókezelés alatt is gondoskodunk. A műtétnél pyopneumo-

thorax előidézése alig kerülhető ki. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 54. kötet, 5. és 6. füzet.) *Pesthy István dr.*

Kóroktani és kísérleti adatok az osteomyelitis chronicához. *Wildbolz* Kocher klinikájának öt chronikus osteomyelitis esetében experimentalis úton kimutatta, hogy a chronikus osteomyelitis kórokozója ugyanaz, mint az acuté, a staphylococcus pyogenes; csak hogy a chronicusnál a staphylococcus virulentiája sokkal kisebb. Kísérleteinél a felnyitott osteomyelitis góczokból bouillencultúrákat készített, melyeket egyenletesre felzavarva nyulaknak olt be introvenosusan. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 54. kötet, 5. és 6. füzet.) *Pesthy István dr.*

Az emésztőszervek actinomycosisáról ír *Herz*. Leggyakoribb belépési helye a bántalmat okozó gombának a testbe az emésztőcső. A gomba a szájjában, cariosus fogban, tonsillák kryptáiban tenyészik; tényleg legtöbb betegnek cariosus foga volt. A bántalom emberről emberre nem ragad. Gyakran találtak gabonaszemeseket a csomókban; felteszik, hogy ezek a gombacsírok hordozói; tény, hogy a legtöbb ilyen beteg földműves. A gabonaszemeneken eddig nem találtak meg a gombát, de mesterségesen sikerült rajtuk tenyészteni. Az emésztőcső nyálkahártyájának kis sérülésein hatol be a gomba a testbe, hogy ott coloniát képezzen. A gombacolonias a külbőr felé törekszik, útjában a szöveteket ellágyítja, a környező szövetekben kötőszövetképződés indul meg, sokszor üregek képződnek sarjadzó tömeggel vagy genynyel kitöltve, legtöbbször azonban a kötőszövetképződés annyira túlnyomó, hogy tumorok képződnek. A gombák a bőrig érve azt elpusztítják s a coloniák részleteként kitolatlak, így spontán gyógyulás is lehetséges. Az ajkon a daganatalak a leggyakoribb, összetéveszthető carcinomával, csak hogy itt mirigyeket nem találunk. Az alsó állkapocs proc. alveolaris gyakran van megtámadva, ritka a centralis állactinomycosis, mely hasonlít a myelogen sarcomához; gyakoribb a periostitis alveolaris képeben lefolyó alak, végre harmadik alakja a pyorrhoea alveolaris (gnyedés a foghús szélén és stomatitis). Nyelven a folyamat daganathoz hasonló, a nyálkahártya alatt kemény, élesen határolt, sárgásan áttűnő csomó van jelen. A torokban a garat mögötti tályog néha actinomycotikus eredetű. A fejre-nyakra a folyamat rendszeren a szájból terjed, az agyalapra, orra, füle, szemüregbe, mediastinumba, gerincoszlopba, vérbe, nyirkutakba nem terjed, a hol duzzadt mirigyek vannak, ott másodlagos fertőzés van jelen. A kórisme a váladék szövetszerkezetében lévő gombák kimutatásán alapul. A klinikai kép a folyamat vándorlása által igen jellemző. A folyamat a hasüregben, a gyomorban és a belekben minden részén előfordul, innen vándorol át más szervekre; legtöbbször a bélből indul ki, de sokszor a mellüregből, urogenital-készülékekről, vérről terjed ide. Hasmenéssel vagy székrekedéssel kezdődik a kórkép, fájdalmak vannak jelen, nem élesen határolt, csakhamar kissé fájdalmas, csekély mozgathatóságú, kemény daganat képződik, melynek nagysága a mogyoronagyságtól egész a hasfal-infiltratioig változik. A hashártya adhaesiv gyuladása következménye az infectionnak, összenövésnek a legkülönbözőbb szervek, összesen maga a tumor a hasfallal s belső a hasfalba. A tumor szövete csakhamar szétesik, gnyedés indul meg, mely csatornaszerűen töri át a bőrt. A sipolyváladék savós, gnyes, véres, sokszor bűzös, különösen akkor, ha az közvetve vagy közvetlenül béllumennel összefügg. Mint általános tünetek vannak jelen: láz, lesóványodás, amyloid degeneratio, lépduzzanat. A hasi actinomycosis utánoszthatja a legkülönbözőbb gyuladással járó folyamatokat s daganatokat, különösen a perityphlitisval való összetévesztés gyakori. Kórjóslat nem jó a hasüri folyamatnál, metastasis a tüdőben, amyloid-elfajulás, elgyengülés siettetik a halált. Therapia a radicalis műtét, a hol lehetséges; nagy kiterjedés mellett meg kell elégedni a bemetszéssel, hogy a szét-esett szöveteknek jó lefolyást biztosítsunk. Az incisiót követi a szét-esett szövetek kikaparása, drainage, összekötve a fistula-menetek átmetésével. Ajánlottak  $\frac{1}{4}\%$  sublimat-befecskendést is a folyamat eloszlására; meleg borogatást, higanykenőcsöt a daganat felpuhítására. Jodkaliumra, valamint arsenre is sokszor kisebbedik a daganat. (Centralblatt für Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie. III. kötet, 14., 15., 16. füzet.) *Glücksthal Andor dr.*

A májzsugorodás sebészi kezeléséről ír *Friedmann*. A műtét célja egy mesterséges collateralis vérkeringés létrehozatala, miáltal lehetségessé válik a vena portaeban lévő pangás compensálása és ez által az ascites megszüntetése. Eiselberg-Neumann-féle módszer szerint kis metszést ejtünk a köldök felett, a sebszélekhez fekvő omentumot megkaparjuk a sebszélek irányában és odavarrjuk a hasfalhoz. Maga a műtét veszélytelen aseptikus cautelák mellett; indicálva van legkésőbb a második hascsapolás után, midőn még van ép májsejt s még van elég idő arra, hogy az összenövésben elég collateralis pálya képződhessen. Az icterus ellenjavaslatot képez. Az irodalomból közölt számos esetben javulás állott be a műtét után, oly esetben tehát, a midőn a májcirrhosis jodkezelésre, hascsapolásra nem javul, a szerző ajánlja a műtét kezelését. (Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie. III. kötet 15. füzet.) *Glücksthal Andor dr.*

### Bőr- és bujakórtan.

A pemphigus histológiáját tárgyalja *Kreibich* 14 esetből 70 excidált hólyag alapján. Vizsgálatainál meggyőződött, hogy a hólyagképződés a pemphigusnál mindig lobos bőrrőn képződik s már a hólyagképződést megelőzőleg jelen van a hyperaemia, lobos oedema és kis-sejtű beszűrődés. Az eosinophil-sejteket K. jelentősenélkülíeknek tartja. Kétféle hólyagtípust talált: az egyik typus az egész epidermis elemelő-dése által származik, míg a másik magában az epidermisben támad. A hólyagok tartalmának ép bőrrészekre való maceráló hatását, melyet



Kromayer és Luithlen hangsúlyoznak, K. nem erősítheti meg. A pemphigus foliaceusra jellemző a bőr véredényeinek nagyfokú tágulása úgy a felületes, mint a mélyebb rétegekben, a nyirokedények tágulása és serosus tartalma, a cutis szövetének oedemát duzzanata. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899. 50 k.)  
Poór F. dr.

**Skleroderma gyógyítására** natrium arsenicosum 10%-os neutralizált oldatával tett kísérletet Lindemann. Az eredménnyel teljesen meg volt elégedve, a mennyiben a plaque-ok hegszerű szövetté változtak át s definitive gyógyultak. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 66 k.)  
Poór F. dr.

**A kakodylsavnak használatáról a dermatológiában** értekezett Danlos, ki 1896 óta alkalmazza azt psoriasis, acné, lichen r. planus, lupus eryth., tuberculosis propria cutis, Duhring-féle megbetegedés, tuberculosus adeniák, sarcomatosis cutis és mykosis fungoides eseteinél. Az átlagos adag férfiaknál 40–60 cgm., nőknél 30–40 cgm. p. d. volt belsőleg alkalmazva. Sokkal hatásosabbnak találta a kakodylsavnak bőr alá fecskendezését, midőn a 40 cgm.-nyi adagot sohasem haladta meg. Tapasztalatai alapján a kakodylsav a következő előnyökkel bír más arsenes készítmények fölött: nagyobb hatás sokkal kevesebb toxicitással, a mi lehetségesse teszi a nagyobb adagok alkalmazását; majdnem teljesen fájdalommentes subcutan alkalmazásakor. Hátránya a beteg kellemetlen, csak lassan csökkenő bűzös, foghagyma szagához hasonló lehelete, a székletét penitrens szaga, kólikák gyakori fellépése, dermatitis exfoliativa fellépése és végre a toxikus neuritis lehetősége. A psoriasisnál a kakodylsav sem menti meg a beteget a recidivától. (A budapesti egyet. bőrklinikán, daczára a kakodylsav igen kiterjedt alkalmazásának, nem tapasztaltunk eddig sem dermatitis exfoliativát, sem kólikákat, s a betegek leheletük bűze miatt sem panaszkodtak. Ref.) (La presse médicale. 1899. 50. sz.)  
Poór Ferencz dr.

#### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Inoperabilis méhrák** eseteiben a fájdalmak csökkentésére nagyon jól használható Witthauer szerint az aspirin. Ujabban Weil megerősíti ezen tapasztalatokat. Más rákokuál, például emlőrákokuál nem olyan kifejezett a hatás, noha szintén kimutatható. (Therap. Monatshefte, 1900. november.)

**Tüdővészések vérköpeése** ellen Hecht jó eredménnyel használja a chinint, mint a mely a haemophilia kezelésében jelentős szerepet játszik. Részint a Huchard ajánlotta labdacsokat rendeli: Rp. Ergotini, Chinini sulfurici aa 20; Pulv. fol. digitalis, Extr. hyoscyami aa 0.20. M. f. pil. No. 20. Naponként 5–10 labdacso; részint pedig az Eklund ajánlotta összeállítást használja: Rp. Chinini sulfurici 40; Ergotini 20. M. f. pil. No. 40. Naponként 3–4-szer 2–2 labdacso. Az előbbieket főleg pangásos vérzéseknél, az utóbbiak pedig diapedesis útján keletkező hosszas vérzéseknél ajánlatosak. (Therap. Monatshefte, 1900. okt.)

**Helyi érzéstelenítésre** Benson eucain B-befecskendezéseket használ. Az eucain használata azért előnyösebb a cocainénál, mert az eucain-oldatokat a forralás nem változtatja meg s így sterilizálhatók, másrészt az eucain sokkal kevésbé mérgező, mint a cocain. 120 esetben használta szerző e szert és egy esetben sem jelentkeztek kellemetlen mellékhatások, noha néha 40%-os oldatból 15 köbcentimétert is fecskendezett be. Lobos szövetek érzéstelenítésére a chloraethylspray-t használja. (The Hahemannian Monthly, 1900. július. Ref. Therap. Monatshefte, 1900. október.)

#### Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. december 6.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 47-dik hetében (1900. november 18-dikétől november 24-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 486 gyermek, elhalt 262 egyén, a születések tehát 224-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 36.9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 19.9, az egy éven felüli lakosságnál: 16.7, az öt éven felüli lakosságnál: 15.0. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, angina diphtheritica 2, pertussis 2, morbilli 0, scarlatina 6, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 4, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 15, apoplexia 8, eclampsia 5, szervi szívbaj 15, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 43, tuberculosis pulmonum et phthisis 39, diarrhoea et enteritis 12, gastro-enteritis —, rák és egyéb újképletek 17, ezek közül méhrák 3, morbus Brightii et nephritis 9, rachitis 0, scrophulosis 0, veseszületett gyengeség és alkathiba 9, atrophia et inanitia 1, marasmus senilis 11, erőszakos haláleset 11 ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 7, baleset 2, kétséges 3 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2680 beteg, szaporodás e héten 849, csökkenés 763, maradt e hét végén 2766 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi november 19-dikétől november 25-éig terjedő 47. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 47 (54), diphtheria, croup 18 (18), hagymáz (typhus) 17 (5), kanyaró (morbilli) 208 (168), trachoma 5 (12), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis)

19 (36), orbáncz (erysipelas) 38 (24), gyermekágyi láz (febr. puerp.) — (2), ezenfelül varicella 75 (82).

△ **Pertik Ottó** tanár f. hó 1-jén adta elő a budapesti kir. orvos-egyesületnek az élettani intézet előadó termében tartott ülésén a *Glasgow-i pestisre vonatkozó személyes tanulmányait* kórboneztani és kórszövettani készítményeken mikroszkop alatt és projectiókban részletesen demonstrálta az általa bonczolt pestis-haláleseteket. Az igen érdekes előadást lapunk legközelebbi száma fogja hozni. A pestis-tanulmányokra kiküldött bizottság másik két tagjának, *Frank Ödön* dr. egyetemi tanár és egészségügyi felügyelőnek, továbbá *Wenhardt János* dr. klinikai tanársegédnek ugyanezen ülésre kitűzött előadásai a következő ülésre maradtak.

— **Az elmeorvosok küldöttsége a miniszterelnöknél.** Az országos elmeorvosi értekezőlat határozatából dr. *Babarczy-Schwartz* Ottó udvari tanácsosnak memorandumba foglalt előadását, melyet mult számunkban közöltünk, f. hó 6-án nyújtotta át az értekezőlat kebeléből alakult küldöttség *Szél Kálmán*nak, a belügyministerium vezetésével megbízott miniszterelnöknek. A küldöttség *Horánszky Nándor* orsz. képviselő vezetésével a következő tagokból állott: dr. *Babarczy-Schwartz* Ottó udvari tanácsos, *Laufenauer Károly*, *Moravcsik Ernő* Emil, *Schaffer Károly* egyetemi tanár, *Bolyó Károly*, a lipótmezei, *Oláh Gusztáv*, az angalföldi elmeorvosintézet igazgatói, *Molnár Károly*, *Epstein László*, *Salgó Jakab* főorvosok, *Borosnyói Lukács Béla*, a nagy-kállói, *Konrád Jenő*, a nagyszabeni tébolydák igazgatói és *Sarbo* egyet. m. tanár. Az állami elmeorvosintézetek orvosainak helyzetéről és annak megjavításáról szóló terjedelmes és nagy gondnal szerkesztett elaboratumot *Babarczy-Schwartz* Ottó nyújtotta át a miniszternek, beszédében utalt arra, hogy mennyire méltányos volna, hogy az állami elmeorvosok fáradságos és felelősségteljes működésüknek megfelelő javadalmazást nyerjenek és nyugdíj jogosultságra érdemesíttessenek. A memorandumot, mely főleg az állások rendszeresítését sürgeti kellő indokolással, *Szél Kálmán* mint belügyminister átvette és a küldöttségnek kilátásba helyezte annak lehető figyelembe vételét.

□ **Sub auspiciis Regis doctorrá avatás** volt f. hó 4-dikén d. e. a budapesti egyetem aula-jában. *Schiller Bódog* jogtudományi és ifj. *Schatz Róbert* orvostudományi doctor-jelölteket avatták fel *Zsilinszky* államtitkár, mint királyi biztos jelenlétében. *Schatz Róbert* jelölt „A gyermekgyógyászat történetéből” tartotta értekezését. A királyi gyűléstáadás és a felavatás szép ünnepélye a szokott szertartás szerint nagy közönség jelenlétében folyt le.

// **A Kézmárczky-féle poliklinika** segélyét november havában 52 esetben 33 műtéttel vették igénybe. Évi folyó szám: 729.

± **A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum** november hóban 112 esetben 87 műtéttel nyújtott segélyt. Évi folyó szám: 1495.

□ **A budapesti általános poliklinika** november hó folyamán 2661 új betegnek 10,992 rendelést tett. A laboratóriumban 94 vizsgálat történt.

— **Megjelent:** *Faragó Gyula* dr.: Orvosi zsebnaptár az 1901. évre, szokott összeállítással és bő tartalommal. Budapest. Légrádi testvérek. Ára 2 korona 80 fillér, ajánlott megküldéssel 3 k. — Prof. Dr. *Hoffa*: Die blutige Operation der angeborenen Hüftgelenksluxationen. Mit 7 Abbildungen. *Würzburger Abhandlungen* I. k. 3. f. Würzburg 1900. Ára 75 pfennig.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**” (Ujonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére.) **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.



#### Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő  
Budapest.

**Nagy kőnes iszapfürdő**, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásméden-zeiben az ásványvíz naponta négyszer megújul, **loccális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és ádító-fürdők. Kitűnő szálloták. Vendéglő saját főzében. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: **Budapest, V., Zoltán-utca 10.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület (XXIX. rendes ülés 1900. november 24-dikén.) 781 lap. — Közkórházi orvostársulat. (XVI. ülés 1900. november 14-dikén.) 783. lap. — (XVII. ülés 1900. november 28-dikén.) 783. lap.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIX. rendes ülés 1900. november 24-dikén.)

Elnök: Moravcsik E. Emil; jegyző: Dieballa Géza.

## Ectopia testis extraabdominalis műtét esete.

**Ráskai (Reách) Dezső:** A herének nem scrotalis, a hasürről és lágyékesatornán kívüli elhelyeződése általában igen ritkának mondható. Ezen rendellenes elhelyeződés a lágyékesatorna külső nyílása körül, a szombhajlatban vagy a perineumon szokott előfordulni. Esetemben, a melyet bemutatni szerencsém van, a leírt alakoktól eltérő viszony állott fenn.

A 19 éves, erőteljes, jól fejlett fiú, egészséges, nem vérrokon szülöktől származik, nyolcz testvére egészséges, öt fítestvére semmiféle fejlődési rendellenességgel nem bír.

Herének nem rendes elhelyeződésére, állítása szerint, mintegy hat év előtt lett először figyelmessé, midőn egy szénaboglyáról leesve, a gáttájon ütődést szenvedett, mely miatt egy-két napig ágyban fektett, ezt követően azonban teljesen jól érezte magát. Mintegy négy év óta tapasztalt járásnál, különösen lépcsőre lépésnél, foglalkozásával járó gyakori létrára mászásnál, lágyék táján fájdalmakat, lábait összenemni nem képes, félig terpesztett lábakkal, széles lépésben jár. Első erectioi mintegy harmadfél év előtt jelentkeztek, ekkor végezte első cohabitatiois kísérletét is, az igen sokáig tartó actust mindkét lágyéktáji heves fájdalmi miatt befejezetlenül hagyta abba. Ezen fájdalmak oly nagyok voltak, hogy csak görnyedten volt képes felállni, járni pedig egyáltalán nem tudott. Orvosa lefektette és borogatásokat rendelt. A coitus után harmadnapra, penisének teljesen petyhüdt állapotában, minden kényeztet nélküli magömlése volt, mire a fájdalmak állandó feszülés érzeténél megmaradásával alábbhagytak. Többszöri kísérletei ugyanily eredményteljé váltak. Erectioi elég erőteljesek, valódi orgasmus azonban nem fejlődött ki. Pollutioi igen ritkák. Vizsgálatnál a scrotumot fejletlennek, teljesen üresnek találtuk, lágyékesatorna az ujjhegyet sem fogadja be. A lágyéktájon a Poupart-szalag fölött, ennek külső harmada közepének megfelelőleg kis galambtojásnyi, eléggé mozgékony, nyomásra here-érzést keltő képletek voltak kitapinthatók, melyeket, tekintettel, hogy a scrotum üres volt, a rendellenes elhelyezett heréknek vettünk fel. A két ízben végzett spermavizsgálat, teljes azoospermia mutatott ki.

Tekintettel a nagyfokú működési zavarokra és a képleteknek mozgékonyága folytán várható kedvező eredményre egyrészt, másrészt a heréknek helyzetükben való megmaradásuk esetén biztosan bekövetkező teljes sorvadására, a műtétre határoztuk el magunkat, melyet október 29-dikén Boros József t. barátom szíves segédkezésével végeztünk.

A Poupart-szalaggal párhuzamosan ejtett bőrmetszésünk után a herét a fent jelzett helyen közvetlenül a bőr alatt, a hasfalhoz könnyen leválaszthatóan tapadva találtuk, a mellékheréjével a kültakaró felé fordulva. Az elég hosszú ondósinór a lágyékesatorna külső nyílásán kijutva, éles szögben megtört és 180°-os csavarodást mutat. A herét és ondósinórát teljesen kiszabadítva, a scrotumban ujjunkkal képezett megfelelő üregbe helyeztük, a here legalsó polusát a tunica vaginalis communis is felőlelő varratokkal a scrotum legmélyebb pontjához rögzítettük. Erősebb rögzítés céljából a sebet rétegesen egyesítve, a bőrt szűcsvarratokkal zártuk. A műtétet jobboldalt ugyanígy végeztük. A lefolyás teljesen láztalan, fájdalommentes volt. A varratokat nyolczadik napon kiszedve, beteg fölkel. Míg a jobboldali here a rögzítés helyén megmaradva, a normalis elhelyeződés képét mutatja, addig a baloldali kissé visszahúzódva, a herezacskóba könnyen letolható. A műtét óta egyszer volt pollutioja, melyet semmiféle fájdalom nem követett. A spermavizsgálat negatív volt, de remélhető, hogy idővel a még fejlődésben levő egyennél a spermatozoák képzése be fog következni. Az eset szíves átengedéseért Róna tanár úrnak e helyütt is hálás köszönetet fejezem ki.

## Lymphangioma cysticum multiplex esete.

**Bartha Gábor:** F. Gy., 28 éves vasgyári hivatalnoknál a bal kulcsfölkötti tájon egy egyenetlen, dudorzos felületű, élesen határolt, egész terjedelmében ép, redőzhető bőrrel fedett, ruganyos tapintatú, hullámzó daganat látható, mely a kulcsesont vállcsúcsi végétől lépcsőzetesen emelkedve, a középvonalban a szakcsont magasságáig ér. A fejbicezentő izmot s úgylátszik a mellső bordaemelő izmot is maga előtt domborítja, a gégét kissé jobboldalra diszlokálja. A kulcsalatti táj baloldalt kitöltött, a bőrvisszerek tágultak és sűrű hálózatot képeznek.

A jobb köldökfölkötti tájon az epigastriumba betérjedő, az egyenes hasizom bonyéja alatt fekvő, élesen határolt, egyenetlen, sima felületű, ruganyos tapintatú, hullámzó, minden irányban 16 cm. átmérőjű daganat domborodik elő.

A herebörök jobb felében férfikölnyi, hasonlóan egyenetlen sima, felületű, ruganyos tapintatú, hullámzó daganat látható.

A daganatok fejlődésére vonatkozólag beteg azt adja elő, hogy a nyaki daganatot három év előtt, a többiekét fél év előtt vette észre.

A leírt daganatoknak klinikus képe, multiplicitása első tekintetre rosszindulatú húsdagnak imponált. A daganatok mindegyikén kimutatható hullámzás indították bemutatást arra, hogy első sorban a nyaki daganaton próbaecapulást végezzen. A próbaecapuláshoz vizitista, teljesen átlátszó folyadékot nyert, mely Pertik tanár úr szíves vizsgálata alapján fehérjét, konyhasót és pigmentrögöket tartalmazott. Ez eredmény szükségessé tette a hasfali és herebéli daganatoknak ecapulását is. Bemutató mindkét daganatból hasonlóképpen teljesen átlátszó, vizitista folyadékot nyert és ezeknek vegyi és gócsói vizsgálata a nyaki daganathoz hasonló eredményű volt. Bár a fehérjetartalom az echinococcus ellen föltétlenül nem bizonyít, mégis ebből és a horgok hiányából legnagyobb valószínűséggel lymphangioma cysticum multiplex-et kellett felvennie.

Bemutató ez alkalommal a therapeutikus eljárásra kiterjeszkedni nem kívánt; az esetet érdekességénél és különösen a multiplicitás szempontjából ritkaságánál fogva óhajtotta az igen tisztelt Orvosegyesületnek bemutatni.

## Az intubatio traumákról.

**Bókay János** két előadásában 1203 esetére s irodalmi adatokra támaszkodva, részletesen s klinikailag tárgyalja az intubatio traumát. Munkálatának első részében (a tubus bevezetése alatti traumáról) behatóan foglalkozik az álút képződésével s részletesen tárgyalja annak tünetét, kórjórólát, prophylaxisát és gyógykezelését. A kezelésnél különösen hangsúlyozza a másodlagos légesörmetszés megelőzését.

A munkálat második részében (a tubus fekvésével összefüggő traumáról) különösen a felfekvésű fekélyzésekkel foglalkozik s kiemeli, hogy összanyagában a mélyreható fekélyzések az esetek 50%-ában fordultak elő.

Előadó szerint a tubusfekvés mellett mint kórokozó mozzanatok számba jönnek: a) a beteg kora, b) a tubus minősége s c) maga az alpmegbetegedés, tehát a diphtheriás folyamat vagy a diphtheriás folyamatot esetleg complicáló egyéb fertőző kórok.

A felfekvésű fekélyek prophylaxisánál hosszabban szól arról: a) hogy a croup laryngis lefolyásának, mely időszakában avatkozzunk be operative, b) milyenek a jól gyártott O'Dwyer-tubusok s milyen a helyes graduatioja a tubusoknak, c) mily álláspontokra helyezkedjünk a Vairiot-Bayeux-féle „écouillonage” s „tubage intermittent”-tal szemben s mikor végeztessék általában az első extubatio-kísérlet, s végül d) van-e valamely hatása a serum-therapiának a decubitus fellépésére?

A kezelésnél részletesen foglalkozik a különböző niveauba fejlődött fekélyeknek az O'Dwyer-féle újabb, directe e célra készített tubusokkal való gyógyításával s vázolja a gelatinával bevont s alumennel impraegnált tubusok használatának nagy jelentőségét ezen esetekben.

A tubuskivétel követő rekedtséget illetőleg előadó azon nézetben van, hogy a tubus fekvési tartama s a rekedtség intensitása a legtöbbször nem állanak egymással egyenes arányban.

A munkálat harmadik részében (az extubatio traumákról) vázolja a különböző tubus eltávolítási módokat s tekintettel a műszeres extubatioval járó esetleges veszélyekre, a fonalas extractiot ajánlja, mely eljárást 10 év óta gyakorolja.

Munkálatának utolsó részében (az intubatio követő heges gégeszűkületéről és heges gégeelzáródásokról) különösen kiemeli, hogy ezen kellemtlen következménye az intubationnak 1203 esete között csak négy esetben (0.33%) észleltetett s azon nézetben van, hogy heges gégeelzáródások fellépése kellő elővigyázat mellett tökéletesen kikorlátozható. A tökéletes heges záródásoknál a másodlagos légesörmetszés és hegátmetszés után első sorban a mothodikus intubatioval eszközölt tágitást ajánlja, mely eljárás esetleg hónapokig folytatandó. Ha ezen eljárás sikertelen, megkísérelendőnek véli a Thiersch-féle transplantatiót s a König-féle resectiot csak mint ultimum refugiumot kívánja alkalmazásba vétetni.

**Gerlőczy Zsigmond:** A croup laryngis orvoslásában az intubatio a serum-therapiával karöltve oly gyógyító eljárás birtokába juttatta a gyakorlati orvostudományt, melynek kiváló eredményét az összehasonlító statisztikának azok a számadatai világítják meg, a melyeket a nagy diphtheriás beteganyag felett rendelkező észlelők mindenfelől közöltek.

Ezen számadatok szerint a diphtheriának legsúlyosabb, gégeszűküdőmennyel járó eseteiben a gyógyulás százaléka átlagosan mintegy 20%-kal emelkedett az intubatio óta és mintegy 30%-kal a serum-therapia óta.

Az intubatio, a melyet hazánkban is immár tizedik esztendeje állandósítottunk a croup laryngis gyógykezelésében, a kiváló eredmények mellett tagadhatatlanul oly káros hatásokkal is járhat, a melyek ez időszert még alig küzdhetők le.

Az intubatio által okozott káros mellékhatásoknak azt a részét, a mely magának a műtétnek kivitele közben származik, gyakorlott intubálók elkerülik, mert rendelkeznek azzal a nyugodtsággal, a mely



első feltétele annak, hogy intubálás közben ne sértsék az amúgy is beteg képleteket. Gyakorlott kéz alig is fog okozni traumát a műtévés közben.

Sokkal nehezebb azonban védekezni azon káros mellékhatások ellenében, a melyeket maga a tubus okoz a gégeben való hosszabb fekvésével.

Azon törekvések, a melyek ezen káros hatások elhárításában a műszer tökéletesítésére irányultak, még mindig nem vezettek kielégítő eredményre.

A tubus által okozott felfekvések csak azért kevesbbedtek az utóbbi években, mert a serum-therapia hatása alatt az intubatio tartama megrövidült, a mely körülmény a tubus által okozott decubitusok fejlődését természetesen csökkentette.

Nagy köszönettel és elismeréssel adózhatunk Bókay tanár úrnak, ki miután már az O'Dwyer-féle intubationnak kiváló előnyeit saját gazdag tapasztalása alapján, itt e helyen kifejtette, most bátran feltárja azokat a hátrányokat is, a melyek e különben megbecsülhetetlen műtéttel járhatnak és sok oly kérdésre vet világosságot, a melyek tulajdonképpen csak most, mikor már nagyszámú esetet észlelhettünk, merültek fel itt-ott az intubatio gyakorlatában.

Ilyen kérdés első sorban az, hogy a műtét kivitele közben előállható traumákat miképpen kerülhetjük el. Erre vonatkozólag nézeteltérés nincs az intubáló között.

Kifogástalan jó műszer, az intubálónak biztos keze és nyugodtsága megóvnak a műtét közben származható traumáktól.

Arra a kérdésre, hogy mikor végzendő az intubatio, véleményem szerint jobb, ha nem várunk a jelentékenyebb stenosis kifejlődésére, mert a serum idejekorán való alkalmazása mellett a tubage tartama nem szokott hosszú lenni. Kevesebb gyakorlott intubáló mindenestre helyesebben tesznek, ha korábban intubálnak, mert nyugodtabban végzek a műtétet a stenosis kisebb fokának jelenlétében.

Sokkal nehezebb választ adni arra, hogy secundaer tracheotomia mikor végzendő. Több felette hosszú időtartamú tubage-esetből kifolyólag ajánlatosnak tartom, ha nem sietünk a tracheotomiával, mert nem egy esetem volt olyan, melyben két hétnél tovább tartó tubage után sem vált szükségessé a tracheotomia a gyermek a gége nyálkahártyája lobos tüneteinek visszaféjlődésével, esetleg kisebb decubitusok gyógyulásával fokozatosan hosszabb-hosszabb ideig nélkülözhetette a tubust s végre véglegesen extubálható volt. Általános érvényű tételt a secundaer tracheotomiára vonatkozólag felállítani nem lehet.

Végül legyen szabad néhány adatot felemlítenem osztályom intubálási statisztikájából. Első intubationkat croup laryngisnél 1891. október havában végeztük s 1892. január hó 1-jétől 1899. december hó végeig 565 croup laryngis esetben kellett alkalmaznunk az intubatiót. Ez az 565 intubált croup-eset a jelzett időszakban összesen 2307 diphtherias beteg között előfordult 888 gégeszövődmenyes eset közül került ki. Vagyis összes gégeszövődmenyes eseteink 63,6%-ában kellett intubálnunk. Az intubált esetek gyógyulási százaléka 40,9%-ot tett ki a lefolyt időszak alatt, míg ha csupán a serum-therapia alkalmazása óta intubált eseteket számítjuk, intubált eseteink gyógyulási százaléka 49,8%-o.

Heges szűkületünk a jelzett időszak alatt 17 esetben volt. Ezen intubálási statisztikámban nincsenek benne azok az esetek, a melyek a morbilli kapesán előfordult laryngitis membranacea miatt intubáltattak.

99 bonczolt eset közül 48-ban találtunk az intubatioval kapcsolatos traumát, úgymint decubitus, fosse routeot, alhártya-letolást stb. és pedig 41 esetben decubitus, 2 esetben fosse routeot, 2 perilaryngealis tályogot, 2 perforatios nyilást és 1 alhártya-letolást.

*Generich Antal:* Csak felemlíteni kívánja, hogy mikor előadó a rekedtség okait említette, nem említette azon számbavehető körülményt, hogy hosszas nyomás folytán a ruganyos szövet elvesztí összehúzódási képességét és így a hangszalagok ellazulása ezen mechanikus ok miatt szenvedhet trauma nélkül is.

Ha áttekintjük az előadást, akkor abból nyilvánvaló, hogy az intubatio főveszedelme a decubitus, mely eredményezi azt a sok bajt és utólagos stenosis, és ezen decubitus oka kétségtelenül nagyrészt abban áll, hogy a gégebe vezetett műszer és a gége egymáshoz való viszonya kedvezőtlen, hogy a tubus tág és vastag, a gége pedig szűk, főleg áll ez az aránytalanság fiatal gyermekekre; talán lehetne vékonyabb falú eszközt alkalmazni s így nem tudja szóló, mi állja útját annak, hogy az eszköz vékonysága s a sérelmek kikerülése érdekében miért nem alkalmaznak arany eszközt, mely nem is olyan drága; annál is inkább, mert az arany tubust használat után jól lehet desinfectálni s ha mint tubus használhatlanná válik, akkor is megmarad az arany értéke; az arannyal nagyobb vékonyság érhető el veszedelem nélkül s kevésbé is ártalmas, mint egyéb anyag.

*Pertik Ottó:* Diphtheriánál végzett tracheotomiáknál ép oly gyakran találunk decubitus, mint intubationál, sőt a tracheotomia utáni decubitusok mélyebbek, mert tracheotomiánál a trachealis porczfeletti nyálkahártya az, a mely a canule nyomásától szenved.

Epen ma bonczolt szóló egy esetet: angina Ludovici miatt végezték felnőtten egyénen tracheotomiát s a canulának 36 órai befekvése után 4-5 trachealis porczgyűrű felett volt decubitus; egy esetben bonczolásnál kiderült, hogy ilyen decubitus után mellősi gátorbeli phlegmone lépett fel, melyhez purulens pleuritis társult.

*Minich Károly:* Mint a szt. János-kórház prosectora csak a bonczolt eseteknél előfordult intubatio laesiokról referálhat és ezért az intubationak csakis árnyoldalait mutathatja be. Bókay tanár úr által követett sorrendben első sorban a tubus okozta laesiokról számol be.

Két esetben látott a gégeben fausse route-ot: az egyik esetben egy 3 éves leánygyermeknél a tubus a jobb sinus Morgagniba hatolt, egy centimeter mélységig a valódi hangszalagot és alatta levő nyálkahártyát a gége faláról leválasztván, a gége ürterét elzárta és suffocatiót idézett elő; a fausse route 6. számú húgycsősondával kutaszolható volt és a ligamentum crico-thyreoideum sérülésével végződött. Ezen sérülés következményét illetőleg analog ahhoz, a mely a légesőmetszésnél a légeső nyálkahártyájának leválasztásával a műtöt fenyegeti. A második esetben, egy 4 éves leánygyermeknél a fausse route ugyancsak a jobb Morgagniból volt és az áhangszalag teljes beszakításával, a ligamentum crico-thyreoideum átlukasztásával párosult. Ez esetben az exitus másodlagos fertőzés útján állott be: ichorosis phlegmone támadt a gége körüli és gerincoszlop előtti kötőszövetben, ebből sülyedési tályogok jöttek létre a kedszmirigy és gátor szövetébe, a melyekből a lobosodás a szívburakra és mellhártyára terjedt át. A tubus okozta sérülés egy 3. esetben a jobb valódi hangszalagon egy 3 mm.-nyi szakadás volt jelen, a gyermek a rendkívül súlyos bronchitis crouposa következtében halt el.

A mi a decubitalis sérüléseket illeti, ép úgy mint Bókay, trachealis és laryngealis felfekvéseket észlelt. A légesőben előforduló rendszert annak mellősi falán találhatók, a tubus alsó végének felelnek meg és átlag véve csekély terjedelmű és ezért jelentéktelenek. A bonczolt esetek legtöbbszörében, majdnem mindenikében jelen vannak ily sérülések.

Súlyosabbak a gégebéli felfekvések. Ezek a gyűrűporcz alsó részén fordulnak elő, enyhébb esetekben a gége mellősi falán kerek vagy petéded, a porczot is lemeztelenítő fekélyt alkotnak, súlyosabb esetekben azonban körkörös, a porcz felmarodásával vagy elpusztításával járnak. Egy 16 hónapos fiúgyermeknél a gyűrűporcz alsó felén volt a körkörös felfekvés, a mely mellől és két oldalt egy-egy lencsényi területen a porczot is lemeztelenítette, annak alsó szélét usarálta, míg a közbeeső részen csak a nyálkahártyát pusztította el. A másik eset egy 2 éves fiúgyermeket illet, a hol a körkörös 3/4 cm. széles felfekvés területében a gége mellősi falán a gyűrűporcz teljesen hiányzott, míg oldalt és hátul a porcz vastagságának felére volt sorvasztva.

Egy esetben voltak decubitalis sérülések kölesnyi fekélyecskék alakjában a valódi és áhangszalagokon is, a melyek különben egyéb okoknál fogva erősen duzzadtak voltak.

A tubus fonálnak decubitalis hatását is több esetben látta. Az okozott felfekvések a bal ligamentum aryepiglotticum közepe táján egy-egy 2-3 mm. széles bevágás alakjában voltak jelen. A decubitus ez esetekben vonalas jellegű, egészben rézsút saggittal irányú. Három ily decubitalis fekélyt demonstrál is. Ezek egyike egy 15 hónapos fiúgyermek esete, azért is érdekes, mert 28 napi kórházi tartózkodása és 6500 egység serum adagolása daczára a gyermek leszálló croup miatt fuladásiilag halt el.

A mi végül az intubatio után fejlődő gégeszűkületet illeti, ezeknek egy esetét mutatja be. Egy 5 éves kis leánynál, a ki következményes bronchopneumoniában halt el, a bal sinus Morgagniból és a subglottikus tájékból, papillomatosusan előemelkedő sarjak által a gége oly mértékben szűkült volt, hogy csupán egy vonalszerű rés maradt vissza. Nézete szerint ez esetben — tekintettel a sinusból kiemelkedő sarjakra — a tubus bevezetésénél támadt sérülés indította meg a túlsarjadzásokat. A másodlagos tracheotomiánál igénybe vett canule a légeső hátsó falán okozott decubitus, a mely egy tetraéder csúcsának megfelelő heges tasak alakjában volt kimutatható.

A talált decubitusok székhelye a tubus rögzítési módjára enged következtetést, mert feltehető, hogy a legnagyobb nyomásnak a rögzítés helyén kell szerepelnie. E szerint a tubust tényleg a gyűrűporcz alsó része tartja legalább sok esetben. Minden körülmények között a decubitusok a gége és tubus közti aránytalanságot jelzik, a mi az egyes szervek egyénileg változó nagyságából következtetve, a gége individualis különbségéből eléggé megfejtető.

A bemutatott esetek 17 intubált diphtheria-eset közül valók.

*Herczel Manó:* A decubitus mélysége befolyásolja tényleg az eset lefolyását, s hogy ez még azon esetekre is vonatkozik, melyek stenosis-sal végződnek és a sebésznek adnak dolgot, e mellett tanuskodik szólnak is egy esete.

A gyermek ezer óráig volt intubálva és mikor a decanulement nem sikerült, tracheotomia végeztetett, majd pár héttel később gégemetszés, melynél kitűnt, hogy obliteráló heg van jelen s a gyűrűporcz mellősi része hiányzik.

A heget kiirtotta szóló s Thiersch-transplantatioval pótolta.

Feltűnő volt, hogy a gyermeknél, daczára annak, hogy teljesen meggyógyult (s 4 éves kora daczára 5 éves gyermeknek megfelelő tubust viselt), ha hirtelen szaladt, suffocatio lépett fel, minek oka az lehetett, hogy a gége porczos vázának hiánya folytán a gyűrűporcz két lapja összelapult. A gyermek észlelés alatt van, négy hó óta kitűnően jól lélegzik, tracheája tág, de tekintettel, hogy a gyűrűporcz egy darabja hiányzik s a váz nem teljes, nincs kizárva egy bekövetkező recidiva; bármilyen a remény, hogy ha a gyermek idősebb lesz s a gége tágabb s consolidáltabb, akkor újabb műtétre szükség nem lesz.

A műtétre kerülő esetek elbírálásánál ezt tekintetbe kell venni s már az első operatio alkalmával, ha a porczos váz hiányzik, végzendő a porczdefectus pótlása, esetleg a Bókay tanár által felemlített resectio.

*Dollinger Gyula:* Az intubatio után keletkező heges szűkületknél a gyógykezelési methodus megválasztását a megállapított kórbonczotani lelet határozza meg. A szűkület legkisebb fokainál elegendő lesz az egyszerű tágitás, míg ha a szűkületet erősebb hegek okozzák, a melyek kitágítása nem sikerül, akkor válik szükségessé a heg bemet-



szése, a mint azt egynehány esetben jó eredménnyel Bókay végezte. A Thiersch-féle transzplantationnak egyedül az lehet a feladata, hogy a heg bemetszése, vagy szélesebb heg kimetszése után visszamaradó sebfelületet hámval befedve, egyrészt annak gyorsabb gyógyulását eredményezze, másrészt pedig meggátolja, hogy a sebből túlbujzás induljon meg. Az olyan esetben, a melyben a hegesezés olyan mély, hogy eltávolítása csak a porcz kimetszésével együtt eszközölhető, a Thiersch-féle transzplantationnak semmi célját nem látja, mert az ilyen esetben, hiányozván a gége lumenjét fentartó porcz, a szűkületnek a heges zsugorodás beálltával újra csak elő kell állania. Ezt a transzplantált hámréteg meggátolni nem képes. Az ilyen esetben addig, a míg jobb eljárást találunk, a szűkület rész kimetszése van javálva.

**Bókay János:** Szóló száz meg száz számra végezte a tracheotomiát, úgy mint az intubatiót, s meggyőződött róla, hogy a tracheotomia intubatioval teljesen pótolható, s szóló a primaer intubatioval a legjobb eredményeket érte el. 300 légesömetszést végzett, figyelemmel kísérte a bonczolásokat, s a légeső mellő falán majdnem minden esetben a canule okozta, mélyre ható fekélyesedést talált; ép így gyakori a fekélyesedés a légeső hátsó falán, hol a canule görbülete hozzáfekszik a légeső hátsó falához.

Ha **Minich dr.** figyelemmel követte volna szóló előadását, hallhatta volna, hogy tubus és tubus között különbség van; feltárta szóló a helyzetet, s mint olyan, kit a primaer intubatio hívének ismernek, feltárta a tudomány és az emberiség érdekében a tubusok előnyeit és hátrányait.

**Generich** tanár hozzászólását illetőleg, szóló tudtával az aranyat tubus formálására eddig nem használták, de arannyal bevonják a tubusokat; hogy a bronzot választották első sorban, annak az a magyarázata, hogy a könnyebb tubusokat a beteg könnyen kiköbögi, hiszen ezért alkalmazták a hasas tubust. O'Dwyer azt tapasztalta, hogy ebonittal is boldogul, Párisban ma már aluminiumból is készítik.

A rekedtségre vonatkozólag említette szóló, hogy a hangszalagok túlfeszítés folytán elernyednek.

Nem ért egyet szóló **Gerlőczyval** egy kérdésben, különösen ma a serumtherapia szakában a korai beavatkozás indicatíóját elfogadni nem lehet; akkor avatkozik be szóló operative, mikor a stenosis állandó, és fokozódik, s a beteg küzdeni látszik a kezdődő megfuladással; ez a magyarázata, hogy a serumtherapia óta az intubatiók száma csökkent.

## Közkórházi orvostársulat.

(XVI. ülés 1900. november 14-dikén.)

Elnök: **Bradách Antal**; jegyző: **Terray Pál**.

(Vége.)

A bántalom tehát jelen esetben csakis a szürke állományban, magukban a szemmozgató idegmagvakban lehet. Jogosult tehát betegünknek a Mauthner értelmében vett nucleáris ophthalmoplegia externa felvétele.

A mi a bántalom lényegét illeti, arról **Westphal-Siemering** vizsgálatai alapján annyit tudunk, hogy a nucleáris ophthalmoplegia következménye egy polyencephalitis chronica superiorinak, egy idült degeneratív lobfolyamatnak a III. agygyomrocs és aquaeductus Sylvii alján, a mely lobfolyamatnak végeredménye a dúczsejteknek elpusztulása az idegmagvakban. Ezen polyencephalitis chron. superior kóroka többnyire syphilis vagy alkoholismus chronicus szokott lenni, az esetek nagy részében azonban a kórok ki nem deríthetők.

### Callusból kiinduló chondrosarcoma kórboncztatni készítménye.

**Skrilecz Mihály:** A készítmény egy 15 éves fiútól származik, a kit **Réczey** tanár klinikáján a múlt héten operáltak meg jobb alszárán levő daganat miatt. A fiú előadása szerint gyermekkorában angolkórja volt, onnan származott a jobboldali dongalába, mely miatt 3 éves korában megoperálták. A megoperált láb fejlődésében visszamaradt, úgy hosszában, mint szélességében. Az idén tavasszal vette észre, hogy a gyermekkorai operatio helye kezd duzzadni és fájni. A duzzadás rohamosan haladt előre és miután a fájdalmak már reánézve olvíselhetlenné váltak, beleegyezett az operatióba. Mivel a daganat a pes anserinus inai mentén már a czombra kezdett kapaszkodni, a czomb alsó harmadán végzendő amputatio vált szükségessé és azt folyó hó 7-dikén végre is hajtották.

A daganat az alszáron a bokától egészen a térdig terjed, legnagyobb átmérőjében emberfejnyi kerületű, orsóidomú, consistentiája helyenként tömött, másutt lágyabb, a környi szövetektől élesen elkülönített; a bőr felette feszes, fénylő, erősen táguult vénákkal. Elöl a tibia élének megfelelően, annak alsó harmadán gyermektenyérvnyi, szabálytalan heg látható, mely csonttapintatú alaphoz rögzített; sem a tibia, sem a fibula külön nem volt kitapintható; Röntgen-átvilágításnál a tumor tömegétől meg nem különböztethető.

A tibian át vezetett metszet a következő képet adja: a tibia szögben tört, előrenéző csücskesal a bőrön látható hegnek megfelelően, ugyanitt folytonosságban megszakítottnak látszik, két részlete közé egy rugalmas tapintatú porczgyűrű van ékelve; a daganat ezzel a porczgyűrűvel összefügg és hátrafelé növe a suralis izmok egy részét elpusztította, részben pedig atrophikusokká tette, éppen ilyen a viszony az extensorokkal; fibulának a nyomát csak a bokánál látjuk.

A tumornak a tibiához közel eső részlete mérsékelten tömött

tapintatú, gerendázatos szerkezetű, szürke-fehér színű, némileg transparens — ez képezi a tumor legöregebb részletét; minél inkább távolodunk a tibiától, annál puhább, velősebb, transparensebb lesz a tumor s bizonyos lebenyzettséget kezd felvenni; legfiatalabb részei úgy néznek ki, mint a rendkívül sejtűs, velős sarcomák s a göröső tényleg chondrosarcomának derítette ki, mely helyenként nyákosan degenerált.

A daganat kiindulási helyét illetőleg, az kétségtelenül a fiún gyermekkorában végzett osteotomia helye. A esont mostani képe s az a körülmény, hogy a gyermekkorában végzett operatio után bot nélkül nem tudott járni, valószínűvé teszik, hogy az osteotomiás callus csakis fejlődésének porczos vagy legfeljebb osteoid állapotáig jutott, míg ellenben a mészlerakódás elmaradt, a mi annál valószínűbb, mert angolkóros gyermekről volt szó; ezzel pedig meg volt adva az alap a daganat-képződésre.

(XVII. bemutató szakülés 1900. november 28-dikán.)

Elnök: **Mutschenbacher Béla**; jegyző: **Terray Pál**.

### Syphilis mutitans esete.

**Huber Alfréd:** A 34 éves napszámosnő, a ki f. év augusztus 27-dikén vétetett fel Róna tnr. sz. István-kórházi osztályára, előadja, hogy jelen baja 6 év óta áll fenn és a hüvelykujj háti felületéről indult ki. Genitalis infectióról mitsem tud, antiluetikus gyógykezelésben még eddig nem részesült. 22 éves korában szült elsőszőr; összesen kétszer volt grávida; mindkét gyermeke él és egészséges. Abortus nem ment előre. A törzsön levő hegek 6—7 év óta állnak fenn. Hereditaer ki-mutatható terheltség nincs jelen. Állítólag 8 év előtt coitált utoljára.

**Status praesens:** Az elváltozások a jobb kézen, kéztőn és alkaron székelnek. Az egész kéz csekély flexioban ankylosizált. A kéztőizületnek radialis oldalán galambtojásnyi defectus látható, gyógyult katlan-szerű mélyedés alakjában. A hüvelykujjból csak egy 2 cm.-nyi csont maradt meg; a csonton mintegy borsónyi körömdarab látható, tehát nyilvánvaló, hogy a csont az I. phalanx és a metacarpus sequestratioja után képződött. Az egész kéz hajlított állapotban van mereven rögzítve, az ujjak azonban a csont kivételével szabadon mozgathatók. A jobb alkar feszítő felületén több friss heg van. A törzsön, a bal felkaron és a jobb felső végtagon több régi heg látható.

Beteg felvételekor a most látható friss hegek helyén mély fekély és cariosus esont volt jelen, úgy hogy syphilis és tuberculosis diagnózisok között kellett választanunk. Tekintettel arra, hogy a beteg egyén e laesio kezdetekor túl volt azon koron, a melyben a bőrtuberculosist a leggyakrabban szoktuk észlelni és tekintettel arra, hogy tuberculosisra való egyéb jeleket a betegnél nem észleltünk, végül tekintettel arra, hogy a felvétel alkalmával az alkaron és a kéztőn jelen volt nagy fekély merev, vastag szélekkel bírt és tisztán antiseptikus kötések használata alatt gyorsan sarjadzó fenekű lett, luesre tettük a kórismét, a mit a therapia is beigazolt. Az ankylosist megszüntetni azonban nem voltunk képesek. A bántalom minden valószínűség szerint egy még 8 évnél is korábbi időben szerzett syphilis-infectioval függ össze és olyan egyénnél lépett fel, a ki annak idején specifikus gyógykezelésben nem részesült. A therapia jodkaliumból és empl. hydrargyr.-ból állott.

### Lues hereditaria esete.

**Huber Alfréd:** 20 éves leány, a ki f. év szeptember 13-dikán vétetett át Róna tnr. osztályára. Anamnetikus adatok nem voltak feljegyezhetők, minthogy beteg teljesen süket. Felvételekor a bal szemöldök felett egy nagy diónyi szétesett és kifeléelyesedett gummát észleltünk; jelen voltak továbbá az öröklött syphilisnek jellegzetes stigmái; az utóbbi körülménynél fogva tartottuk a beteget a bemutatásra is érdemesnek. Igen kifejezett a corneák hegesezése és a süketiség, kevésbé a fogak difformitása. Beteget empl. hydr.-vel és jodkalival kezeltük; a gümma legnagyobb része már mintegy 2 hét múlva visszafeljött, azonban a necrotikus homlokesont még most is sipolyt tart fenn.

### Tonsillaris primaer sclerosis két esete.

**Iványi Ernő:** Az elmúlt 2 1/2 év alatt Róna osztályán összesen 61 beteg kezeltetett extragenitalis infectio ellen, még pedig 29 férfi, 32 nő. A primaer sclerosis localisatíóját tekintve legnagyobb számúak az ajksclerosisok és pedig a felső ajkon 11 esetben, az alsón 8, összesen 19 esetben, azután mindjárt következőnek a most bemutatandó esetekhez hasonló, azaz 13 tonsillaris primaer sclerosis.

A mamákön 5 esetben, az anuson 3 esetben, úgyszintén a hason is 3 esetben, az állon, lágyékon 2—2 esetben, a szemhéjon, az arcon, az ujjon, a farpofán, a perineumon egy-egy esetben volt primaer sclerosis.

Kilencz esetben ismeretlen localisatioval kellett az extragenitalis infectiót felvennünk. Ide tartoznak a kis gyermekek szerzett syphilise, kiktől anamnesist nem kaphattunk. A fertőzés módját illetőleg legtöb-ben a csokolódzást okozzák, perversitást csak egyetlen egy vallott be. Ha a fenti extragenitalis fertőztetési számot az osztályon kezelt összes férfi és női syphilisbetegek számához viszonyítom, akkor kiderül, hogy a női nem a férfiakkal szemben még egyszer oly gyakran fertőztetett extragenitaliter. A csokolódzást a batározottan a leggyakoribb fertőztetési módnak kell tekinteni. A most bemutatandó esetek a következők:

V. J. 32 éves nőtlen szobatisztító e hó 15-én vétetett fel Róna tanár úr osztályára.

Előadja, hogy 2 hó előtt nyaka bal oldalt megdagadt. Három hét óta az egész testen kiütése van, kezelésben nem részesült.

Az egész köztakarón, arcz, nyak, tenyerek kivételével, sűrűn fol-



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárcsly Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Pertik Ottó: Tapasztalatok a glasgowi pestis-járványról. 784. l.  
Hudovernig Károly: Közlemény az elme- és idegkórtani klinikából. (Igazgató Laufenauer Károly ny. r. tanár.) Polioencephalitis superior chronica esete. 788. l.  
Feleki Hugó: Közlemény a budapesti általános poliklinika urológiai osztályából. Az onókiürülések kóros nyilvánulásairól, kór- és gyógytani szempontból. 790. l.  
Tárcza. *Pekár és Heim*: Orvosi dolgok a párisi kiállításon. 792. l.  
Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Feleki Hugó*: A here és mellékhere lobos bántalmának kór- és gyógytana köréből. 793. l. — *Könyveismertetés. Blaschko*: Hygiene der Prostitution und venerischen Krankheiten. (Sellei József.) 794. l. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Fuchs Tivadar*: A máj-neuralgia. (Kerntler Jenő.) — *Buch*: A hyper- és hypochlorhydria diatája. (—nt.) — *Kraus*: Az essentialis asthma bronchiale rohamok kezelése. (Surányi Miklós.) — *Eulenburg*: A gonorrhoeás idegmegbetegedések. (Ráskai (Reich) D.) — *Orr*, torok- és

gégebajok. *Hagedorn*: Az orr melléküregeinek idült genyedései. (Tóvölgyi Elemér.) — *Platau*: A rhinitis atrophicans foetida egy új sebészti gyógymódja. (Tóvölgyi Elemér.) — *Bresgen*: A heveny nátha helybeli kezelésének szükséges volta. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Frank Lydston*: Epilepsia gyógyítása. — *Lafond-Grellety*: Ischias és lumbago gyógyítása. 794—795. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Győri orvosok a belügyministernél. — A német nyelvű egyetemeken az orvostanhallgatók száma. — Tömeges arsenmérgezés sörrel. — A gümőkór ellen való védekezés. — Poliklinikák tüdőbetegek számára. — Kinevezés. — Bársony János. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Figyelmeztetés. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Krondorf. — Otophon. 796. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

#### Tapasztalatok a glasgowi pestis-járványról.<sup>1</sup>

Pertik Ottó ny. r. tanártól.

Az országos közegészségügyi tanács és Chyzer Kornél ministeri tanácsos, egészségügyi osztályfőnök javaslatára Széll Kálmán 3 nagyméltósága mint belügyminister háromtagú bizottságot bízott meg a glasgowi pestis-járvány tanulmányozásával. Mint a bizottságnak legöregebb tagja és vezetője, kívánok megbízatásomnak megfelelően a pestis pathológiájáról szerzett tapasztalásaimról e helyütt beszámolni. Az idő — négy hét —, melyet Glasgowban töltöttünk, nem volt hosszú; az anyag sem túl gazdag s így természetesen nem nyílt alkalom oly kiterjedt tapasztalatok gyűjtésére, mint pl. a különböző nemzetbeli keletindiai, fél és egy éves expeditioknak, melyeket legtöbbször, mint pl. Bécsben, hosszú utántanulmányozások és kísérletezések egészítettek ki, vagy akár a Salimbeni-Calmette-féle, oportoi 3 $\frac{1}{2}$  hónapos expeditionak, mert az utóbbi is 250 esetet látott és 47 boncolást végzett, míg Glasgowban mindössze 33 eset fordult elő és 7 post mortem vizsgálat ejtetett meg. Aránylag azonban így is eleget láttunk és tanultunk, bár mindez sokkal több akadálylyal járt és sokkal több fáradságba és áldozatba került, mint azt a távol állók gondolnák. Azonban mi nem is mentünk felfedező útra, hanem pestis-beteget óhajtottunk látni, esetleg pestishalottat boncolni s így bizvást mondhatom, hogy a betegségnek legalább bubonikus alakját nem pusztán könyvekből, hanem autopsiából ismerem. Ennek megfelelően nem is könyvek adataival akarok előállni, hanem észlelt tényeimről előadni. Glasgowban az idő kihasználásának elve az volt, hogy azzal foglalkozzunk, a mit a helyszíni tapasztalás nyújt és nem a mit utólagos laboratoriumi experimentumok is pótolhatnak.

\*\*\*

<sup>1</sup> Előadatott a budapesti kir. orvosegyesületnek 1900. december 1-jén tartott ülésén.

Az első megállás helye Páris volt. Ismételt fordultam meg a párisi Pasteur-intézetben, a hol érdekes társaság körében a pestisről folytatott eszmecserevel nagyon tanulságos órákat töltöttem. Ott volt Roux, Metschnikoff, Yersin, Salimbeni és a belga expeditio Van-Ermengen és Voituren urakkal, a kik ugyan-csak Glasgowba igyekeztek. Ugyancsak Párisban találkoztam Gaffky tanárral, a bombayi német pestis-expeditio egyik vezetőjével. Így beszéltek meg a *praeventiv oltások* kérdését és mert általában arra a conclusiora jutottunk, hogy a tudomány mai álláspontja szerint a pestisjárványt tanulmányozóknak kötelessége magukat praeventive oltatni: úgy a belga, mint a magyar bizottság tagjai ezen oltásnak magukat alá is vetették. Ez sem a bátorságnak, sem a félénkségnek nem tanubizonysága és nagyon ferde utakon jár egyik igen tisztelt magyar orvos lap, ha ehhez azt a nem jóízű megjegyzést fűzi, hogy ezzel az illetők nem nagy hivatásbeli bátorságot árulnak el. 5—5 cm<sup>3</sup>-t kaptunk frissen előállított serumból az abdomen oldalsó subcutan szövetébe. Pontosan egy hétre a beoltás után főleg a beoltás helyére localizált erythemát és urticariát kaptam, a melyekhez nagy izomfájdalmak, ízületi érzékenység és a jobb alszáron egy tendovaginitis crepitans szegődött. E tünetek nagy részét a glasgowi páratelt, ködös levegőnek és állandó esőnek voltam hajlandó betudni. De mikor a 73 védőoltottnak listáját és a rajtuk észlelt tüneteményeket hivatalos másolatban kézhez kaptam, a kik között különben majdnem 20 orvos is szerepel, és láttam, hogy ezeknek jóformán mindegyikénél a harmadiktól a tizedik napig az urticaria erythemával jelentkezett, hogy ott is az ízületi fájdalmak, sőt kifejezett ízületi gyulladások is el nem maradtak: az oltás és a mondott tünetek közti összefüggést kétségbe alig vonhattam. Még rosszabbul járt Van-Ermengen tanár, a ki Gent-(Gand)-ból október 6-dikán kelt levelében ezeket írja: „Szeptember 27-dikén haza érkezve, 28-dikán reggel 39:30 láz fogott el urticariával és erythemával. Három nappal utóbb általános izomfájdalmak leptek meg, oly intensitással, hogy végre is morphiumbefecskendezéshez kellett nyúlnom. 4 $\frac{1}{2}$  napig feküdtem és ma is



még igen gyengének és munkára képtelennek érzem magamat. Utitársam, Voituren úr, szintén igen beteg volt, szívbeli acciden-sei voltak, 140 érlökéssel, láza nem volt, de urticariát kapott, mely már jól van. Igazán sajnálom, hogy a praeventiv intézke-dések oly kevés megbeesülésben állnak a Belvedere-Hospitalban.<sup>4</sup>

Az oportoí pestis-járványról Salimbeni, a ki ott 600 embert oltott praeventive, fejenként 5 cm<sup>3</sup> serummal, azt írja ugyan, hogy ezen injectiok soha kellemetlen mellékhatásokat nem okoz-tak; igen ritka esetekben az 5–6-dik napon könnyű, urticaria-szerű eruptio jelentkezett ugyan, de ezt minden gyógyszerum, sőt az egészséges lóól vett steril serum is előidézi. Maga Salimbeni azonban kijelentette előttem, hogy ő maga magát csak egyetlen egyszer oltotta, dacára, hogy 3½ hónapot töltött Oportóban igen exponált helyzetben és minden másod-, harmadnap pestis-bonczolást is végzett. Nála t. i. az injectio helyéről, a has oldal-faláról, a thoraxra, a czombra és az inguinalis hajlásra kiterjedő igen intensív subcutan, lobos oedema jelentkezett, mely őt még a járásban is akadályozta. Ezen — mint mondja — specialisan individualis fogékonyság némileg elvette a kedvét az injectiok ismétlésétől. Metschnikoff azon nézetben van, hogy a rheumás és arthritikus dispositioval bíró egyének szenvednek legin-kább ily oltásoktól s így ezen dispositioknak Angliában igen nagy elterjedtségénél fogva érthető, hogy az angolok a rendesenl többet szenvednek. Hafkin szerint tudtommal csak egyetlen kór-házi orvos oltatta magát, de attól annyira súlyosan betegedett meg, hogy ezen methodust egyszer és mindenkorra abbahagyták. A Hafkin-féle oltás tudvalevőleg nem egyéb, mint a pestis-bacillusoknak 70%-nál elölt bouillon-cultúrája. Az elv nem is Hafkintól, hanem a barcellonai dr. Ferrand-tól származik, a ki ezen az úton állította elő a maga choleraellenes vaccinjét. A Hafkin-oltásnál az oltott egyén tehát csak az elölt bacillusok toxinjait kapja és az ő saját szervezete elaborálja az antitoxinokat, azért ezen immunizálás activ és a vele járó reactio igen nagy: láz, lymphangioitis, polyadenitis, nagy fájdalom, elesettség, fejfájás, hányinger vagy hányás. Az immunitás az oltás után csak 8–10 nap múlva áll be, állatoknál két hétig, embernél 3–4 hétig tart el. Calmette és Salimbeni állatkísérletek eredményeként kimond-ják, hogy a Hafkin-oltás egy darabig a befecskendezés után a pestis iránti fogékonyságot növeli és azért pestis-járványok szín-helyén ezen oltás nem veszedelem nélkül való.<sup>1</sup>

A Yersin-féle serum tudvalevőleg nem egyéb, mint pestis-bacillusok és toxinok ellen magas fokban immunizált lónak a vérsavója. Az ezzel való oltásnál az egyén készen kapja az anti-toxint, az ő szervezete nem kényszerül azt elaborálni, azért ezen immunitás passiv, a beoltás után rögtön áll be, de csak rövid ideig, átlag 8–10 napig mentesít. Ha az illető egyén állandóan van a fertőzésnek kitéve, ha pl. pestis-járvány színhelyén tartó-zodik, vagy betegekkel, hullákkal, kísérleti állatokkal érintkezik, akkor átlag tíz naponként volna az megújítandó. Az oportoí jár-ványnál két orvos kapta meg a pestist: França dr. és Pestana dr. Pestana dr. esete épen a fertőzésnek kitétt egyéneknek a be-oltások ismétlésének szükségességét bizonyítja. Pestana dr. 1899. szeptember 18-dikán 5 cm<sup>3</sup> Yersin-savót kapott és a fertőzés napjáig, október 12–13-dikáig, azaz 24–25 napon át, magát nem oltatta. Október 12-dikén bonczolásnál karmolta meg az ujját és mert itt munkáját épen befejezte, pár órával a bon-czolás után Lissabonba utazott. Itt október 13-dikán rázó hideggel, a sebből kiinduló lymphangioitissal és axillaris buboval betegszik meg, sürgönyöz egy nap múlva Salimbeniért, a ki a sürgönyt késve kapja, a vonatot elmulasztja és csak harmad-nap érkezik Lissabonba, a hol Pestanat kifejezett pestis-pneumoniában, véres köpettel és ezernyi pestis-bacillussal a köpet-ben találja, úgy hogy sem subcutan, sem intravenosus serum-adagolással nem volt megmenthető. Dr. França, az előbbinek assistense, október 8-dikán lett oltva 5 cm<sup>3</sup> savóval. Október 15-dikén egy pestises gyermek bonczolásánál bal hüvelykujját kétszer megsebzí, másnap e sebekekkel újból bonczol, a mikor magát bal gyűrűs ujján sebzí meg csont átfűrészelésnél. Ugyanaz

nap, október 16-dikán éjjel lancináló fájdalmak a bal hónaljban, a két anatómiai seb gyuladt és fájdalmas. Másnap, október 17-dikén a bal kar mozgása akadályozott a fájdalmas bubo miatt, de ez kiesi marad, a bőr nem pirosodik és nincs beszűrődve; nagy gyengeség, fehér nyelv, jó érlökés. Napközben borzongás, igen nagy fejfájás, főleg temporalis és occipitalis, délben 20 cm<sup>3</sup> savót kap a bőre alá, éjjel álmatlanság és hallucinatiók. Október 18-án prostratio, fájdalmas bubo, rázó hideg, borzongás, fejfájás, nyelv nedvesebb, 38° láz. Kap 40 cm<sup>3</sup>-t a bőre alá. Október 19-dikétől kezdve javulás, de még álmatlanság. Október 20-dikán nagy orrvérzés, a fejfájás rögtönös csökkenésével. Az arcz kivételével urticaria, hő 38°, általános gyengeség, jelentékeny izületi fájdal-mak. Október 21-dikén reggel kétszer orrvérzés, fejfájás eltűnik. Október 22-dikétől javulás, október 24-dikétől convalescens, de a duzzadt bubo nyomásra még három héten át érzékeny marad. Calmette az eset kedvező lefolyását annak tulajdonítja, hogy ezen hármas súlyos szokatlan fertőzés 7 nappal az első praeven-tiv oltás után történt, az enyhe lefolyást tehát a praeventiv oltás utóhatásának tekinti, mi mellett talán nem eléggé méltá-nyolja a gyógyezélből befecskendezett 60 cm<sup>3</sup> savót.

Glasgowban a praeventive oltott egyének közül kettő kapta meg a pestist. Az egyik egy szolgáléány, Ellen Rodden, aki szeptember 13-dikán 10 cm<sup>3</sup> savót kap és szeptember 13-dikán cervicalis buboval pestisben megbetegedik, tehát 10 nappal a védő oltás után. Igaz, hogy korábban, a védőoltás előtt már hét nap óta érintkezett oltás nélkül a betegekkel, mert a serum csak egy héttel a pestis kitörése, illetve megállapítása után érkezett meg Párisból Glasgowba. Cervicalis bubójának nedvéből tipikus tiszta pestis-cultúrákat kaptak, úgy hogy a kórisme helyessége iránt kétség fenn nem foroghat. Azonban az eset rendkívül eny-hén folyt le és gyorsan gyógyult. A másik eset Mrs. Gray-é, ki szeptember 10-dikén kapott 10 cm<sup>3</sup> savót és szeptember 18-dikán betegedett meg. Családjában előfordult pestis-esetekkel azonban már az oltás előtt érintkezett. Az eset gyors gyógyulással vég-ződött.

A pestis ellenes védőoltásoknál szerintem a következő kér-dések lennének ezek után tanulmányozandók.

1. A kellemetlen subjectiv tünetek valóban a lóserumnak, mint ilyennek, következményei-e? E zélel ép emberek ép ló-serummal volnának oltandók, a tünetek, vérnyomás, a vér, a secretumok, különösen a vizelet, volnának vizsgálandók.

2. Ugyanilyen összehasonlító vizsgálatok volnának végezen-dők a Yersin-féle serummal és a Hafkin-féle savóval ép em-bereken.

3. Bővebb tapasztalások szerzése látszik kívánatosnak a Yersin-serum és a Hafkin-féle savó együttes alkalmazását illető-leg. Salimbeni és Calmette Oportóban néhány ezirányú kísér-letet már végeztek. Az együttes alkalmazásnál a Hafkin okozta reactio csekélyebb és mert a Yersin-serum azonnal 8–10 napra mentesít, a két oltó anyag együttes alkalmazása a passiv és activ immunitás előnyeit egyesítené.

\*\*\*

Párisból Londonba mentünk, a hol a követségnél ajánló leveleinket átvéve, a Londontól 670 km.-nyire eső Glasgowba 9 óra alatt érkeztünk. Glasgow Skócia legnagyobb gyári és kereskedelmi városa egy millió lakossal. A Clyde folyam partján fekszik, a melynek torkolata pompás kikötőt szolgáltat és most 145 meter széles és 8 meter mély. Óriásiak és Angliábn is első-rendűek Glasgow hajógyarai. Milliokat költött a város a dockok kiépítésére is és ha az ember a hotel harmadik emeletéről a városon végig néz, a gyári kémények valóságos erdejétől van meglepve, a melyek okádják a füstöt, közöttük, mint király, emel-kedik ki a Chemical Works 130 meter magas kéménye. Sok lévén a gyára, sok a munkása is és bizony a munkásnegyed, a melyen naponként kellett átkocsikoznunk a várostól mintegy ¾ órányira fekvő pestis-kórházba, a városnak nagy parkjai és gazdagsága mellett is nagyon szegény és piszkos. Százával és ezrével ácsorognak és futkároznak térdig feltűrt nadragoskákban a gyermekek és ezeken az ember megérti, miért nevezik a rachi-tist angolkórnak; mert nincs köztük egy is, a kin angolkóros

<sup>1</sup> Calmette bizonyító kísérlete: két egér, mindegyik nem halálos adagú pestis-virust kap, az egyik ezenkívül még Hafkin-féle savót is; utóbbi meghal, előbbi csak megbetegszik.



deformatiok néha igen nagy fokban nem lennének könnyen láthatók. Vajjon összefügg-e e jelenség a glasgowi víz rendkívüli puhaságával, a mit a skót tavakból nyer a város, nem akarom vitatni. Mindenesetre a Glasgowba érkező idegen az első mosakodásnál meg van lepve a víznek esővízszerű puhaságától, melyben a legkisebb szappanmennyiség óriási habot ver.

A város fertőző betegségeinek állandó tanyája. Még ott találtuk Glasgow falain a nyár derekáról származó sürgős felszólításokat a revaccinatiokat illetőleg, mert rendkívüli volt a himlős betegeknek a száma. Typhus exanthematicus majdnem állandóan van néhány példánnyal a kórházban képviselve. Maguk a fertőző kórházaknak száma és berendezése is a fertőző betegségek gyakorisága mellett szól. Három ilyen kórháza van a városnak. 1. Legrégibb az 1865-ben épült Kennedy-Fever-Hospital, a mely a Skóciában épült legelső fertőző kórház s így historiai érdekekkel is bír, de a mai kívánalmaknak egyáltalában meg nem felel. 2. A 460 ágygyal rendelkező Belvedere-Hospital, melyben a scarlat, typhus, kanyaró, diphtheria stb. mellett a pestis-beteg is elhelyezést nyertek. 3. Ruchell-Hospital ugyanesak 460 ágygyal, a legpazarabb, legszebb kórház, melyet életemben láttam.

Glasgowba az esti órákban érkezve, másnap a polgármester-nél (Lord Prowost), úgyszintén a tiszti főorvosi hivatalban (Sanitary office) mutatkoztunk be, hol Chalmers dr., Medical Officer of Health, Ditmar dr., előbbinek segédje és Buchanan dr., a tiszti főorvosi hivatal bakteriologusa, ép oly szívesen fogadtak, mint a Belvedere-Hospitalban Brownlee (Physician superintendent), Mc. Clure (senior assistant) és Cairns dr., kiknek előzőekenységét e helyütt is megköszönni kedves kötelességem. Csakhamar megtisztelték bizalmukkal és nemcsak a bonczolásokon való részvételt, hanem azt is lehetővé tették, hogy két esetet magam bonczolhassak. Ezekon kívül a Glasgowban végzett pestisbonczolások összes kórbonczatani praeparatumait láthattam és valamennyiből górcső vizsgálatra anyagot kaptam.

\* \* \*

Mielőtt az esetek anatómiai, histologiai és bakteriologiai méltatására térnék, a glasgowi járvány időbeli fejlődéséről kell némelyeket előre bocsátanom.

A legelső megbetegedések a Rose Street 71. alatti házban lakó Bogan családban mutatkoztak. A Bogan leány törvénytelen 3 éves gyermeke és a gyermek nagyanja, Mrs. Bogan 1900. VIII/3. betegedtek meg.

A kis gyermek meghalt (1. eset) VIII/7.: zymotie enteritis, a nagyanyja meghalt (2. eset) VIII/9.: acut gastroenteritis diagnóissal.

Mindkét esetben a skótoknál divó, ünnepélyes halottmosást és utána halottvirrasztást végeztek, mely utóbbi voltaképen hajnalig elhúzódo halotti tornál nem egyéb, a szegényeknek egy-szerűen pálinka ivással helyettesítve.

Mrs. Bogan VIII/11. lett eltemetve. Férje, James Bogan (3. eset) VIII/12. lett beteg, hasi hagymáz hivatalos körjelzésével. De csak 15 nap múlva, VIII/27. szállították kórházba, a hol nála bubos pestist diagnosztizáltak.

A Bogan-családban előfordult két legelső pestis-eset forrását a glasgowi hivatalos körök máig se bírták megállapítani. A férj, James Bogan a Clyde folyó déli partján egy hajózó társaságnál munkás volt (nagy tengeri hajókkal, úgy látszik, directe nem is érintkezhetett). Ámde csak a felesége halála után betegedett meg s így őt az asszony is fertőzhette. A megbetegedett törvénytelen kis gyermeknek anyja, Bogan leánya, egy vasmunkással élt vad-házasságban, de mindketten végig épek maradtak.

A Rose Street-i megbetegedésekkel egy időben mutatkoztak megbetegedések a Thistle Street 50. sz. házban a Malloy családban.

A 40 éves Mrs. Malloy VIII/10. éjjel Bogannénál, a ki valószínű pestisben halt meg, vett részt a halottvirrasztáson. Malloyné VIII/20. betegedett meg és mert a mondott halottvirrasztáson kívül a fertőzés más forrása ismeretlen: az incubatio ez esetben valószínűleg 10 napos volt.

Malloyné 10 éves Christina leánya (4. eset) azonban már VIII/19. (vasárnap) este lett rosszul; meghalt VIII/21. Csak 10 percczel halála előtt látta őt az orvos, a ki pneumoniát vett fel.

Malloyné (5. eset) VIII/20. rázóhideggel, fejfájással, hasmenéssel és kiterültebb hasi fájdalmakkal betegedett meg. VIII/21. a jobb inguinalis tájon puha, érzékeny daganatot kapott és VIII/25. került a kórházba.

21 éves fia, Patrick Malloy (6. eset), VIII/22. betegszik meg, és 27-dikén halt meg. Rajta állapította meg a bakteriologia minden kriteriumával a pestist Robert Muir, a pathologiai anatomia és a pathologia tanára a glasgowi egyetemen.

VIII/23. pedig előbbinek féltestvére, a három éves William Malloy (7. eset) lett beteg.

A Malloy családból négyen betegedtek meg; kettő: a 10 éves Christina és a 21 éves Patrick meghalt, az anya Mrs. Malloy és három éves fia, William, meggyógyultak. Mind a négy beteg egy időben, VIII/25., lett a pestiskórházba felvéve.

Mrs. Malloy kórtörténetéből csak ennyit: VIII/20. rázóhideg, hányás, nagy fejfájás, diffus fájdalmak a hasban. VIII/21. általános tünetek súlyosbodása, jobb inguinalis bubo és ennek növekedése. VIII/25. kórházba felvétel: eszméletlen van, rémült arc-kifejezés, belövelt kötőhártya, forró bőr, száraz nyelv, nagy fejfájás, jobb inguinalis bubo a kötőszövet beszűrődésével, 102° F., 92 érlökés, 28 lélegzés. VIII/25. Krisisszerű javulás, 98° F., 64 pulsus, bubo kisebb, keményebb, fejfájás elenyészett, közérzet javult. Serumot nem kapott. Négy órával a kórházba való felvétel után bubopunctio: a szétkent nedv praeparatumában sok bacillus, melyek mindenben a pestiséhez hasonlítanak. E nedvből oltás, a mely 24 óra múlva agáron tiszta pestisbacillus-culturát ad.

A három éves William kórtörténetéből: Beteg lett VIII/21. Könnyű hasfájalmak, általános rosszullét, nagy bubo egész meggyorónyi submaxillaris bubo. Más mirigyek is kitapint-hatók, de nem dagadtak; belső szervekben semmi elváltozás. Serumot nem kapott. 10 nap múlva egészséges. Bakteriologiai vizsgálat ez esetben nem történt.

A Malloy család esetei, mert épen Patrickon lett a pestis diagnóisa tudományosan megállapítva, nagy feltűnést keltettek és sok utólagos bírálatnak lettek tárgyai, úgy hogy a kezelő orvos, Thomas Colvin dr., orvosi szaklapokban is közzétette nyilvános mentegetőzéseit, kiemelve, hogy a családban az első megbetegedés (a 10 éves Christina) VIII/20. hétfőn történt és mégis mind a négy beteg családtag csak szombaton 25-dikén került a kórházba, A hiba szerinte épen az volt, hogy hétfőtől szombatig a betegek szabadon közlekedtek látogató barátaikkal és így közvetve az egész várossal. Sajátságos Colvin dr. mentegetőzésének az a része, a hol felemlíti, hogy Mrs. Malloy főpanaszát a hányás tette, ettől kívánt mindenekelőtt megszabadulni. Nagy láza is volt, úgyszintén a jobb iliacalis táj fájdalmassága is fennállott, „de — úgymond — az inguinalis mirigyeket nem vizsgáltam, mert hiszen nem volt rá okom.” Colvin t. i. épen homályos hasi hagymáz fenforgásának felvételéből indult ki és így ferde irány-ban vizsgált és következtetett, mert hiszen a jobb czomb felső harmadának mellő színén a fájdalmas duzzadást ő is említi. E példa csak annak bizonyítására szolgál, mily könnyű téves irány-ban a haladás, ha maga a kiindulási pont is téves volt.

A kórházban természetesen a bubokat azonnal megállapították és mikor a már említett bakteriologiai vizsgálat a bubo nedvéből positiv eredményűvé lett, Knight dr. a Malloy család többi tagját, a 24 éves Charles-t és a 18 éves Ágneszt a Reception-house-ba szállította.

A három Malloy kórházba való felvételének napján, vagyis augusztus 25-dikén az Oxford lane 23-ból is hoztak egy nőt, Mrs. Tierney-t, hasi hagymáz kórisméjével a kórházba. De mert róla kiderült, hogy úgy, mint Malloyné, ő is Bogannénál halottat virrasztott, azért már felvételekor pestis-gyanuba fogták és a gyanu tényleg bevált. (8. eset.)

Erre mindazon egyének, a kik Bogannénál vagy a Malloy gyermeknél (Christina) halottat virrasztottak, ki lettek kutatva. Az eredmény az volt, hogy a) lakásukon két új pestis-beteget fedeztek fel, Mrs. Tierney két gyermekét (9. és 10. eset.) és a Thistle Street-ben, a Malloy-ok lakóházában egy leányt, Annie Mac K...t, a ki szintén halottvirrasztó volt; b) 100-nál több



oly embert is találtak, a kik gyanús betegekkel érintkeztek. Ezeket is a Reception-house-okba internálták.<sup>1</sup>

Ezen intézményről Frank barátom fog behatóan szólni, itt csak annyit, hogy a Reception-house-ok nem „ad hoc” a pestis alkalmából létesültek, hanem régen fennálló intézményt képeznek. Glasgowban négy ilyen van, 180–200 egyén befogadására. Ezen jól gondozott, tisztán tartott házakba internálják a fertőző betegségekben megbetegedettek összes családtagjait, mialatt 10–14 napon át a fertőzött lakásnak alapos tisztítása és fertőtlenítése befejezést nem nyert. Hogy ily emberek elkülönítése mily fontos, azt a glasgowi pestis-járványból vett egy példával is megvilágíthatom. Szeptember 15-dikén, a mikor 17 pestis-eset volt Glasgowban és 115 gyanús ember a Reception-house-okban Brownlee dr. jelenti, hogy e napig 6 pestis-eset került a Reception-house-okba internált gyanús egyénekből a kórházba. Ez esetek oly enyhe jellegűek voltak, hogy csak a bakteriologiai vizsgálat birta a diagnoszt kétségtelenné tenni, a mi nélkül ez esetek bizonyára sohasem kerülnek a hatóság tudomására. Hogy ez mégis megtörtént, a Reception-house-ok érdeme, a melyek valóságos szűrő szereppel bírnak.

\*\*\*

A járvány időbeli fejlődésének ezen főmozzanatai után át-  
tértek észlelt, illetve vizsgált eseteim megbeszélésére.

I. Patrick Malloy. 21 éves, lakik Thistle Street 47, 1/2 mértföldnyire a legközelebbi Kingston-dockhoz. Felvételt augusztus 25-dikén „enteric fever” külső diagnosissal.

Előzmények: A fertőzés más forrása nem ismeretes, mint az, hogy nővérevel (a 10 éves Christina Malloy) lakott egy szobában. Nővére VIII. 19-dikén betegedett meg és VIII. 21-dikén halt meg, valószínűleg pestisben, de pneumóniának lett kezelve.

Az incubatio itt valószínűleg négy napos. Patrick ugyanis anyja előadása szerint VIII. 22-dikén betegedett meg: rögtönös rázóhideg, hányás, hasmenés, hasi fájdalmak tüneteivel.

Jelen állapot: VIII. 25. Felvételekor félig comában van (semi-coma). Arcza szürkés, halvány, nagy rémület kifejezésével. Száj körül nagy halványság. Szemek félig nyitottak. Kötőhártya erősen belővelt. Forró bőr, hason és karokon biborpiros foltok. Lepedékes nyelv, tiszta széklettel.

A cervicalis mirigyek egész láncolata végig duzzadt, igen fájdalmas, a környező kötőszövet beszűrődésével s a bőr felettük vizenyős.

A jobb hónaljban evidensen nyirokmirigyekből összetett daganat, oedemás kötőszövetbe ágyazva, felette a bőr duzzadt. A

<sup>1</sup> A járvány részletes további chronológiája röviden ez: VIII. 29.-én a Malloy-ok szomszédságában S. Cobourg Street 6, Thomas Horn fiúcska (12. eset) (súlyos eset, de erős savó-kezeléssel megmentették).

Ugyanazon napon Govan külvárosban 9 éves gyermek halálos esete (13. eset), melyet Workmann dr. a halott lakásán (!) boncolt, s belőle a pestis-bacillust tisztára tenyésztette.

VIII. 30-dikán a kerületi orvos két új esetet fedez fel: James Cunningham (14. eset) és Patrick Ford szappanos (15. eset) Rose Street 77.

VIII. 29–30-dikán négy gyanús eset (16., 17., 18., 19. eset), kik Malloy Christinánál virrasztottak.

Ekképen szeptember elején 14 eset volt, a kórházban pedig 103 egyén 12 napra megfigyelés alatt.

A következő héten semmi új eset.

IX. 9. és 10-dikén két új beteg, kik semmiféle vonatkozásban az eddigi betegekkel nem állottak s távol is laktak a pestises kerülettől: Ch. Mac Menemy (20. eset) Dale Street 52 és Rosina Murphy fiatal munkásnő Florence Street 23 (21. eset).

Szeptember közepén tehát Glasgowban három különálló pestis-góc volt, egy negyedik pedig a külvárosban (banlieue), melyek mindegyike különböző eredettel látszott bérni.

IX. 10–14-dikéig semmi új eset.

IX. 14-dikén a kórházban a már említett szolgáléány: Ellen Rodden (22. eset) betegszik meg, a városban pedig Mrs. Brawley (23. eset) Cubie Street 81, egy desinfector felesége; ugyanezen napon lett felvéve a kórházba Georges Hill (24. eset) eszmadia, Mathiesen Street 248, a ki körülbelül 24 óra múlva már meghalt. Ugyanezen házban még két eset (25. és 26. eset).

IX. 15–16-dikán a Muir családban 4 eset, Cobourg Street 57 (27., 28., 29. és 30. eset) még VIII. 28-dikán halt meg a 14 éves Kate Muir (31. eset).

IX. 19-dikén Mrs. Gray, Mac Menemy nővére (ugyanazon lakás) és 6 éves leánya, Mary Gray (32. és 33. eset).

Ugyanezen napon lett felvéve W. Williamson, a ki X. 6-dikán halt meg, X. 7-dikén boncoltattam és a kiról kimutattam, hogy nagysejti nyirokmirigy sarcomája volt.

daganat érintésekor a coma daczára fájdalmi nyilatkozatok. A jobb hónalji daganat punctios nedvében a pestis-bacillusokhoz mindenben hasonló bacillusok. Légzés 18, érőkés 128, hőmérséklet 39.5° C.

Lefolyás: VIII. 26-dikán: a cervicalis mirigyek még duzzadtabbak. A bal inguinalis mirigyek most könnyen kitapint-hatók. Este a tegnapi punctióból tiszta cultura. VIII. 27-dikén: közérzete valamivel jobb: bírja a nyelvét mutatni. Délben cyanosis, pulsusgyengülés. Meghalt d. u. 3 óra 35 perczkor. Öt perczel halála előtt még elég jól érezte magát. Syncope?

Prof. Rob. Muir bonczjegyzőkönyvének lényege: VIII. 28.-án. Külsőleg: Elég jól táplált tetem. Jobb axillában distinct duzzadás; bal tarkón is; alig látható duzzadás a két inguin. tájon. Thorax: 1. Szívurokban 1/2 uncia véresen imbilált savó. 2. Jobb szív tágult; bal összehúzódott. Myocard halványabb, de nem puhább. 3. Száraz pleura-üregek. Tüdőkben hypostasis, kevés collaps, de semmi pneumoniás beszűrtség.

Abdomen: Lép nagyobb, 12 1/2 uncia nyom. Pulpa inkább halvány, Malpighi-testesek kicsinyek, éles határuak. Nagybok-fokú homályos duzzadás a májban és vesék kérgében (vérzés nélkül). Pankreas nedvdúsabb, duzzadt; úgyszintén a mellékvesék.

Nyirokmirigyek: 1. Mindkét oldali inguinalisok dagadtak; felszínük egyenetlen, igen vérbő, kevés haemorrh. ponttal; állományuk nedvdús, genyedés nélkül. 2. A retroperitonealisok igen duzzadtak. 3. A jobb hónalji duzzadás legerősebb, mirigyekből és beszűrt kötőszövetből van összetéve és felfelé a kulcsont mögé terjed. A mirigyek kis szilvanagyságúak, sötét pirosak, haemorrhagiásak. A periglandul. kötőszövetben kocsonyás oedema és diffus haemorrhagiák. 4. A jobb cervical. mirigyek igen duzzadtak, be a sternomastoideus alá terjedők. Bennük igen nagy haemorrhagiák, a szomszéd kötőszövet lobos. 5. Duzzadtak a gátor mirigyei is; a kötőszövet is lobosan vizenyős.

Görcső, cultura, oltások. A bacillusnak vizsgálata alak, nagyság, mobilitas = mozgási képesség, polaris festés, Gram melletti decoloratio, involutios alakok képzése, spóráképzés tekintetében a leggondosabban lett végezve. Culturák agar-agaron (Harkin-féle sós agaron is), vérsavón, pepton gelatinán és bouillonban készültek, végre állatoltások is lettek végezve. Ezen alapon, valamint a pozitív állatkísérletek alapján semmi kétség fenn nem maradt. Ezen vizsgálatok egy részében Muir barátom rendkívüli szíveségéből az ő saját pompás egyetemi laboratoriumában magam is részt vehettem.

Prof. R. Muir e módszerrel a pestis-bacillust minden kétséget kizáró módon nemesak Patrick Malloy-nál, hanem Patrick Ford, Thomas Horne, és James Bogan eseteiben is kimutatta.

Mrs. Malloy esetében görcsőileg degenerált bacillusokat talált, de tiszta culturát nem kapott, mert a beteg már gyógyulóban volt; de két nappal előbb M. Clure dr. még kapott tiszta culturát.

A mirigyekből ezen esetekben más microbát mint a pestis-bacillust nem is nyert.

Patrick Malloy esetében a bubonedvben óriási mennyiségű volt a bacillus.

A tetemből: máj, vesék, nyirokmirigyek pozitív culturákat adtak; a lépből a pestis-bacilluson kívül bacterium coli communis is kitenyészett.

Csontvelő görcsővi vizsgálatának főeredménye: 1. Finoman szemesézett myelocyták hyperplasiája, 2. a polynuclearis leucocy-ták megfogyatkozása.

Patrick Malloy esete ezek szerint tiszta bubos pestis alak volt septicaemia nélkül. A bacillus coli a hulla lépében a bélből odakerült postmortalis jelenségnél nem egyéb.

2. James Bogan, 60 éves. Lakik: 71 Rose Street. Felvételt VIII. 28-dikán orvosi bizonyítvány szerint hasi hagymázzal. Felvételének éjszakáján bubója pungálva lett, s nedvéből tiszta cultura lett nyerve.

Előzmények: Felesége és unokája megbetegedtek VIII. 3-dikán. Előbbi VIII. 9-dikén, utóbbi VIII. 7-dikén halt meg. Ő maga beteg lett VIII. 15-dikén (rázó hideg, émelygés, hányás, erős fejfájás, diffus hasi fájdalmak). Ágyba kellett feküdnie s ott maradt, míg kórházba szállították VIII. 28-dikán. VIII. 27-dikén (24 órával felvétele előtt) delirium. VIII. 25-dike óta hasmenése volt.

Jelen állapot: Rémült arezkifejezés, kötőhártyabelőveltség;



nyelv lepedékes, de szélei tiszták. Jobb inguinalis hajlásban a függőleges mirigyecsoport helyén nagy, feszes, vizenyős, puha duzzanat, s benne az egyes mirigyek ki nem tapinthatók a szomszédos kötőszövet beszűrt volta miatt.

A Poupart-szalag feletti mirigyek nem voltak kitapinthatók, mert a bőr itt is nagyon duzzadt. Hőmérsék 39·8° C., pulsus 72, légzés 24. Szívben, lépben, májban, tüdőben semmi.

Lefolyás: VIII. 30—IX. 8-dikáig deliriumok, nagyobb-kisebb fokú csuklás. IX. 1-je után oedema a jobb lábán. IX. 2-dikán krízis: hő leesik 37·7° C-ra, közérzet és pulsus javul.

A duzzadás hát- és felfelé a glutealis és sacralis tájra terjed, úgyszintén a jobb iliac. tájra úgy, hogy a hasfalak jobboldalt egészen beszűrték. IX. 6-dika óta a mirigyelgyenedéssel kapcsolatban új lázak indulnak meg, melyek a beteget végképen elgyengítik.

Bonczolás (Buchanan): A test igen lesóványodott. Hason és ezembokon sok barnapiros folt.

A jobb lágyéktáj bőrén egy nagy folytonossághiány (fekély, 2·5":1·5") alávájt éles szélekkel s belőle üszkös csafatokkal kevert szentes geny ürül.

Mindkét tüdő hátul, főleg jobboldalt, odanőtt. A finom hör-göcsökben sok nyákos geny.

A szív izomzata halavány, vérszegény, homályosan duzzadt. Sem a szívben, sem a szívburokban nincsenek véres pettyek. A billentyűk baloldalt rostosan megvastagodottak.

Máj rendes nagyságú és csak kevésbé vérdús.

Lép valamivel nagyobb. A tokban pontszerű megvastagodások. A szövet eléggé száraz.

Vesék felszíne könnyen szemesézett, sok apró tömlővel, burok elég könnyen levonható. A vese állományában kicsiny sárga pettyek; ezek átlátszatlanok és apró tályogokhoz hasonlítanak. (Zabolotny szerint „tubercules pesteuses“.)

A jobb fossa iliaca-ban egy nagy tályog, a mely az ileo-psoas lefutását követi és felfelé a lumbal-csigolyák jobb oldaláig terjed, de a csomó felső 1/3-a bőr alatti kötőszövetének elgyenedésével is párosul.

A gyomorban egy kis gömbölyű fekély a pylorus szomszédságában a gyomor hátsó falzatán.

Bélben, hólyagban, pankreasban semmi különös.

Górcsövi és bakteriologiai vizsgálat: Felvételenek éjszakáján bubója púgálva lett, s a nedv górcsövi vizsgálata igen nagy számú, morfológiailag a pestis-bacillusokhoz mindenben hasonló rövid bacillusokat mutat ki; e nedvből készült culturák pedig a pestis-bacillus tiszta tenyészetét adták. Az utóbbival eszközölt állatoltások a pestis bubós alakját idézték elő. (Prof. Muir laboratoriumában.)

A vesék górcsövi vizsgálata kisebbfokú nephritis interst. peripherica képeit adta, azaz Zabolotny tanár felvételét, hogy itt úgynevezett pestis-gümők (tubercules pesteuses) forognának fenn, be nem igazolta.

(Folytatása következik.)

## Közlemény az elme- és idegkórtani klinikából. (Igazgató Laufenauer Károly ny. r. tanár.)

### Polioencephalitis superior chronica esete.

Közlő: Hudovernig Károly dr. II. tanársegéd.

A polioencephalitis superior chronica nem tartozik ugyan a ritkább betegségek közé s elég gyakran látjuk az aqueductus Sylvii körül fekvő idegmagvak sclerosisából származó s a megfelelő agyidegek által ellátott területen fellépő bénulásokat, de ezen kórformát tisztán, mint chronikus lefolyását a Wernicke által megállapított polioencephalitis superior haemorrhagica-nak felette ritkán van alkalmunk észlelni. Minthogy az alább közlendő eset — legalább hat évi fennállás után — jelenleg is csupán eme ritka kóralakot mutatja s mert e ritkaságot a tünetek egyoldalú fellépése még feltűnőbbé teszi, gondolom, hogy ismertetése talán elég érdekes adatként szerepelhet e kóralak casuisticájához.

Az irodalomban elég adatot találunk a polioencephalitis superior chronicára s ennek legkimagaslóbb tüneteire, a nuclearis

eredetű szemizombénulásra vonatkozólag; ennek főbb pontjait óhajtom röviden összefoglalni, a mennyiben ezek ismerete az alább közlendő eset megbíráására és osztályozására szükséges s a mennyiben ezek általam hozzáférhetők voltak.

A polioencephalitis superior chronikus alakját előrehaladó szemizombénulás neve alatt Graefe<sup>1</sup> már régen ismertette; utána Wernicke<sup>2</sup> 1883-ban adta összefoglaló leírását s egyszersmind kritikailag méltatta az addig közölt eseteket, de hangsúlyozta, hogy legtöbb esetben a polioencephalitis superior chronicához, később a bulbaer paralysis vagy más degeneratív folyamat tünetei csatlakoznak; kiemelte továbbá, hogy a polioencephalitis superior chronica azonos folyamat az idült bulbaer paralysissal, vagy mint ezt nevezi: a polioencephalitis inferior chronicával.

Charcot<sup>3</sup> szerint az aqueductus táján eredő agyidegek nuclearis bénulásai háromféle okból származhatnak; 1. egy daganat összenyomja a sejteket; 2. lefolyhat itt egy heveny haemorrhagikus lob, ez Wernicke polioencephalitis superior acutája s 3. a mozgató magvak eredetileg meg vannak támadva, ép úgy, mint például a spinalis eredetű atrophia muscularis progressivánál a gerinczagy mellő szarvai, vagy a „paralysis bulbaire inférieure“-nél a hypoglossus, facialis stb. motoros magvai. Eme utóbbi csoportba helyezi a polioencephalitis superior chronicát s ezt ellentétben a tulajdonképeni vagy alsó bulbaer paralysissal „paralysis bulbaire supérieure“-nek is nevezi. Egyszersmind kiemeli azonban, hogy e kétféle paralysis bulbaire között átmeneti formák is léteznek és hogy e kétféle bulbaris hűdés egymásnak pendantja. A polioencephalitis superior chronica előfordulását illetőleg Charcot klinikailag három formát különböztet meg: 1. Midőn e kór-kép, vagyis az abban leginkább vagy kizárólag észlelhető szemizomhűdés egy önálló, független bántalom, többé-kevésbé ismeretlen kóroktannal, kiemelve, hogy ezen szemizomhűdés az esetek túlnyomó számában más mozgató agyidegek területén fellépő nuclearis hűdésekkel szövődhetik, vagyis a felső s alsó bulbaer hűdés combinatioja keletkezik. 2. Felléphet a paralysis bulbaire supérieure a tabes dorsalis és paralysis progressiva folyamán s 3. szövődhetik a polioencephalitis superior chronica izomsorvadásos megbetegedésekkel, melyek székhelye vagy a nyúltvelő alsó része, vagy a gerinczagy. Ezen három eshetőség közül a második és harmadik igen gyakori, ellenben ritka az első.

Wernicke és Charcot megegyeznek tehát abban, hogy a polioencephalitis superior chronica a bulbaer paralysissal analog folyamatnak tekintendő, és hogy e megbetegedés felette ritkán észlelhető tisztán, magában, mint önálló kórforma, hanem rendszerint combinálódik a központi idegrendszernek valamely más degeneratív folyamatával.

Ugyanígy nyilatkozik Brissaud<sup>4</sup>; a nuclearis szemizomhűdéseket fejtegetvén, acceptálja Charcot beosztását, de a polioencephalitis superior chronicának megjelenési formáit illetőleg még hozzáteszi a Rosenthal<sup>5</sup> által felállított lehetőséget, hogy t. i. a nuclearis szemizomhűdés, mely rendszerint a külső szemizmok hűdésével kezdődik, kivételesen felfelé is terjedhet, azaz az irido-ciiliaris magvakra s így a külső szemizomhűdés idővel teljes szemizomhűdésbe mehet át.

Eme lehetőséget Gowers<sup>6</sup> is acceptálja, midőn Graefével ellentétben, ki a progressiv nuclearis szemizomhűdésnél jellegzetesnek mondja, hogy ez állandóan csak ophthalmoplegia externa alakjában nyilvánul, constátálja, hogy a nuclearis bénulás idővel a belső szemizmokra is terjedhet.

A bulbaris agyidegek combinált hűdésinél Gowers<sup>7</sup> is két csoportot vesz fel: ama idegeket, melyek a szemizmokat látják el, s amazokét, a melyek a száj, nyelv, szájpád és garat izmait innerválják; eme beosztás tehát azonos Charcot paralysis bulbaire inférieure-jével s supérieure-jével; Gowers hangsúlyozza, hogy tekintettel arra, mennyiben vesz részt a facialis eme hűdésekben, különösen ezen idegről mondhatni, hogy középhelyet foglal el e két csoport között.

Monakow<sup>8</sup> is kifejti, hogy a nuclearis szemizomhűdések az esetek túlnyomó számában a központi idegrendszernek más degeneratív folyamatainak részjelenségét képezik. A mi már most Graefenek imént említett nézetét illeti, hogy t. i. nuclearis szemizomhűdés mindig csak a külső szemizmok bénulásában nyilatkozik, erre nézve Monakow éppen a legellentétebb állásponton



van: szerinte a nuclearis eredetű ophthalmoplegiánál a belső szemizmok is mindig meg vannak támadva, s ama eseteket, melyeknél a belső szemizmok szabadon maradtak, épen nem nuclearis eredetűeknek mondja. A nuclearis szemizomhüdések localisatioja szerinte olyan, hogy az összes sejtesoportokat egyaránt támadja meg, tekintet nélkül ezeknek élettani működésére.

Ziehen<sup>9</sup> nem megy oly messzire, mint Monakow; mindazonáltal ő is kiemeli, hogy a polioencephalitis superior chronica folyamán rendszeren az oculomotorius mag összes sejtesoportjai betegednek meg, de a sphincter iridis s musculus ciliaris sejtjei szabadon maradhatnak.

Az eset, melyet az elme- és idegkórtani klinikán alkalmam volt észlelhetni, a következő:

Sz. Eszter, 17 éves hajadon cseléd; családi előzményekben semmi jellegzetes, szülei élnek, betegesek, és mint beteg mondja, gyakran szenvednek „hülésben”; öt testvére van, ezek mind egészségesek; anyja nem vetélt el egyszer sem. Nagyszüleirol nem tud felvilágosítást adni; elme- vagy idegbetegség családjában nem fordult elő.

Az egyéni előzmények vizsgálata is teljesen negativ eredményt ad: anyjától tudja, hogy könnyen született, idején tanult járni s beszélni; fogzásnál nem voltak görcsei, fertőző vagy más betegségei sohasem voltak; jelen bajának kezdetéig mindig egészséges volt, betegségét megelőzőleg sem meghülésen, sem fertőző bajon nem ment keresztül. Fejfájásai csak szörványosan voltak, ha elrontotta gyomrát, vagy ha meghűlt.

Mostani betegsége körülbelül hat év óta áll fenn; ekkor észrevette, hogy bal szeme „félre állt”, lassankint kifelé fordult s ezzel párhuzamosan mind gyengébb lett ama képessége, hogy bal szemét befelé fordítsa; kettősen ez idő alatt nem látott. Körülbelül ugyanezen időben még egy más tünetet is észlelt: bal szemének beesukódását; a bal felső szemhéj mindinkább lejjebb lógott, mind nehezebben tudta e szemét kinyitni.

Két év óta a bal szeme be van csukva, s a szemteke egészen kifelé fordult; jelenleg bal szemét még ki tudja ugyan nyitni, de csak nehezen, nagy megerőltetéssel s csak akkor, ha fogsorait erősen összeszorítja, de így is csak néhány pillanatig képes szemét nyitva tartani, a felső szemhéj akarata ellenére erőtlenséggel leesik; a bal szemgolyót kevésbé még befelé fordíthatja, de csak igen rövid időre s nagy megerőltetéssel, a szemgolyó azonban csakhamar visszazökken előbbi helyzetébe.

Beteg különben a legjobb egészségnek örvend, panaszának tárgyát csak bal szemének állapota képezi; testi ereje teljes, a legnehezebb munkát jól bírja, feje csak igen ritkán, az imént említett okok egyikéből vagy másikából szokott rövid ideig fájni. A leírandó baloldali facialis paresist beteg ez ideig észre sem vette.

Az objectiv vizsgálat (1900. június) eredménye a következő: A középtermű jól, fejlett s táplált nöbeteg csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat, csak arczkoponyája kissé széles, különösen a járomívek magasságában; degeneratív jelek nincsenek. A beteg megtekintésénél azonnal feltűnik a bal szem ptosisa (1. ábra); nyugalmi helyzetben a bal felső szemhéj teljesen lelóg, a szemrés körülbelül 2 mm.-nyi, a pillacsapás tünete azonban megvan: midőn a jobb szem e mozgást teszi, ugyanakkor a bal szem lecsüngő felső szemhéján szintén lezáró mozgás észlelhető egyidejűleg, de kevésbé erőteljesen, mint az egészséges szemén. Beteg képes a bal felső szemhéját active felemelni, úgy hogy néhány pillanatig a két szemrés körülbelül egyenlő nagy; ugyanakkor a bal felső szemhéjban finom remegés észlelhető. E mozgást beteg azonban csak akkor képes végezni, ha fogait egymáshoz szorítja, mi objective is constataható mindkét masseter összehúzódása folytán (2. ábra). Ha bal szemét kinyitotta, csak néhány pillanatig marad nyitva, a felső szemhéj lassan, zökkenésekkel, erőtlenséggel esik le, bármennyire akar is ellentálni a beteg. Szemmozgások jobboldalt teljesen szabadok; baloldalt csak a m. rectus externus működik és a m. obliquus superior. A szemgolyó állandóan kifelé rotált helyzetben van, lefelé csak minimalis fokban mozgatható; a többi külső szemizom, melyet a bal oculomotorius lát el, teljesen bénult. A szemhéjak erőltetett bezárása után a bal szemén egy-két víz-

szintes irányú rángás észlelhető. Ugyancsak hűdöttek a bal oculomotorius által ellátott belső szemizmok: míg a jobb pupilla teljesen jól reagál, a bal középtág, sem direct fényre, sem consensualisan, sem convergálásra nem reagál; a bal szem megvilágításánál a jobb pupilla consensualis reactioja intactnak bizonyul. A tarkó bőrének ingerlése faradikus árammal a jobb pupillán reactiot vált ki, a bal nem reagál.

Cornealis reflex mindkét szemén megvan, kiváltása a bal szemén az ezen oldali rectus externusnak egy-két clonikus rángásával jár. A bal cornea érzése intact, legkisebb érintésére is védekező fejmozgással és pillazárással reagál a beteg.

Az eltérések második csoportja a bal facialis területén mutatkozik. Már nyugalmi helyzetben is feltűnik, hogy a bal facialis gyengébb: a bal sulcus naso-labialis kevésbé mély, a homlokránczok ezen oldalon elsimultak. Még feltűnőbb a különbség a két arczideg működésében az innervationál a bal facialis alsó s középső ága által ellátott izmokban alig észlelhető összehúzódnás; a fogak mutatasakor vagy mosolygásnál a bal szájjug nem változtatja helyzetét, az ajkakat emelő és lehúzó izmok baloldalt igen gyengén működnek; de gyengébb a bal facialis felső ága is: a homlok ránczolásánál a harántredők ezen oldalon kevésbé kifejezettek. A jobb facialis működése teljesen intact.

Egyéb eltérés betegnél nem észlelhető: hallás, szaglás, íz-érzés normalis; a bulbaris agyidegek területén semmi eltérés; végtagok ereje megtartott, contracturák, bénulások, tonusfokozódás nincsenek; bőrérzés rendben van. Reflexek normalisak. Szívhangok tiszták, tüdők felett semmi eltérés sem constataható.



1. ábra.

2. ábra.

A villamos vizsgálat eredménye a következő: A bal facialis területén faradikus áram mellett az izmok indirect ingerlésénél néhány milliméterrel nagyobb tekerestávolság elegendő a rángás előidézésére; az izmok direct ingerlése mindkét oldalt ugyanazon tekerestávolságnál érhető el. Míg jobboldalt erősebb árammal állandó tonikus contractura lép fel, addig baloldalt különösen az orbicularis oculib, levator alae nasib, s depressor anguli orisban „Flimmerzuckung” észlelhető. Galvan-árammal a bal oldal ingerlékenysége minimalisan fokozottnak látszik, a különbség azonban csak tized milliampérekre megy; galvan-árammal directe s indirecte vizsgálva az izmok összehúzódnását, eltérés nem észlelhető: a rángások villámszerűek, inversio nines. Az oculomotorius által ellátott izmok villamos vizsgálata nem lett megejtve.

A szemészeti vizsgálat eredménye, melyet Blaskovics F. dr. tanársegéd úr szíveségének köszönök, a következő:

I. Functionalis vizsgálat. Jobb szem visusa  $\frac{5}{5}$ , üveget nem fogad el; bal szem visusa  $\frac{5}{30}$ . Hm. 5 D-val ugyancsak  $\frac{5}{30}$ . Tárgy- és színes látóterek mindkét szemén szabadok, kettős képek nem idézhetők fel. Központ: jobb szemén 940 mm.; bal szemén, gyenge látóképessége miatt, szabatosan nem határozható meg; + 7.0 D-val Jaeger Nr. 14 betűt 180–200 mm.-ről látja legelébben.

II. Objectiv vizsgálat. a) Jobb szemén sem külső megtekintésre, sem a szemmozgásokban, sem a pupillán s a szemfenéken elváltozás nem található. b) Bal szem felső szemhéja



lelőg úgy, hogy a szemrés csak 2 mm.-re tátong; a szemhéj bőre ránczolt. Passive a szemhéj jól emelhető, ha az emelés kísérleténél a beteg fogait összeszorítja; a szemrés nyitása ilyenkor sem tökéletes, egy-két zökkenéssel történik s ugyancsak zökkenéssel jut vissza előbbi állásába. A szemteke kifelé rotált; a szemmozgások vizsgálásánál a szegolyó zökkenésekkel mozog úgy befelé, mint kifelé. Befelé a cornea a középvonaltól 7 mm.-re marad vissza; fel- és lefelé nem mozdul el, csak az obliquus superiornak megfelelő rotáló mozgás van jelen. A conjunctiván s a fénytörő közegekben nincsen elváltozás; astigmatismus nem mutatható ki. A pupilla 5 mm.-re tág, fényre sem directe, sem indirecte nem reagál. Szemfenékén: a pupilla felül-belülről ki- és aláfelé ferdén ovalis, de egyébként teljesen épnek mutatkozik; a szemfenék fénytörése tükörrel is 2'0 D. hypermetropiát mutat. Ezen leletből következik, hogy baloldali nem teljes ptosison kívül az oculomotorius úgy külső, mint belső ágai teljesen hűdöttek; a külső egyenes izom contracturás állapotban van. Ezenkívül a bal szem amblyopiás. Tekintve azt, hogy a jobb szem emmetrop s a bal szem 2'0 D. Hm. mutatható ki s a pupilla is anomaliás alakú, valószínű, hogy az amblyopia veleszületett.

Röviden összefoglalva a mondottakat, látjuk, hogy egy családirag nem terhelt, erőteljes, különben egészséges, tizenhét éves fiatal leánynál egy baloldali teljes oculomotorius hűdés és ugyanazon oldali facialis paresis áll fenn. Az oculomotorius hűdés hat év előtt a szegolyónak kifelé fordulásával, majd fokozatosan növekvő ptosisal kezdődött, a tünetek lassanként súlyosbodtak, de mindez egyéb kísérő tünet nélkül. Jelenleg az oculomotorius által ellátott összes izmok meg vannak támadva, úgy a belső, mint külső szemizmok és pedig akként, hogy a levator palpebrae superioris nem teljesen, a többi izom pedig teljesen hűdött; a bal szemnek más agyidegek által innervált izmai, jelesen az obliquus superior és a rectus externus jól működnek, az utóbbi antagonistájának bénult volta miatt contracturában van. A bal szem ezen kívül amblyopiás, mely amblyopia veleszületett; fényérzése megvan, látótere szabados; a pupilla csak ferdén elhúzódt, de sem lob, sem pangás tüneteit nem mutatja. A jobb szem teljesen ép. Ezenkívül fennáll a betegnél egy baloldali facialis bénulás, mely mindhárom ágában constatalható, de a mely eddig subjectiv panasznak nem képezte tárgyát.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti általános poliklinika urológiai osztályából.<sup>1</sup>

### Az ondókiürülések kóros nyilvánulásairól, kór- és gyógytani szempontból.

Feleki Hugó dr. egyetemi magántanártól.

(Vége.)

#### II. Újabb szerek és gyógyeljárások a kóros ondókiürülések terapiájában.

Ha a kóros ondókiürüléseket nem tekinthetjük önálló betegségeknek, hanem csak valamely localis bántalom vagy a sexualis functiokat befolyásoló szervek, esetleg az egész szervezet megbetegedése egyik tünetének — mely tétel helyességéhez kétség nem férhet —, úgy a tervszerű terapiának is nem ezen jelenség, hanem az ezen jelenséget okozó alpbántalom ellen kell első sorban irányulnia. Nem lehet itt czélem a jól ismert ily alpbántalmak (localis szervi betegségek, a központi idegrendszer bántalmai, egyes idült bajok: diabetes, malaria, nephritis, alkoholismus, ólommérgezés stb.) kapesán kifejlődő vagy psychikus okokból fellépő, továbbá egyes gyógyszerek (opium, morphiun, arsen) hosszas használata után jelentkező functionalis zavaroknak therapeutikus szempontból való tüzetes tárgyalása. Kerülni kívánám az e tekintetben általánosan elfogadott elvek és eljárások czéletalan reproducálását, hanem e közlemény kórtani részében megtartott keret határain belül óhajtván maradni, azon kérdéssel kell tüzetesebben foglalkoznom, hogy az amott fejtegetett jelenségek mily irányelveket szabnak elénk a szóban levő functionalis zavarok különböző alakjainak kezelésénél. Az ott vázolt leletek engem egyrészt arról győzték meg, hogy egyes alkalmazásban levő, de individualizálás nélkül követett eljárásoknak e leletek

minőségűsége szerint megvan a szigorú javulatuk vagy ellenjavulatuk, másrészt arra birtak, hogy e bántalmak terapiájába belevonjak egyes oly gyógyszereket és eljárásokat, melyek eddig ily czélra nem alkalmaztattak.

Ha kóros magömlések, spermatorrhoea, csökkent libido, korai vagy késői ejaculatio, a merevedő képesség csökkenése vagy hiánya, vagy egyéb zavarok állanak fenn e sexualis functio terén és ezeknek okaként az e közlemény első részében jelzett bántalmak vagy káros behatások állapíthatók meg, úgy itt a localis beavatkozások és a belső szerek alkalmazása csak kiegészítő részét képezhetik a kóros jelenségek alapokának megszüntetésére irányuló eljárásoknak és intézkedéseknek. Áll ez első sorban a változtatott nem excessusok okozta kóros jelenségek orvoslásánál. Ha a kóros jelenségek létrejöttét gonorrhoea előzte meg, úgy szembevetendő klinikai tünetek jelentkezése nélkül is kutatnunk kell, nem-e a pars prostatica és az ezzel összefüggő szervek, különösen pedig nem-e a monyóvi mirigy bántalmazottságában rejlik az alap-ok? E tekintetben a genitáliák külső vizsgálatán kívül a prostatából a végbélen át kisajtott váladéknak göresövi, valamint az urethrának endoszkopiai vizsgálata minden kétségtűntet el fogja oszlathatni. A nem functioknak gonorrhoea okozta zavarainál a lobos elváltozásoknak — különösen a pars prostatica és szükség esetén a prostata és az ondóhólyagok — megfelelő módon való lobellenes kezelése mellett a prostatás húgycsőrészlet idegvégződéseire kell alkalmas helyi és általános gyógyeljárásokkal csillapítólag hatnunk. (L. alább.)

Ha bármely egyéb betegség részjelenségét képezik a szóban levő kóros magömlések és egyéb functionalis zavarok, úgy csak az alapok kifürkészése és a viszonyok gondos mérlegelése után szabad a szokásos helyi beavatkozásokhoz és belső szerek alkalmazásához nyúlunk. Mert a mily kétségtelen, hogy sokszor meglepő eredményt sikerül helyi beavatkozásainkkal elérnünk, úgy más részről elvül szolgáljon az, hogy a localis kezelés sohasem alkalmaztassék kísérletképpen és mindenütt mellőztessék, hol annak veszélye forog fenn, hogy ezzel az alpbántalomra károsan hathatunk. Különösen a neurastheniás esetek igényelnek e tekintetben nagy óvatosságot. Az indicatio, illetve contraindicatio megállapításánál az alpbántalom, a genitáliák és a beteg általános állapotának szemmel tartásával a tükörvizsgálat fogja nekünk, a mint azt alább látni fogjuk, a legjobb útmutatást nyújtani. Az endoszkopiai vizsgálatnak a pars prostatica, illetőleg a colliculusnak, a prostata kivezető csöveinek és a duct. ejaculatorii nyílásainak állapotára kell kiterjeszkednie. Az alábbiakból az is ki fog világlni, hogy ugyanily megfontoltsággal kell eljárunk a nyújtandó belső szerek javulatának megállapításánál is.

Hiszen már az eddigi fejtegetésekből is a priori plausibilisnek fog tűnni, hogy ott, hol a látható tükörkép a hyperaemia jelenségeit tárja elénk és a hol talán ezen hyperaemiás állapot az idegek mentén centripetalisan a központok felé folytatódik, vagy hol talán fordítva, az észlelhető ily kép tulajdonképpen egyik részjelensége a központok és idegek hyperaemiás állapotának, valamint a prostata congestiojának, más therapiát fog igényelni, mint azon esetek, hol a pars prostatica tükörképe az anaemia, atrophia vagy a kötőszöveti kérgesedés jelenségeit nyújtja. Képzeltető-e, hogy a rendszerint individualizálás nélkül ily esetekben alkalmazott Winternitz-féle hűsítő szondán át keringő hideg víz egyformán jó hatással lesz azokban az esetekben, hol az ondódomb jelentékeny hyperaemiának képét nyújtja és azokban, hol nagyfokú anaemiát vagy atrophiat észlelünk? Képzeltető-e, hogy az ugyancsak megszorítás nélkül a húgycsőelektrodon át alkalmazott villamóram egyforma hatást fog kifejteni a colliculusnak az állandó hyperaemia, esetleg lob által irritált állapotban levő idegvégződéseire, mint az anaemiás, esetleg atrophias colliculusra? És nem áll-e ugyanez a belsőleg rendelni szokott egyes gyógyszerekre, minők az arsenicum-, vas-, phosphor- és bromkészítmények.

Alkalmazásban van a secale cornutum és a cornutinum (utóbbi Meisels ajánlatára) a spermatorrhoea, a kóros pollutio és a hasonló functionalis zavarok ellen. A secale-t eleinte nyilván ama tapasztalati tényből kiindulól alkalmazták, hogy méhösszehúzó-dásokat képes kiváltani és azt remélték, hogy itt is a vesiculae seminales és a ductus ejaculatoriusok összehúzó-dását fogja előidézni és így a kóros ondókiürüléseket megakadályozni. Újabban azon-



ban ez is, meg a cornutinum is mint a vasomotorikus központra ható szerek ajánlatnak oly célból, hogy a gerincezvelő edényeit összehúzódnásra bírják és így a centrum genito-spinale, valamint az egész gerincezagy irritabilitását csökkentsek.

Azt kértem azonban, vajon minden esetben lehet-e ezúton ily hatás elérésére? És képzelhető-e ily úton eredmény akár a fent jelzett második csoportnál (anaemiás colliculus, atrophia colliculi), akár a gonorrhoea okozta mélyreható, esetleg a prostata congestiójával vagy gyulladásával kapcsolatos szöveti elváltozásoknál? A válasz már elméleti alapon is csak tagadó lehet. De mit mond a tapasztalat?

Mintegy 4 éve, hogy a szóban levő kóros állapotoknál belső kezelésre egy szert használok, mely a nőgyógyászatban Schatz ajánlatára 1883 óta mint vérzéscsillapító van alkalmazásban, ez a *hydrastis* folyékony kivonata. E szernek az említett hasonló hatású gyógyszerek felett az a nagy előnye, hogy hosszú időn át minden kellemetlen mellékhatástól való veszély nélkül alkalmazható, hogy adagjai nem minimalisak és így pontosan kimérhetők, hogy a gyomor kitűnően tűri (sőt stomachicumul is ajánlatott) és végül, hogy szemben az említett szerekkel, nem drága. A *hydrastis* hatása, a *Marfori* által végzett állatkísérletek eredménye szerint az, hogy edényszűkületet idéz elő. *Falk* (1890) szerint az edénycontractio első sorban az edényekre való közvetlen hatásának tulajdonítandó, mert ha a vasomotorikus centrumot chloralhydrat által teljesen bénítjuk, mégis vérnyomás-fokozódást idéz elő. E szerző szerint a peripherikus véredényekben tartós összehúzódnási állapotot idéz elő, azoknak izomelemeire vagy az azokban levő idegvégződésekre fejtve ki hatását. (Schatz, Fellner, Langaard, Koeniger régibb keletű közleményei szerint e szer a vasomotorikus centrumra hat.) Valamennyi szerző egyetért abban, hogy a *hydrastis* energikus és tartós edényszűkítő hatást fejt ki a kis véredényekre, a mint ez a női ivarszervek hyperaemiájánál való használatánál szemmel láthatólag megállapítható. (Közbevetőleg megemlítem még, hogy Crouse (1891) e szert a phthisikusok izzadása ellen alkalmazta sikerrel.)

A *hydrastis* közel 600 esetben alkalmaztam egyéb gyógy-eljárások kíséretében és pedig majd feltűnő sikerrel, majd eredmény nélkül. De mióta kellő tekintettel vagyok arra, hogy csak alkalmas esetekben rendeljem, az e szerbe helyezett bizalmat teljesen okadatoltnak látom.

Hatásának szembetűnő példáját látjuk oly egyébként egészséges egyéneknél, kik abusús sexualis következtében kóros magömlésekben szenvednek. Az ily esetekben a *hydrastis*, naponta 3-szor 15—20 cseppnyi mennyiségben használva, minden egyéb gyógyeljárás alkalmazása nélkül, feltűnő gyors és tartós sikert szokott eredményezni. A magömlések elmaradásával sokszor jól észlelhető a pars posterior hyperaemiájának fokozatos csökkenése.

Hasonló tapasztalatunk leszen az egyéb, csak a pars prostata vérbőségével, esetleg a prostata vérteltségével is járó functionalis zavarok (korai ejaculatio, spermatorrhoea stb.) sok eseténél, ha e szert hosszabb időn — esetleg hónapokon át — alkalmaztatjuk.

De teljesen hatástalan lesz e szer a súlyos, különösen a terhelt egyének neurastheniája okozta functionalis zavaroknál, az alkati betegségekkel, kapcsolatos ily jelenségeknél, továbbá azon esetekben, hol a zavarokat az ifjúkor elején, éveken át folytatott masturbatio késői következményének kell tekintenünk, valamint nem várhatunk hatást az oly esetekben, hol a caput gallinaginisen és szomszédságában (prostata, ondóhólyagok) kankó okozta jelen-tékenyebb lobos elváltozások állanak fenn, vagy hol a colliculus az anaemiás (esetleg atrophias) typus tükröképét nyújtja, bármely kóros folyamatra is vezetendő vissza az ezt előidéző localis elváltozások.

De még az e therapiára kedvezően reagáló eseteknél is a gyulladás gyorsaságát és a siker tartósságát előnyösen befolyásolhatjuk a megfelelő egyéb gyógyeljárások párhuzamos alkalmazásával, az alapok követelte intézkedésekről mint természetes dologról nem is szólván. A még később fejtegetendő egyes localis beavatkozások mellett legtöbbször elénk áll a neurasthenia sexualis ellen bevált általános kúrák alkalmazásának szükségessége. (Ujabbán kényes inyi egyének részére az extractum fluidum be-párlása által nyert száraz *hydrastis* készítményt hozattam forgalomba, kis, borsónyi átmérőjű „tabletta extr. *hydrastis canadens.*

sicii“ alakjában, melynek mindegyike 20 csepp extractum fluidum-nak felel meg.)

A *hydrastis*sal elért eredmények arra buzdítottak, hogy a *hydrastis*hoz egyéb irányban hasonló hatásának bizonyult, de a szóban levő bántalmaknál még nem alkalmazott egyes más szerekkel is végezzen kísérleteket. Megkezdtem ezeket az újabban haemostaticumul használt *stypticinnel*, továbbá egy a *therapia* egyéb terén már régebben szereplő szerrel, a *hamamelis virginica*-val, melyet egyes szerzők (Dujardin-Beaumont, Jousset és mások) szintén különböző vérzéseknél (metrorrhagia, haematuria, haemorrhoidák) állítólag feltűnő jó sikerrel alkalmaztak belsőleg és a lob és vérzés egyes eseteiben külsőleg is. Az eddigi kísérleteim még nem jogosítanak fel véleménynyilvánításra.

A mint arra már történt utalás, a vízkúra és pedig a langyos, fokozatosan a hűvös felé közeledő félfürdők (26—20° R.) ledörzsölésekkel és doucheokkal a gátra, a sacro-lumbalis tájra és a tarkóra, nemkülönben a természetes, esetleg a mesterséges szénsavas fürdők sokszor előnyösen egészítik ki a szóban forgó jelenségek ellen irányuló gyógyeljárásunkat, de mindenkor betegünk alapos megvizsgálása révén előzetesen meg kell győződünk, nem forog-e fenn alkalmazásukat contraindikáló ok? Nagy elterjedtségnek örvend a hideg víznek az urethrán és a végbélen át való applicálása a *Winternitz-féle psychrophorral*, illetőleg az *Arzperger-féle végbélhűsítővel*. Már czéloztunk rá, hogy e gyógyeljárásnál is mennyire szükséges az individualizálás. A hűvös víznek (14°—10° R.) a W.-féle hűsítő szondán át való applicálásának indicatioja és contraindicatioja összeesik a *hydrastis* alkalmazásának javalata és ellenjavalatával. Ott hol úgy a *hydrastis*, mint a localis hideg alkalmazása a colliculus anaemiája miatt contraindicált, jó hatású szokott lenni a meleg víznek a psychrophoron át (28° R) vagy *Arzperger*-készüléken át (28—32° R) való applicálása. Az *Arzperger*-féle készüléket ezen, de más czélokra is, nem az eredeti, hanem az általam módosított alakjában használok. Ugyanis a prostatának anatómiai helyzetét és alakját, valamint az ilyenkor gyakori congestio vagy lob által létrejött megnagyobbodását vévén tekintetbe, az általam alkalmazott eszköz az eredetinel jóval hosszabb és nem megnyúlt körtealakú, hanem laposra nyomott és hajlott felületű, olykép, hogy concav lapjával a prostata felületére illeszkedhetik.

Az abusús sexualis okozta prostata-congestionál a hideg víznek (12—10° R.) az *Arzperger*en át való localis applicálása igen jó hatású szokott lenni. Kedvező eredményt láthatunk ez eljárástól a prostata elpetyhüdése egyes eseteiben is.

*Scharff* újabban az *Arzperger*-féle készüléket akkép alakította át, hogy csöveit kettős csappal ellátva, két irrigateurral kötheti össze, melyek egyikébe hideg (18—14° R.), másikában meleg (30—40° R.) víz öntendő. Ily módon gyorsan váltakozva (5—10 másodpercenként), majd hideg, majd meleg vizet juttathat az eszköznek a végbélben elhelyezett részéhez, illetőleg a prostata rectalis felületéhez. Szerinte ez által a faradikus áram hatásához hasonló módon a prostatában a nedvkecirculatio és a resorptio fokoztatik és hatalmas beidegzési változások idéztetnek elő. Ezen „*thermopsychrophor*“ alkalmazását különösen idült prostatitis gonorrhoeica eseteiben tartja javaltnak. Meg lesz kísérleendő, nem értékesíthető-e ezen eljárás a szóban levő kóros jelenségeknél is?

Oly esetekben, hol a localis hyperaemiát constatáltuk, levezető, továbbá a vérkeringési viszonyok javítását és lobos esetekben a resorptiot czélzó szereknek a végbélen át, kúpok vagy csőrök alakjában való alkalmazása leszen indicálva. Rendes és könnyű székkürülésekről való gondoskodás mellett per rectum jód-káliumot (Finger), jodoformot (Oberlaender), ichthyolt (*Scharff*), stb. fogunk applicálhatni.

A prostatának abusús sexualis okozta congestiojánál, továbbá a szerv elpetyhüdésénél és chronikus lobjánál észlelhető functionalis zavarok ellen igen jó eredménnyel alkalmazzuk a *prostatának massage*-át, melylyel localisan a nedvkecirculatio viszonyokat javítanunk, esetleg a kóros termékeket kiürítenünk sikerül. Ez által egyrészt az állandó localis irritatiót csökkentjük, másrészt a prostata izmainak tonusát emeljük, módot nyújtván arra, hogy az önálló izomkészfűléssel nem bíró duct. ejaculatorii nyílásai a postatának izmai által szorosabban elzárassanak.



A massage a végbélen és az urethrán át történik. A húgycsövön át való massage nem áll egyébből, mint lehetőleg nagy kaliberű fémszondának bevezetéséből és annak néhány percen át való fekvő hagyásából. Közvetlenül a szondázás után a beteget vizeltetjük és valamely adstringens oldattal a pars posteriorba instillatiót végzünk. Fontosabb a végbélen át való massage. Ez az általam e célra szerkesztett *massage-készülékkel* végeztetik legkönnyebben. Az ujjal való massage, eltekintve a kéznek rendelés közben felette alkalmatlan beszenyezésétől, az inficiálás veszélyétől és egyéb alkalmatlanságoktól, még azzal a cardinalis hátránnyal bir, hogy ily módon a terjedelmében megnagyobbodott prostatának felső szélét, de néha a normalisét sem sikerül elérnünk, annál kevésbé sikerül azon kellő energiával a szükséges simító mozgásokat eszközölni. A massage a végbélen át akkép eszközöltetik, hogy a beteg hanyat fekszik, szétterpesztett czombokkal és behajtott térdel; a végbélnyílás az asztal elülső szélével egy vonalba essék. (Bővebbet l. régebbi dolgozatomban: „Adatok a monyitói mirigy és az ondóhólyagok ismeretéhez és orvoslásához.” O. H. 1895. és „A prostata kankós gyulladásának kór- és gyógytana köréből.” O. H. 1900.) Azok részére, kik a massage-t akkép szeretik végezni, hogy a beteg e mivelet atatt előre hajlott testtel áll (valamely előtte levő tárgyra támaszkodván), Pezzoli eszközömön czélszerű csekély módosítást végezt, t. i. szögletét tompábbá alakította át. A végbélen át való massage után is vizeljen a beteg és czélszerű mindjárt adstringens oldattal a prostatás részletbe beesepegtetést végezni.

A *villamosítás* a végbélbe vagy a húgycsőbe vezetett electrodon át a szóban forgó jelenségek egyes eseteiben eredményesen használható. Természetes, hogy acut lobos folyamatok contraindálják az eljárást, valaminthogy minden oly esetben, hol nagy hyperaemiát találunk, kerülni fogjuk az áramot a *húgycsőbe* vezetett electrodon át alkalmazni. A hyperaemia különben is irritálván a pars prostatica idegvégződéseit és kórosan fokozván a libidót, ez a villanyozás szóban levő módja által a beteg hátrányára még hatványoztatni fog. (A libido sexualisnak a hyperaemia által okozott kóros fokozódásának eclatans példáját szolgáltatja az acut blennorrhoea, melynél az sűrűn jelentkező fájdalmas merevedéseket vált ki.)

Az itt vázolt therapia irányelvei alkalmazkodnak vizsgálataim ama eredményeihez, melyek e közlemény I. részében foglaltak. Ezek szerint a követendő therapiánál, az alapbántalom szemmel tartása mellett, minden esetben tekintetbe volna veendő a pars prostatica, illetőleg az ondódomb állapota. De jól tudjuk, hogy az urethroszkopiai vizsgálat akárhányszor majd a beteg túlérzékenysége, majd egyéb okból nem foganatosítható. Ilyenkor azon kell lennünk, hogy egyéb vizsgálati eljárások és pathognostikus adatok szolgáltatassák nekünk a tükröletet pótló tájékoztatást. E közlemény I. részében a lehetőség szerint ki van tüntetve, hogy a tárgyunkat képező kóros jelenségek mely alakjainál minő tükrökrépet szoktunk találni. Iparkodni fogunk az ott fontosnak jelzett pathogenetikai adatok és klinikai jelenségek révén a kóros állapot szabatos megítélhetését elérni, minek megvalósításával a concret esetben követendő therapia irányelvei szorosan kijelölvék.

A genitáliák localis vizsgálatára természetesen különös figyelmet fogunk fordítani. A prostata állapotának lelete a legfontosabb útbaigazításokat szolgáltathatja. A congestio jelenségeit mutató, a végbélbe feszesen bedomborodó, nemkülönben a duzzadt, de a mellett petyhüdt prostata azon indokolt következtetésre jogosít, hogy itt az ondódomb is hyperaemiás, míg a prostatának belapított, a normalisnál esetleg kisebb volta vagy az ily prostatában kitapintható hegek (lezajlott abscedáló prostatitis maradványa) mellett anaemiát, esetleg atrophíát tételezhetünk fel, ha a klinikai jelenségek is e feltevéseinket megerősítik. Fiatal egyéneknél talált nagy terjedelmű varicocele a hyperaemiás colliculus jelenléte mellett szól.

A symptomák közül különös figyelmet érdemel a fokozott libido, csökkent orgasmus: csökkent merevedő képesség és korai ejaculatio mellett (a németek „reizbare Schwäche“-ja) és a csökkent libido retardált ejaculatio és minimalis ejaculatum mellett. Előbbi alak mellett hyperaemiás, utóbbi mellett anaemiás colliculus jelenlétét tételezhetjük fel, bár itt is, különösen az

utóbbi alaknál a kivételek nem tartoznak a ritkaságok közé és így e jelenségek is csak a többi diagnostikai adatok kiegészítésével használhatók fel.

Nem tagadható, hogy a szóban forgó bántalmakban szenvedő betegek legtöbbször nem könnyű feladatot rónak az orvosra. Tudjuk, néha mennyi nehézséggel jár már az is, hogy a betegről a szégyenérzetből elhallgatott vagy eltagadott pathogenetikai adatokat megtudjuk. Mily depresszált kedélyhangulattal, mennyire eleséggel kerül hozzánk a legtöbb ily beteg és hánynál találjuk már a súlyos neurasthenia jelenségeit. Az irodalom fattyúhajtásainak hatásától és a hirhadt csudaszerek sikertelensége által kétségbeejtett lélekkel jelenik meg előttünk akárhány ily beteg, kinél aránylag jelentéktelen kór állapot mellett tulajdonképp a psychikus depressio okozza a functionalis zavarokat. A gondos vizsgálatokon kívül egész emberismeretünkre lesz tehát szükség a therapia tervének megállapításánál, és ily módon sokszor sikerülni fog kétségbeejtőknek látszó esetekben is szép és tartós eredményt elérnünk.

## T Á R C Z A.

### Orvosi dolgok a párisi kiállításon

(Folytatás.)

Mielőtt végleg elhagynók az egyetemek kiállítását, vessünk futó pillantást a néhány lépésnyire fekvő állatorvosi iskolák kiállítására; ezek az iskolák a földművelési minister alá tartoznak. Három école nationale vétérinaire van Franciaországban, még pedig Páris közelében Alfort-ban, ennek igazgatója Barrier anatomus, azután Lyonban, ennek directora Arloing, a ki egyszersmind az orvosi facultás professora, és Toulouseban, a melynek Laulamié physiologus a vezetője, mind a három iskolának pedig Chauveau professor a vezérfelügyelője. Az itt felsorolt professoroktól egész sora a physiologiai eszközöknek szerepel a kiállításban, e mellett igen sok állat-anatomiai, állat-kórbonczatani szébb modelleket és praeparatumokat találunk ott. Többi között igen érdekes a nagy bélkö-collectio, a kövek között tíz kilósakat is találunk.

Az oktatási csoporttal mindenütt együtt találjuk az orvosi műszer és praecisio eszközök kiállításait, már annyiban együtt, hogy közös csoportot képeznek, hiszen a francia közoktatási csoport hossza 300 meter. Tekintsük át futólag ezeket is. At kell vonulnunk a francia közoktatási csoportnak a másik végére. Utközben elhaladunk a „Bibliothèque nationale“ statistikai táblái mellett. A nagy számok lekötik pillanatra figyelmünket. A „Salle de travail“ dolgozó termében a mult év decemberében 14,000 olvasó 49,000 kötetet használt. Az elemi iskolák és középiskolák kiállításában többféle pad- és tábla-systemákat láthatunk, e mellett igen sok a photographia vetítő apparatus. A vetítő készülékeket óriási számban láthatjuk a kiállításon mindenfelé. Manapság a szemléltető oktatás, egyik főeszközévé vált. Egész sorait találjuk a különféle tárgyú diapositiv photographiáknak, egész collectiokat látunk anatomiai, physiologiai, botanikai, ásványtani stb. photographiákból, a melyek manapság gyárilag készülnek, olcsón beszerezhetők és sokkal többet érnek átlag a tanítás körül, mint a drága nagy fali képek. A francziáknál egyik legnagyobb czég a Radiguet et Masiot (a régi Maison Molteni) e téren, a melynek szakok szerint külön katalógusai vannak a photographiákról.

Az elemi oktatás keretében paedagogiai szempontból érdekes iskolaképek, festmények vannak Pasteurról, a mint beoltja a megmart gyermeket. Ott látjuk a részegség elrettentő példait. Hogy teszi tönkre a pálinkaivás a boldog családi életet, hogy lesz az utcai botránynak, a gyilkosságnak és végül az örületnek martaléka az apa, míg elhagyott, nyomorgó családja elzüllik. Másutt a részeges ember szerveit, szembeállítva az egészséggel tüntetik fel. Spongyaszerű, hamuszínű agyvelő, pala-szürke átlukadt gyomor és nagy sárga szív parallelbe állítva az egészséges mellé. Ime a harc az alkohol ellen.

Végre a sebészeti eszközökhöz érünk. Csupa szekrény mindenfelé, telve a modern eszközök ezreivel. Érdekes összehasonlítást tehetünk azonban a régi eszközökkel.

Igen szép ezen csoportnak retrospectiv része. Általában azt mondhatjuk, hogy a retrospectiv részek mindenütt a francziáknál a legérdekesebbek és legszebbek, itt is visszatükröződik mindenütt az, a mit, ha magában Párisban barangolunk, lépten-nyomon észreveszünk, hogy mily szeretettel ragaszkodik e faj a régi emlékeihez, milyen tisztelettel gyűjti össze az élet minden nyilvánulásának sokszor százados tárgyait.

A retrospectiv eszköz-kiállításban ott találjuk a párisi orvosi facultás eszköz museumának egy részét. Ebben a collectioiban vannak egyiptomi bronzeszközök, 79-ből származó herculanumi eszközök, ott vannak Antomarchoni orvos eszközei, a melyekkel l. Napoleon császár boncolását végezte, ott vannak Smellinnek, Beaudeloquenak bőrrel bevont szülészeti fogói, érdekes speculumokat láthatunk 1600-ból, különösen érdekes a „Musée de la Marine de Rochefort“ kiállítása.

A rocheforti chirurgikus iskola az első volt Franciaország sebészeti iskolái között. 1721-ben Jean Cochon du Puy alapította.

Privatgyének kiállították gyűjteményeiket, köztük a legnagyobb



a Hamonic collectio. Láttunk itt a XVI—XVII. századból származó szájterpesztőket, törzsfixálókat, Tenon eszközeit, Laennec facsöveit, azaz stethoscopjait, hernia bandageokat, régi görög orvosi eszközöket Erethriából, Krétából, római eszközöket a VII-dik századból, a Cimetière d'Euvilleből származó tárgyakat.

Nagy gonddal állította össze a retrospectív részt a párisi fogászati iskola (École dentaire de Paris). Az időrendben összeállított eszközök sorait táblák szakitják meg, a melyekből kiolvashatjuk a fogászat történetét. Felemlíthetünk párat az ott talált adatokból. A Louqsorban talált papyrusban már oly adatokat találunk, a melyek a fogtömés ismeretét mutatják. 450-ben Kr. előtt Hippocrates idejében a hideget a fogra ártalmasnak, a beteg fogat kihúzni veszedelmesnek tartották, annál inkább biztak a tüzes vas gyógyító erejében. Az athéni nők ismerték már a műfogakat, ezeket arany fonállal erősítették a megeléghető. Franciaországban a fogkezelés hivatalos elismerése, szabályozása az 1699. évben megjelent végzés útján történik, a melyet sokkal később az 1768-diki májusi edictum kiegészített, megállapítva a „Diplôme d'expert dentiste” elnyerési módját. 1727-ben Fauchard adja ki az első teljes fogászati könyvet, ez a könyv képezi a fogászati irodalom kiindulási pontját. Duchateau csinálja az első minieralfogat. A XIX. század második felében a vulcanizált kaucsuk, a tökéletesített prothesis, a bacteriologiai elveknek elfogadása, az Amerikában először használt anaesthesia, a fogászat professzionális iskolái emelték a fogászatot a mai magas színvonalára. Ezen fejlődési menetet igen szépen tüntetik fel a táblázatok között chronologikus sorrendben felállított retrospectív tárgyak. Ezzel kapcsolatban egy újnyi vastag szép kiállítású könyv is jelent meg a fogászat történetéről, a mely a kiállított szép collectionnak catalogusát is tartalmazza a megfelelő ábrákkal. (Notice sur l'histoire de l'art dentaire depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Par Lemerle. Paris. Bureau de l'odontologie. 1900.)

Nagy collectioval vettek részt a kiállításban Collin-Charrière és Mathieu műszerészek. Lehetetlen foglalkozni az ott kiállított számtalan eszközzel. Egyes eszközökből egész sorozatot látunk, a melyek érdekesen tüntetik fel, hogy sokszor mily számos formation mentek keresztül az eszközök, míg mai modern alakjukat elérték. Nagy sorozata van a lithotriptoroknak, a húgyvesztágítóknak. Különösen érdekes a mandolametszők sora, a hol a sor egyszerű csipővel és külön ollóval kezdődik és sok, sok változás után éri el a mai complicált kinézetű és a kezelésben mégis oly egyszerű, könnyen sterilizálható alakját. Ott van az első Pravaz-fecskendő is, 1852-ből (Première seringue de Pravaz, fabriquée par Charrière en 1852 pour Pravaz de Lyon). Külön szekrényben van a Baudelogue klinikának szülészeti fogó-collectioja, a mely a Tarnier-féle fogó genesisét tünteti fel; a sorozat 30 darab modelle-ből áll, valamennyit Collin készített, az elsőt 1876-ban, az utolsót 1884-ben. Itt is csak azt tapasztaljuk, hogy sokszor mennyi munka árán és mily lassan fejlődik ki valamely sebészeti eszköznek az a formája, a melynek alkalmazása az orvosra a legkényelmesebb, de a mellett a műtét kivételére a legalkalmasabb. A régi eszközök ezen genetikus sorozatának láttára önkéntelen is eszünkbe jut azon régi mondás, hogy nincsen semmi új a földön a nap alatt, mennyi eszköztípust, mennyi principiumot, a mit modernnek, legalább is újabb keletűnek hittünk, találtunk fel sokszor a legrégibb eszközök sorozatában. Már nagyon régen megvolt az elv, csak az alak, a kivitel tökéletesedett az idők folyamán. Minden esetre sok tekintetben érdekes és tanulságos ez az igazán nagy retrospectív eszköz-gyűjtemény, melyet a falakon pár régi metszet, régi rajz egészít ki, a melyek régi műtéteteket, orvosi ruhákat ábrázolnak.

Hogy hova fejlődik azonban a modern instrumentum technica és mily magas nívóan áll az jelenleg, ezt fokozottan fogjuk érezni, ha a retrospectív részből a sok régi, fanyeles, otromba, durva nehézkes eszközök szemlélése után a modern francia gyárosok, különösen Collin, Mathieu, Luer, Leclerc stb. szekrényeiben a sok fénylő, nikkeles, tiszta fémeszközöket szemléljük; különben is oly nagy számmal szerepelnek ezek, hogy futólagos áttekintésük is nagyon sok időbe kerülne, különösen nem specialistának. Valami teljesen újat nem igen találtunk. Ha más nemzetek műszerdolgait is áttekintjük, különösen a németekét, angolokét és amerikaiakét, minden esetre az a meggyőződés erősödik meg bennünk, hogy a fémeszközöknek technikai kivitele olyan fokot ért el, a melynél magasabbat talán nem is lehet elérni. A fém kvalitásának előállítása és feldolgozása oly fokon áll manapság, hogy technikai okok nem képezhetik valamely eszköz kiképezésének, tökéletesítésének akadályát. Ujabb, compicáltabb operatiókhoz készülhetnek újabb típusú eszközök, de talán már a legtöbb sebészeti eszköz elérte végleges alakját, legalább is csak kisebb minutosus változásokon fog még ezután keresztül menni. Közel állunk ahhoz a korhoz, a mikor már a műszerek vagy a sterilizálás tökéletlensége a minimumra eszikken; e két dolog többé már nem képezheti a chirurgia haladásának akadályát. Annak a hatalmas fellendülésnek, a mit e két tényező adott, immár a végére járunk, más irányok, más eszmék fognak új lökést adni a chirurgikus tudományok még magasabbra emelkedésének.

A műszer-kiállításokkal együtt találjuk a kautschuk, a gummi orvosi eszközök, sérvkötők, különféle bandage-ok, kötszerek, vatta stb. kiállításait, egész műtőszoba és egyéb berendezésekkel. Itt találjuk a fogtechnikus kiállításokat, különféle sterilizáló eszközöket, műszem-collectiokat, szemészeti eszközöket. A sok komoly dolog között itt-ott exotikus dolgokra, csodabogarakra bukkanunk, mulatságos reclame-füzetekkel. Nagy zöld füzet 12 oldalon hirdeti a Sanatoire Voltaigne Georgie curatív hatását. Kíváncsiak valánk, vajjon speciál miről jó ez a furcsa kis fémjóság és egész tartalomjegyzékét találjuk az összes közismert betegségeknek. Örömmel zártuk be a füzetet, tapasztalva a Sanatoire Voltaigne felvidítő hatását. Érdekes sorozatot látunk zseb-

közpőládákban. Egyik szekrény csupa comme il faut legyező, bot, napernyő, lorgnon és színházi látesővel van tele, közelebből megtekintve vesszük észre, hogy nagythallók számára való készülékekkel vannak ellátva. Másutt a botokból és esernyőkből bőrvízbe elhelyezett steril catheterek kerülnek ki. Itt-ott egy-egy csinos asszony akarja reávenni az embereket a délutáni órákban, hogy megvegyen valamit, pl. a casque antineuralgique-ot, valami fejkötőféle bandage-t, a mely mindenféle migraine-eknek souverain szere.

Pekár Mihály dr. és Heim Pál dr.  
(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

A here és mellékhere lobos bántalmainak kór- és gyógytana köréből.

Közlő: Feleki Hugó dr. egyetemi magántanár.

**Irodalom.** Benzler: Sterilität u. Tripper. Arch. f. Derm. u. Syph. 1898. — Simmonds: Über die Ursachen der Azoospermie. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1898. — Hartung: Gonorrh. Epididymitis. Verhandl. d. deutsch. dermat. Gesellschaft. VI. Congress. — Colombini: Bacteriol. u. experiment. Untersuchungen über einen merkwürdigen Fall von allg. gonorrh. Infection. Cbl. f. Bact. 1898. — Lenz: Über die Behandl. d. gonorrh. Epididymitis durch Guajacolapplication. Wiener klin. Rundschau. 1898. — Witte: Zur Pathogenese d. gonorrh. Epididymitis. Arch. f. Derm. u. Syph. 1899. — Scholtz: Beiträge z. Biologie des Gonococcus. Arch. f. Derm. u. Syph. 1899. — Pousson: Über Störungen in der Entleerung des Sperma. Ref. Cbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 1899. — Rolands: Experiment. Untersuchungen u. die Wirkungen d. Exstirpation der Scheidenhaut auf den Hoden. Ref. Cbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 1899. — Unna: Die Eisbehandlung d. Epididym. blennorrh. Monatsh. f. prakt. Derm. 1899. — Werler: Die ambulante Behandl. d. gonorrh. Nebenhodenentzündung. Therap. Monatsh. 1899. — Bettmann: Über d. Behandl. d. Epididym. gonorrh. mit Methylsalicylat. Therapie d. Gegenwart. 1899. — Kenner: The Treatment of Epididymitis. The New-York Med. Journ. 1899. — Edwards: Primary orchitis in mumps. Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1899. — Menks: Grippöse Orchitis. Wien. klin. Rundschau. 1899. — Strassburger: Eitrige Epididymitis als Typhuskomplifikation. Münch. med. Wochenschr. 1899. — Cerri: Treatment of hydrocele. Cleveland Med. Gaz. 1900. — Spiegelhauser: Zur Behandl. d. gonorrh. Epididymitis. Monatsh. f. prakt. Derm. 1900. — Kaufmann: Zur Behandl. d. Epididym. gonorrh. Monatsh. f. prakt. Derm. 1900. — Schäffer: Epididymitis gonorrh. Encyklop. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. 1900. — Chreztitzer: Über die Behandl. d. Epididym. gonorrh. Therap. Monatsh. 1900. — Christian: Epididymitis. Ref. Cbl. für d. Krankh. d. Harn- und Sexualorg. 1900. — Englisch: Ueber traumatische Entzündung des Samenleiters. Allg. Wiener med. Zeitung. 1900.

Azt kellene hinnünk, hogy az oly szerfelett gyakori és oly régtől fogva jól ismert betegségnél, mint a minő a herének, különösen pedig a mellékherének a gyuladása, a prognózis és a követendő therapia, eme gyakorlati szempontból legfontosabb kérdések, minden oldalról annyira tisztázottak, hogy e tekintetben az egyes feladatok, illetőleg elvek és gyógyeljárások helyessége mellett vagy ellenállást foglalni alig nyílhat alkalom. De a mindennapi gyakorlat, valamint az idevágó szakirodalom e feltevéseket meghazudtolja. Pedig, hogy a therapiát említsem, korántsem egyes problematikussá válik, régi vagy újabb, külső vagy belső gyógyszer vagy gyógyeljárás tekintetében fennálló nézeteltérések azok, melyekre fent czélzok, hanem a kezelés tervét és egyes fontos therapeutikus elveit illető álláspontokról van szó, melyek követését az illető szerzők nemcsak a bántalom lehetőleg gyors és enyhe lefolyása érdekében tartják szükségesnek, hanem melyekre kiváló súlyt helyeznek az okból is, hogy lehetőleg teljes restitutio következzék be, és ezzel eleje vették ama veszélynek, hogy maradó szöveti elváltozások következtében az illető egyénél nemzetségi képtelenség idéztessék elő.

Hogy a mellékhere gyuladásának gondos és céltudatos kezelése által a sterilitásra vezető kóros elváltozások létrejöttének esélyeit csökkenthetjük, kétséget nem szenved. Hisz mellékherelob után, még ha az mindkét oldalon zajlott is le, a potentia generandi teljesen ép lehet, ha a lob következtében az ondót kivezető utakban (ondócsatorna, vas deferens, duct. ejaculat.) a communicatio megszakított szűkület, illetőleg obliteratio nem jött létre. Minél enyhébb és gyorsabb lefolyást, és minél tökéletesebb visszafejlődést sikerül tehát elérnünk, annál csekélyebb lesz a sterilitás létrejöttének veszélye. És ezen eredmény elérése érdekében akkor is kell teljes erővel buzgólkodnunk, ha a lob csak az egyik oldalt támadta meg, mert hiszen egyoldali epididymitis is vezet a sterilitáshoz, ha a kankó következtében a másik oldali ductus ejaculatorius elzáródott, vagy az ondóhólyag esett ott át súlyosabb megbetegedésen.

Mily arányban állanak fenn e tekintetben az impotentia generandi esélyei, erre nézve újabb Benzler vezetett gondos vizsgálatokat oly házaspároknál, hol a férjet évekkel ezelőtt katona korában kankó és kankós epididymitis ellen kezelte. Szerző előre bocsájtván, hogy helyteleníti Fürbringer feltevését, mely szerint az ily házaspároknál terhesség esetén indokolt a házibarátot keresni, közli néhány száz ily házaspárnál eszközölt vizsgálatának következő eredményét:

Meddő volt a házasság a férj kankója után (epididymitis nélkül) az esetek 10-50%-ában, egyoldali epididymitis után az esetek 23-40%-ában, kétoldali mellékherelob után az esetek 42-70%-ában.

Benzler e vizsgálatai alapján corrigálja régebben közzétett azon nézetét, hogy kétoldali kankós mellékherelob után még az esetek 77%-ában megmaradhat a termékenyítési képesség, mondván, hogy annak idején figyelmeztetett kikerülték ama e százaléktól csökkentő esetek, melyekben a házasság meddősége a nőnek férjétől történt kankós fertő-



zésére vezethető vissza. E kérdés egyes részeit fejtegeti *Simmonds* is anatómiai vizsgálatok alapján. *Simmonds* 1000 férfit vizsgálva tanulmányozta át a genitális állapotát az *azoospermia* bonczatani okainak kiderítése céljából. A szóban levő bántalmakat illetően a következőket találta: Az ondótestek hiánya, az azoospermia a két vas deferens obliteratiojának minden esetében bekövetkezik. A vas deferens stricturája — bonczataniilag eddig ismeretlen lelet — korántsem ritka. 23 ilyen esetet észlelt, ezek közül 19 esetet három év folyamán. A szűkületet, mely egyes vagy többes számban lehet jelen, heges szövet alkotja. A szűkület mögötti levő dilatált hely degenerált hereváladékból és leukocytákból álló tejszerű anyaggal van telve. A mellékhere károsodásai esetén az ondóút átjárhatóságának helye csaknem mindig annak farki részletében volt. A következmény csaknem mindig a spermatozoonok hiánya volt az illető oldali ondóhólyagban. Interstitialis orchitisnél a spermatogenesis megszűnik, kivéve, ha a here egy nagyobb része sértetlen maradt.

Hasonló következtetésekre jut vizsgálatai révén *Pousson*, ki az ondókiürülés zavarairól értekezve, az organikus és a functionális *dyspermia* különböző okait fejtegeti. *Pousson* szerint az organikus *dyspermia* leggyakoribb előidézői a ductus ejaculatoriusnak káros termékek okozta eldugulása, továbbá a vas deferens heges szűkülete, illetőleg obliteratioja és ugyancsak a vas deferens fistulája vagy összenyomódása valamely kórosan megnagyobbodott szomszédos szerv által.

Az itt vázoltak kiegészítéseként említendő *Rolands* idevágó állatkísérletei. Kutyákon a herék tunica vaginalisát kiirtotta és különböző időtartamok múlva a heréket histologicus megvizsgálta. Azt találta, hogy a herék fokozatosan sorvadnak és a spermatogenesis ennek megfelelőleg megszűnik.

Visszatérve tehát a here-, illetőleg a mellékhere gyuladásának az itt vázoltakból is kivilágló jelentőségére, czélutadatos orvosló eljárás követhetése szempontjából is felette kíváncsiaknak kell jelezniünk ama sok szerzőnél és a gyakorlatban is divó rossz szokás megszüntetését, hogy akár a mellékhere, akár a here van bántalmazva, csak herelebről beszélnek. Pedig említeni is fölösleges, hogy a két betegség között a prognózis és a terapia szempontjából is szükséges különbséget tennünk. Hogy csak a bántalmak leggyakoribb alakjait, a kankós alapon létrejövő megbetegedést említsük, úgy jól tudjuk, hogy valóságos heregyuladás, id est a here szövetének kankó következtében történő megbetegedése ritkaság számba megy, és hogy viszont az epididymitis a blennorrhoeának felette gyakori szövődőmánya. Utóbbihoz igen gyakran, de korántsem mindig, csatlakozni szokott a here tunica vaginalisának izzadmányképződéssel járó gyuladása, a periorchitis vagy vaginalitis. Más szóval a blennorrhoeának elsődlegesen mindig a mellékhere betegszik meg, még pedig a vas deferens mentén odajutott pathogen vírus által.

Hogy ezen kórnemző anyag szorosan véve miben keresendő, azt az újabb búvárlatok iparkodnak tisztázni. *Eraud* (1893) tudvalevőleg az epididymitis létrejöttét egy általa talált specifikus bakterium, az *orchiococcus* pathogen hatásának tulajdonítja. Egyes szerzők vegyes fertőzést tételeznek fel, ismét mások toxinoknak tulajdonítják e bántalom létrejöttét. E felfogásokkal szemben *Collan* (1897), *Grosz* (1897), *Colombini* és *Scholtz*, kik mindannyian elgenyedt mellékherében gonococust találtak, melyet tenyésztéssel is sikerült, azt hiszik, hogy az epididymitist maga a Neisser-féle gomba okozza.

(Folytatása következik.)

### Könyvismertetés.

**Blaschko: Hygiene der Prostitution und venerischen Krankheiten.**  
Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1900.

A venereális bántalmak óriási elterjedésének megállításán mai nap már mindenütt az arra hivatott szakorvosok és közegek együttesen fáradoznak; és noha e tárgyval itt is, ott is, congressusokon és ankéták orvosok és hatóságok kimerítően foglalkoznak, az együttes működés ezidőszáig még nem sok reménnyel kecsegtet, hogy e célba vett eredmények egyhamar elérhetők is lesznek.

*Blaschko* tehát hasznos munkát végzett, midőn röviden összegezve e veszélyes bántalmak mibenlétét, e betegségek terjedésének kútforrásait a prostitutióban keresi, és a már tarthatatlan állapotok orvoslására újból felhívja a szakkörök figyelmét.

*Blaschko* nyilvános és titkos prostitutio között nem tesz különbséget, hanem iparszerűen és alkalmilag üzött prostitutióról szól.

A könyvnek első fejezete általános dolgokkal foglalkozik. A második fejezetben a venereális bántalmak általános terjedésének ismertetésére tér át. Constatálja, hogy míg a blennorrhoea leginkább a kultúrnepeknél terjed félelmetes módon, addig a syphilis, ha e ragály civilizálatlan nép közé bevitetik, ott eleinte valósággal epidemikus jelleggel lép fel és szinte kipusztíthatatlan népjárványú fajul. De hogy e viszonyok helyesen és erősen végrehajtott óvintézkedésekkel megnyire javíthatók, mutatja a Skandináv félsziget, a hol e század elején e venereális bántalmak, nevezetesen a syphilis még nagy mérvben volt elterjedve, most azonban aránylag jó viszonyok állottak be.

Hogy Németországban a syphilis és blennorrhoea terjedése mily arányokat öltött, azt *Blaschko*nak következő statistikájából, melyet a katonaság és a kereskedő ifjak társulata tagjainak megbetegedéséből vonhatott le, approximativ meríthetjük:

A kereskedelmi pénztár tagjainak Berlinben 45, Magdeburgban 64, Borszlóban 770/00-je megfertőződött meg syphilisben és ulcus molleban.

Blennorrhoeában szenvedett: Hamburgban 103, Berlinben 120, Borszlóban 2000/00-je az összes tagoknak.

A munkások közül (a berlini munkás betegsegélyző pénztár tagjai) 1891-ben 4-9, 1893-ban 5-5, 1894-ben 6-7 százalék szenvedett venereális bántalmakban, és itt a tehetősebb tagok és könnyebb esetek nincsenek felvéve. (Sajnos, e nagy gonddal és szorgalommal összeállított, rendkívül tanulságos statistikából itt többet nem sorolhatunk fel.)

Ezek után a harmadik fejezetben áttér a tulajdonképeni prostitutióra. Röviden ismerteti annak történelmi fejlődését napjainkig, s constatalja, hogy az iparszerűen üzött prostitutio terjedésének oka a gazdasági viszonyokban leli magyarázatát, s ugyanazon okok, melyek a férfinek megnehezítik a házasságot, a nőt a prostitucionak szolgáltatják ki. Ekként magyarázandó, hogy a mindenütt a nagyobb városokba feltűnő cselédnők szolgáltatják a prostitutio legnagyobb contingensét. *Hamis Blaschko* szerint *Lombroso* és *Tarnowsky* ama állítása, hogy a prostitutio nem az anyagi szükség, hanem a veleszületett romlottság következménye.

Az alkalmasszerűen üzött prostitutio az iparszerűen üzött prostitutiót jóval felülmúlja, és az iparszerűen prostitutiót üző leányok is többnyire mind az ilyen titkos prostituáltak közül válnak ki, mindazonáltal a titkos prostituáltak közül is csupán csak kis számban vannak azok, kik azután a prostitutiót tényleg iparszerűen folytatják.

*Blaschko* könyvének negyedik fejezetében a venereális bajok prophylaxisát, nevezetesen a prostitutio reglementálását, ennek eredményét, illetve hiányait tárgyalja.

E fejezetek is ép oly érdekesítően, világosan vannak megírva, mint az előzők. A prostitucionak teljes assanálását a mai viszonyok között *Blaschko* is lehetetlennek tartja, mert ez mindig csak néhány prostituált nézve lehetséges, de nem az egész prostitutióra.

Azon kérdésre, vajon a hatóságilag ellenőrzött bordélyrendszer fentartása vagy megszüntetése vezetne sikerhez, úgy válaszol *Blaschko*, hogy miután a prostitutio, mint szükséges rossz, társadalmunkból ki nem irtható, épen így megkívánják a különböző társadalmi viszonyok a prostitutio többféle formáját, azonban egyik formája sem képes a káros hatásokat megakadályozni.

A prostitutio javítására felhozott többi javaslattal szemben is hangoztatja *Blaschko* saját nézetét. Így a brüsszeli congressuson ismét felvetett javaslatot, hogy t. i. a syphilitikus prostituáltak fertőzői képességük tartama alatt (2 évre) külön e célra teremtetett „asylumokban”, illetve dologházakban helyeztessenek el, *Blaschko* kivihetetlennek tartja.

Ha *Blaschko* a prostituáltak reglementálását absolute feleslegesnek is gondolja, annál fontosabbnak véli, hogy a beteg leányok még kényszerrel is gyógykezelésnek vettessenek alá. A további kezelés azután „önkéntes” jelentkezésekor történjen. A kezelés kórházban vagy poliklinikában eszközöltesse, a hol a betegnek nem kell a további rendőri intézkedésektől rettegni. Természetesen így is volnának prostituáltak de facto, de nem ex officio, rendőrileg azzá bélyegeztek, vagy szabadalmazottak. Habár *Blaschko* még így sem tartja lehetségesnek azt, hogy az összes prostituáltak meggyógyíttatnak, mégis azt hiszi, hogy ilyen eljárással egészségügyi szempontból jobb összeredményt fogunk kapni.

A könyvnek következő fejezetében a venereális bántalmak prophylaxisával foglalkozik a többi társadalmi rétegekben. *Blaschko* könyvének áttanulmányozásakor mindenki a szerzővel együtt azon végkövetkeztetésre jut, hogy az összes létező intézkedéseknél is hathatósabb szer a venereális bántalmak terjedésének megállítására a felvilágosítás, azaz a nagy veszélynek ismertetése, a melylyel a venereális bántalmak és a prostitutio járnak.

Sellei József dr.

### Lapszemle.

#### Belgyógyászat.

**A máj-neuralgiákról** közöl összefoglaló szemlét *Fuchs Tivadar*. A szerző körülbelül az utolsó félszázad irodalmi adatai alapján tárgyalja a májnak úgynevezett „valódi” neuralgiáit, a melyek az epekövek által okozott rohamok körképéhez a családásig hasonlíthatnak s épen ezért a sebészre nézve nagy fontosságúak. Ezen betegség, véleménye szerint, a mióta ugyanis létezéséről tudomásunk van, épen nem tartozik a ritkaságok közé.

A máj-neuralgiák sokkal gyakrabban lépnek fel nőknél, mint férfiaknál, mit ő abból magyaráz meg, hogy a neuralgiás hajlamot adó állapotok, mint vérszegénység, neuropathias hajlamosság stb. a nőknél nagyobb mértékben vannak elterjedve. Maga a betegség rohamokban jelentkezik, melyek előtt prodromális tünetek is felléphetnek az idegrendszer részéről (clonikus rángások, hysteriás görcsök stb.). A heves fájdalmak alatt a betegek collabálhatnak, pulzusuk kicsiny, szaporább vagy ritkább, néha arythmiás is. A kólikák órákon, néha egy napon át is tartanak; a roham vége felé hányás is következhetik be; láz soha sincs jelen. A rohamok közti szünetek nagyon különbözők, néhány órától egész hetekig, sőt hónapokig terjedők lehetnek, azonban egy ugyanazon esetben a szünetek tartama egy bizonyos meghatározott pontosságot követ. A mi ezen neuralgiák fellépésének idejét illeti, az rendszeren a hószám idejével esik össze, többször előfordultak már ily módon holdhónaponként visszatérő rohamok is. Ez a körülmény szerinte bizonyos hasonlóságot mutat jelen betegség és az úgynevezett „menstrualis vicariáló icterus” körképe között, mely utóbbinál azonban, mint neve is mutatja, icterus lép fel a duodenum nyákhártyájának lobja következtében, míg ezen tünet, valamint ez utóbbi megbetegedést kísérő kiskókú májmegnagyobbodás a máj neuralgiáinál mindig hiányzik. Nemesak a nemi élet említett phasisai, hanem egyes étrendi hibák vagy kihágások, mint bizonyos fűszerek (bors, paprika, mustár, ecet) élvezete vagy az alkohollal, kávéval, theával és dohányossal való visszaélés is felemlítendők azon okok között, melyek a máj neuralgiáit előidéznék szokták.



Némely esetben oly ételek folytán is keletkezett, melyekkel szemben a beteg idiosinkrasiával viseltetik. Psychikus izgatottság vagy testi fáradalmak is előidézhettek.

A neuralgiák kísérő tüneteiként szerző a következőket említi fel: az idegrendszer részéről neuralgiák, mint tie douloureux, intercostalis, visceralis neuralgiák vagy paraesthesiák, migraen, neurosisok a gyomor és szív részéről, egy esetben epilepsia, veseneuralgia, a patellaris reflex fokozott volta. Más esetekben makacs obstipatio, dismenorrhoea vagy egy mély fűzési barázda a májon képezték a kísérő tüneteket. Legtöbbször a rohamok hysteroneurastheniás egyénekben lépnek fel. Kórboneczani elváltozások a májban vagy az epeutakban nincsenek jelen.

A mi a bántalom diagnózisát illeti, az nem mindig könnyű; különös tekintettel kell lenni az epekövőkák rohamoktól való elkülönítésére. Erre nézve figyelembe veendő a székletében esetleg található concrementumok, az icterus, a hőemelkedés, a máj megnagyobbodása; ezek jelenléte epekövőkák mellett, míg ezen tünetek hiánya, kapcsolatban az illető egyén hysteriás vagy neurastheniás állapotával és az előbb említett kísérő tünetekkel, valamint a rohamoknak bizonyos, szintén említett előidéző momentumai, de különösen a rohamoknak rendszeres időben való visszatérésével az egyszerű máj-neuralgia mellett fog szólni. A therapiára vonatkozólag a neurasthenia és hysteria, valamint az anaemia ellen irányuló törekvések említendőek első sorban. Itt az egyének különbözősége szerint a beteg idegrendszernek a sokféle étrendi, gyógyszeres, physicalis és psychikai eszközökkel való gyógyítása a fődolog. A tüneti gyógykezelés a különböző fájdalomcsillapítók, mint a bromsók, antipyrin, phenacetin, chinin, szükség esetén dionin, codein, sőt morphin adagolásában áll. Gyakran csillapulnak a fájdalmak a máj masszálása vagy a máj tájra meleg, száraz borogatások felrakása után. A karlsbadi kúra, mint az eddigiekből is gondolható, semmi különös hatással a neuralgiákra nincsen: ha az előidéző ok a szokványos székrekedés, úgy ennek gyógyítása jó eredménnyel jár. A gyógykezelésben az egyéni prophylaxisnak is nagy szerep jut; az illetők tartózkodjanak a fűszerekkel, kávéval, théával, alkohollal és dohányossal való visszaéléstől, kerüljék azon tényezőket, melyek náluk a neuralgiás rohamokat kiválthatják.

A bántalom prognosisa mindennek dacára kétséges, szerző véleménye szerint sohasem tudható biztosan, hogy egy bekövetkezett fájdalommentes szak végleges is lesz-e. (Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. med. u. Chir. 1900.)

Kernler Jenő dr.

A hyper- és hypochlorhydria diatajait illető kísérletes vizsgálatait közli Buch. Szerző először a gyomornedv-elválasztás physiologiájával foglalkozik s főleg kiemeli a Pawlow által újabban kimutatott tényeket. A gyomornedv mennyisége egyenes arányban áll az ételek mennyiségével. Gyomornedv addig választatik el, míg az emésztés tart, de nem az egész idő alatt egyenlően, hanem törvényszerű emelkedésben és esésben. A nedv pepsin- és sósavtartalma nem áll egymáshoz viszonyban, a pepsin mennyisége változik, a sósavé állandó. A pepsin concentratioja változik a különböző ételek szerint. Az aciditás is változó a különböző ételeknél, legnagyobb a húsnál, legkisebb a kenyérenél. Epen így ingadozik a gyomornedv mennyisége is. A gyomoronyákhártya mechanikus izgatása nem okoz secretiót, hanem csak a vagus és sympathikus izgalma. A vagus az éhség psychikus izgalma közvetíti, a sympathikust az ételek chemiai tulajdonságai izgatják. Jól izgat elválasztásra nyers hús, húslé, Liebig-féle húskivonat. Tej, kenyér, tojásfelhártya direct nem képeznek ingert, azért főfeltétele a megemésztésüknek az étvágyinger. Minden zsir erősen gátolja az elválasztást. Szerző embereknél húsleves után (próbareggeli gyanánt) fokozott sósavproductiót látott. Hyperchlorhydriánál óráról-órára végzett secretio meghatározásokat, úgy hogy bizonyos táplálékhoz zsirt adott. Az eredmény megfelelő a physiologiai vizsgálatoknak. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 1900. 3. és 4. füzet.)

(—nt.)

Az essentialis asthma bronchiale rohamok kezelésében igen jó eredményt ért el Kraus (Grätz) antipyrin és coffein keverékével. Megnyugtató hatását, melyre tiszta tapasztalati úton jutott, csak a morphium vagy chloralhydrat hasonló hatásával tudná összehasonlítani. A roham kezdetén adva egy adagot, mely 0.2 gramm coffeinum natrio-salicilylicumból és 0.8 gramm antipyrinből áll, már rövid idő múlva lényeges könnyebbülést éreznek a betegek és csak igen hosszantartó rohamoknál volt kénytelen két port adagolni. Különösen ajánlja az eljárást az idiopathikus és reflectorikus alakoknál, míg olyanoknál, melyekben az asthma idült tracheobronchitishez társult vagy a hol a „neurosecretorikus” tünetek izoláltak vagy legalább is hamarabb állnak be a spasmodikusoknál, kevésbé hatásosnak bizonyult. A nasalis asthma eseteiben a migraen-injecsiókkal teljesen egyenrangúaknak bizonyultak a cocain-injecsiókkal. (Therapie der Gegenwart, 1900. szeptember.)

Surányi Miklós dr.

A gonorrhoeás idegmegbetegedésekről tartott előadást Eulenburg tanár az aacheni vándorgyűlésen. Megkülönböztett általános és helybeli idegmegbetegedéseket. Az általánosok idült gonorrhoeában szenvedők-nél mint általános vagy sexualis neurasthenia lépnek fel, a helybeliek pedig mint 1. neuralgiák, 2. ideghűdés és izomsorvadások, 3. neuritisek és myelitisek jelentkeznek. A neuralgiák leggyakrabban az ischiadikus területén lépnek fel, az izomsorvadások pedig izületi megbetegedések után vagy azokkal kapcsolatosan. A megbetegedések 2—7 hónappal a nemi fertőzés után keletkeztek. A gyógykezelés első sorban az eredeti megbetegedés ellen irányul, ajánlja azonkívül jodipin bőr alá fecskendezését, a mi néhány esetben szép eredménnyel járt. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1900. 43. szám.)

Ráskai (Redch) Dezső dr.

## Orr-, torok- és gégebajok.

Az orr melléküregeinek idült genyedeiséről értekezik Hagedorn. A melléküregek lobját az orrba bekerülő fertőző csírok hozzák létre, még pedig nem a különleges fertőző baj specifikus bakteriumai, hanem az ezekhez kevert strepto- és staphylococcusok, a melyek a nyálkahártyáról a mélybe hatolva, a csontos falban is metastasisokat okoznak. A melléküregek lobosodása az üreget kibélelő nyálkahártya heveny infectiójából keletkezik és idültté válik ama csontmegbetegedés révén, mi az osteomyelitis acuta következménye.

Szerző Cholewával egyetért abban, hogy az empyemánál fejlődő polypok az osteomyelitis subacuta folytán állanak elő. Idült Highmorempyemánál sohasem fordul elő az oldalfalak kidudorodása, és a csont nagyfokú elvékonyodása csupán az üregben fejlődő rosszindulatú alképileknél fejlődik ki. (A mi egyébe e hosszú közleményben foglaltatik. Hajek kitiűn könyvében sokkal szebben mind le van már írva. A ref.) (Ärztliche Praxis. 1900. 14—15. szám.)

Tövélygi Elemér dr.

A rhinitis atrophicans foetida egy új sebészi gyógymódjáról értekezik Flatau két gyógyult eset kapcsán. Az eljárás a következő: egy 2½ centimeter hosszú, egyik végén hegyben, a másikon féllencsenyi gombban végződő elefantonszöveget egy e czélra szolgáló csipesz és egy fémkalapács segítségével az alsó orrkagyló tapadási vonalával párhuzamban, az oldalsó csontos orrfalban, egész a tövis gombjág bekalapál. A feladat, hogy a csonttövis, reactio nélkül begyógyulva, helyén megmaradjon. Sajnos, gyakran meglazul és kiesik, a mi annál fontosabb, miután ha a seb egyszer begyógyult, a tövis hiányát avagy jelenlétét nehéz megállapítani. A Highmore-üreg nagysága és fekvése a műtét előtt meghatározandó, nehogy az elefantonszöveg az üregbe kerüljön. A műtét igen fájdalmas és bár szerző eddig nem szorult a chloroform-narkosira, esetleg az is szükségessé válhatik. Közönségesen az alsó orrkagylóba fecskendezett cocainnal érzéstelenít.

Szerző egyik betegénél a baj már harminczkilencz év óta állott fenn, daczolva minden kezeléssel. A két év előtt végezett műtét eredménye kitűnő. Jelenleg a megkevesbedett nyákos váladék teljesen szagtalan, a baloldali orrfélben még egy kissé a beszáradásra hajlamos.

A másik esetben az évtizedek óta fennálló bajnál a műtét után egy évre a varképződés megszűnt, a váladék meghigult, és szagát jó részben elvesztette, a további megfigyelés nem volt foganatosítható.

E műtét nem hajtható végre az ornyákhártya senilis sorvadásánál, a könnyen beálló erőteljes vérzés miatt gyermekeknél, hol az orr még igen fejletlen. Együttal pedig mindkét esetben ellenjavalt a gyenge ellentámasztási képesség folytán is. (Deutsche Praxis 1900. 12. sz.)

Tövélygi Elemér dr.

A heveny nátha helybeli kezelésének szükséges voltáról ír Bresgen. Piorry már 1844-ben hangsúlyozta, hogy a heveny nátha könnyen a gége, a légcső és a bronchusok hurutját vonja maga után és talán a bronchitisek, bronchoblennorrhoeák, emphysemák és maga a tüdővész is ritkábban fordulna elő, ha az egyszerű orrhurutot mindjárt a kezdetén képesek volnánk meggyógyítani. A nátha csecsemőknél az orrdugulás következtében nemesak a szopást akadályozza, hanem a kisdedet az is nyugtalanítja, hogy a szájon, mint szokatlan úton át történő légzési módok csak nehezen sajátítja el. Az orrdugulás következménye továbbá a gyakori torokgyulladás, a mely az által jön létre, hogy a gyorsan kiszáradó felületes hámsejtek leválnak és az így keletkezett hasadékokon a szájból könnyen bejutnak a fertőző csírok a mélyebb szövetretegekbe. Az izületi csúznál, mely gyakran egy könnyű mandolagyulladás után fejlődik, a fő bevándorlási kaput a garat lymphikus edényei képezik. Epen így megkönnyíti a nátha a skrophulosis kifejlődését. A folyton megismétlődő nátha az egyén idegzetét gyengíti, táplálkozási zavarokat okoz és főleg a tüdőre és szívre van hátrányos befolyással.

A gyakori orrszívás, kivált köhögési rohamok jelenléte mellett, a tüdőt igen megerőlteti, emphysema, szívdobogás, pulsus arhythmia, végül valóságos szívgyengeség is fejlődhetik! Igen ajánlja az általa gyakorolt kezelési módot. Előzetes enyhe cocainozás után kalium vagy natrium sozojodolicumot insufflál az orrüregbe a Kabierske-féle befúvóval. Kezdetben, délelőtt és este, ha a tünetek nagybárra visszafelődtek, csupán egyszer napjában. Kezdetben czélszerűbb a kalium sozojodolicum, mielőtt a váladék valamivel szívósabbá válik, a natrium sozojodolicum. (Úgy látszik szerző egy kissé túloz, mikor a heveny nátha következményeként ily elrettentő képet tár lelki szemeink elé. Ha a heveny nátha oly sűrűn recidivál, miszerint az említett komoly zavarokat hozza létre, akkor a rhinitis minden esetre már nem heveny, hanem ugyancsak chronikus, ez utóbbi kezelésére pedig, szerző sem tagadhatja, ugyancsak sokféle methodus áll rendelkezésünkre. A heveny nátha recidiváit pedig szerző eljárása sem fogja megszüntetni, ahhoz sok minden egyéb szükségeltetik. Ref.) (Ärztliche Praxis, 1900. 3. és 4. sz.)

Tövélygi Elemér dr.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Epilepsia eseteiben Frank Lydston jó eredményeket ért el san-toninnal, mint a mely szernek szerinte tetemes antispasmodikus hatása van. A kezdeti adag 0.12—0.3 gramm; később, ha a beteg jól tűri, 1.2 grammig is felemelkedhet. Izgalmi tünetek jelentkezésekor a vese vagy a hólyag részéről abba kell hagyni a szer használatát. Az eredmények sokkal jobbakként, mint a bromsókkal elérhetők. (Therap. Gazette, 1900. 6. sz.)



**Ischiast és lumbagot** Lafond-Grellety chloralhydrat és olaj egyenlő mennyiségéből készült keveréknek erőlyes bedörzsölésével gyógyít. A bedörzsölések, melyeket reggel és este, 10–10 percnyi időtartammal végez, bőrpirt és muló égető érzést okoznak. A gyógyulás rövidebb idő múlva következik be, mint más kezelési eljárások mellett. Minthogy a chloralhydrat olajban nem oldódik, előbb néhány csepp vízben kell feloldani. (Semaine médicale, 1900. 48. sz.)

## Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. december 15.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 47-dik hetében (1900. november 25-dikétől december 1-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 425 gyermek, elhalt 275 egyén, a születések tehát 150-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 32.2. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 20.9, az egy éven felüli lakosságnál: 16.4, az öt éven felüli lakosságnál: 14.1. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbilli 8, scarlatina 7, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 4, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 10, meningitis 15, apoplexia 7, eclampsia 9, szervi szívbetegség 18, pneumonia pleuritis et catarrh. bronch. 34, tuberculosis pulmonum et phthisis 47, diarrhoea et enteritis 13, gastro-enteritis —, rák és egyéb újképlet 15, ezek közül méhrák 1, morbus Brightii et nephritis 12, rachitis 4, scrophulosis 0, veseszűletett gyengeség és alkathiba 16, atrophia et inanitis 2, marasmus senilis 7, erőszakos halálokozások 9 ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 5, baleset 4, kétséges 0 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2735 beteg, szaporodás e héten 761, csökkenés 792, maradt e hét végén 2766 beteg. B) Hevenyragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1900. évi november 26-dikétől december 1-éig terjedő 48. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 31 (47), diphtheria, croup 21 (18), hagnáz (typhus) 3 (17), kanyaró (morbilli) 195 (208), trachoma 8 (5), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 18 (19), orbáncz (erysipelas) 16 (38), gyermekágyi láz (febr. puerp.) — (—), ezenfelül varicella 75 (75).

○ **Felhívás.** Az „Országos Balneologiai Egyesület” alapszabályai értelmében jövő tavaszkor Budapesten balneologiai congressust fog rendezni. Van szerencsém az egyesület t. tagjait felkérni, hogy a mennyiben akár tudományos előadásokat akarnak tartani, akár fürdőgazdasági kérdéseket óhajtanak megvitatásra ajánlani, ezen szándékukat az előadások és kérdések tárgyainak megjelölésével 1901. január hó 1-éig nálam bejelenteni szíveskedjenek. Az igazgató tanács feladata lesz, a bejelentések alapján, a congressus napirendjét megállapítani és a vita alá bocsátandó kérdések előterjesztésére az előadókat felkérni. A napirend kellő időben közzé fog tétetni. Budapesten, 1900. évi december hó 10-dikén. Az igazgató tanács megbízásából: Löw Sámuel dr., főtítkár, V., Váci-körút 20.

— **Győri orvosok a belügyminisetről.** Petz Lajos dr. Győr város tisztí főorvosa vezetésével f. hó 8-dikán a győri orvosok küldöttsége a belügyminisetről tiszteltgett. Győr város közgyűlése ugyanis az orvosi díjszabás ügyében úgy határozott, hogy Győr városa a 4-dik fizetési díjszabályt kívánja alkalmazni. Az orvosok a határozat ellen felebbeztek. E felebbezésük ügyében jártak a belügyminisetről, ki kérésük méltányosságát belátván, biztató ígéretek tett.

□ **A német nyelvű egyetemeken az orvostanhallgatók száma** az elmúlt nyári félévben következő volt: München 1421; Berlin 1067; Bécs 1033; Leipzig 561; Würzburg 548; Freiburg 509; Kiel 485; Bern 343; Graz 340; Erlangen 331; Strassburg 315; Zürich 315; Bonn 306; Genf 305; Heidelberg 301; Giessen 292; Tübingen 279; Greifswald 275; Breslau 249; Königsberg 246; Marburg 239; Prága 234; Halle 215; Göttingen 213; Jena 188; Lausanne 160; Basel 133; Rostock 124; Czernowitz 6.

⊕ **Tömeges arsenmérgezés sörrel.** Angolország középső és északnyugati részében az utóbbi időben nagy számmal fordultak elő olyan megbetegedések, a melyeknek tünetei arsenmérgezésre engedtek következtetni. Utána járva a dolognak, kiderült, hogy az illető vidékeken forgalomban levő sör arsen tartalmaz. A sörgyártásnál ugyanis újabb maltoze helyett glucoset és invertált cukrot használnak sok helyen, egyrészt mert olcsóbb, másrészt pedig, mert az ezekkel készült sör szemre nézve mutatósabb és könnyebben is tartható el. A glucoset és az invertált cukor gyártásánál pedig nagy szerepet játszik a kénsav, a mely pedig csaknem sohasem vegytiszta. Így az egyik cukorgyárban, a honnan az illető vidékeken levő sörgyárak legnagyobb része cukorkészletét beszerezte, a kénsavat vaspyritből állították elő, a mely pedig arsen tartalmaz. A sörpróbákban tényleg sok esetben sikerült is az arsen kimutatni. A Manchesterben, Salfordban és környékén arsen tartalmú sör élvezete folytán megbetegedett egyének számát ezekre teszik.

⊕ **A gümőkór ellen való védekezésben** az Egyesült-Államok már annyira mennek, hogy gümőkóros bevándorlóknak megtiltják a letelepedést. Az első ilyen eset San Franciscóban fordult elő, hol egy gümőkóros japán prédikátornak nem engedték meg a partraszállást.

⊕ **Poliklinikák tüdőbetegek számára.** A német közoktatásügyi minisetről a Berlinben már működő poliklinikák mintájára tüdőbeteg-poliklinikákat szándékozik felállítani az egész országban, még pedig első sorban az egyetemi városokban, azután különböző nagy- és iparvárosokban. Ezen poliklinikák felállításával a tüdőgümőkór korai felismerését célozza pontos klinikai vizsgálat, a köpet szakszerű mikroszkopi vizsgálata stb. alapján. A poliklinikákkal kapcsolatosan kis betegosztályokat is berendeznének.

△ **Kinevezés.** A belügyminisetről vezetésével megbízott m. kir. minisetről a pozsonyi állami kórháznál megüresedett másodorvosi állásra Lakatos Imre dr. ottani belkór díjtalan orvosgyakornokot nevezte ki.

⊕ **Bársony János** egyetemi m.-tanárt az Erzsébet Vörös-kereszt-kórház főorvosául megválasztották.

⊗ **Högyes tanár Pasteur-intézetében** f. év november havában 164 veszett vagy veszettségre gyanús állat marta egyén (145 magyarországi, 8 horvát és szláv, 4 boszniai és hercegovinai, 7 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 152 egyént kutya, 5-öt macska, 3-at szarvasmarha, 3-at sertés és 1-et majom inficiált. Évi folyó szám: 1994; egyetemes folyó szám: 12,995.

⊕ **A budapesti önkéntes mentőegyesület** segélyét november hóban 871 esetben vették igénybe. Évi folyó szám 10,329.

⊕ **Figyelmeztetés.** 170. sz. eln. 1900. A Bácsbodrogyvármegyei Orvosi Fiókszövetség alulírott elnöksége figyelmezteti az összes érdekelt kartársakat, hogy a bács megyei Veprovác községből származó orvosi pályázat az ottani derekasan működő községi orvos ellen irányul, a ki mellett másik orvos meg sem élhetne, mert a községi kiesiny és a községi orvos birtokában levő kézi gyógytárból a minisetről szabályzat értelmében más orvos vényére nem is lehet gyógyszereket kiszolgáltatni. Bővebb felvilágosítást adhat alulírt titkár Kunbaján, Zomborban, 1900. december 1-én. Rényi József dr. titkár, Hadzsy János dr. elnök.

⊙ **Megjelent.** Dr. Karl Schaffer: Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie. Öt táblával és 63 rajzzal a szövég között. Jena. Gustav Fischer kiadásában 1901. Ismertetni fogjuk.

† **Elhunyt.** Gönczy Ignác dr. közokrázi főorvos f. hó 7-dikén Szatmárban 54 éves korában.

„Fasor- (Dr. Herezel-féle) sanatorium.” (Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére.) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.



**Szt.-Lukácsfürdő**  
gyógyfürdő  
Budapesten.

**Nagy kénes iszapfürdő,** melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponta négy-szer megújul, **lokalis iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és ádó-fürdők. Kitűnő szállólak. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: **Budapest, V., Zoltán-utca 10.**

❖ **OTOPHON** ❖

új műszer

**nagyot hallóknak.**

Felvilágosítást díjmentesen ad:

**Dr. WALLFISCH FERENCZ, Békés-Csaba.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

**Tartalom:** Budapesti kir. Orvosegyesület (LXIII. évf. közgyűlés 1900. december 10-dikén.) 797. lap. — Közkórházi orvostársulat. (XVII. bemutató szakülés 1900. november 28-dikén.) 797. lap. — Szegedi orvos-egyesület. (XVI. és XVII. szakülés 1900. május 9-dikén és 25-dikén.) 798. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(LXIII. évf. közgyűlés 1900. december 10-dikén.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Grósz Emil.

**Elnök:** Tisztelt közgyűlés! Egyesületünk életének hatvanharmadik évét fejezzük be mai közgyűlésünkkel. Az év és vele század letünése visszapillantásra szólít fel egyesületünk multjába.

Hogy mit tett ez évben egyesületünk, azt a mai ülés napirendjén felolvasandó jelentések részletesen fogják ismertetni a t. tagtársakkal. Mily tevékenység folyt le ezen század keretében egyesületünk életében, azt nemcsak 1874 óta megjelenő évkönyveink öröközik meg, hanem kiemertően ismerteti azt egyesületünk története, melyet éppen húsz évvel ezelőtt volt szerencsém minden oldalról megvilágítva apró részleteiben s okmányokkal támogatva a tisztelt egyesület előtt ismertetni. Ezen lefolyt időkből egy nagy tanulságot meríthetünk!

Tanulságosan, de meghatóan is szól egyesületünk ezen hat évtizednél hosszabb időre terjedő története azon régi közmondás igazsága mellett, hogy: „*Concordia res parvae crescunt.*”

Mint hatvanhárom év előtt a fővárosi gyakorló orvosok azon törekvése, hogy az orvosi tudományoknak akkor meginduló nagy lendületével szemben közös munkássággal, kölcsönös oktatással — az oktatásnál könnyebb és gyorsabb módon — jussanak az új tanok, új elvek birtokába, a gyakorló orvosokat összetartásra, egyesülésre buzdította, úgy ezen összetartás volt azóta is tartós biztosítéka egyesületünk fennállásának és ezen összetartás szükségességének érzete kapcsolja ma is gyakorló orvosaink nagy tömegét egyesületünk keretében egybe a czélból, hogy orvosi tudásunk, gyakorlati ismereteink gyorsan rohanó fejlődése közben egymást tanítva, egymástól tanulva, lépést tarthassanak a gyakorlati élet nagyszabású és sokoldalú követeléseivel.

A tudományos pályán foglalkozók legnemesebb vágya, a szak-tudomány művelése és fejtegetése, a tudományos okulásban egymás támogatása — távol minden egyéni és társadalmi érdek belevonásától — volt egyesületünk vezető elve kezdetől fogva és legyen — egyesületünk további felvirágzása érdekében kívánjuk — mindenkoron.

Ezen czél szolgálatában tartott össze egyesületünk hét évtizeden át és erősödött évről évre, a kis számú társaságból felnőtt szakadatlan fokozatos szaporodással tekintélyes előkelő testületté, mely nemcsak kora szerint, de tömegére nézve is első hazai orvosegyesületeink között s melynek munkásságában is elsőnek kell maradnia, ha hagyományaihoz hűtlen lenni nem akar.

Ezen czél szolgálta hosszú életén keresztül becsülettel és tannoríthatatlanul mindig s ezen hivatását fogja mindig becsülettel betölteni a jövőben, míg hagyományait megőrzi. Óvja Isten, hogy ezen czéljától eltérjen s oly utakra tévedjen, melyeken az egyéni érdekek alanyi természetűe egyesületünket ezen nemes czélja teljesítésében megbéníthatná!

Orvosi tudományunknak a gyakorlat igényeihez alkalmazott *akademai* művelése kell, hogy legyen egyesületünk jövő törekvéseinek is kizárólagos tárgya!

Ezen egy, de magasztos czél minél tökéletesebb megközelítése fogja ismét visszaszerezni az orvosi rend számára azon társadalmi tiszteletet is, melyre nehéz és felelősségterhes pályáján oly nagy szüksége volt mindig s nagy szüksége van épen ma, midőn orvosi rendünk, még tudása tekintetében is, hivatatlanként részéről annyi rosszakaró támadásnak van kitéve. A tudás minél tökéletesebb foka fog bennünket pályatársaink irányában türelmesekké, igazságosakká tenni a létért való küzdelemben is, mert minél többet tudunk, annál inkább tudjuk, mennyire hiányos tudásunk! „Wer vielerlei weiss ist biegsam, wer einerlei weiss ist stolz“ — mondja a böles és örök igazságot rejt magában a klasszikus „*Ingenus didicisse fideliter artes emollit mores, nec sinit esse feros.*”

Es ha egymás irányában türelmesek és igazságosak leszünk, meg fogjuk egymást érteni, meg fogjuk egymást becsülni s ezen kölcsönös becsülés rendi összetartásunk, egyetértésünk legbiztosabb alapja, melyen rendünk külső tekintélyét újra régi fényére emelhetjük! S a pirkadó új században jönni fog, mert jönnie kell, egy jobb kor, mely után orvosi rendünk méltán epedez!

Tisztelt közgyűlés!

A mai nappal jár le a tisztikar hivataloskodásának két évi korszaka. Midőn e mai napon t. közgyűlésnek hivataloskodásunk utolsó esztendejéről a felolvasandó jelentésekben beszámolni van szerencsénk, kötelességünknek tartjuk melegen érzett őszinte köszönetünkkel adózni a t. egyesület tagjainak azon kitüntető bizalomért, melylyel az egyesület ügyeinek intézését reánk bízni szíveskedett és azon készséges támogatásért, melyben hivataloskodásunk ideje alatt mindig részesített.

Midőn ma az egyesület vezetésétől megválok, hálásan köszönöm a tisztelt tagtársaknak azon bizalmát, melylyel egy negyedszázaddal ezelőtt tisztviselői állásainak egyikére megválasztott s azóta minden alkalommal újra és újra kitüntetett.

Tartós és örökbecsű emlékül viszem magammal e helyről tisztelt

tagtársaimnak ragaszkodását és kérem tisztelt tagtársaimat tartsanak meg szívükben!

Van szerencsém ezennel az egyesület LXIII. közgyűlését megnyitni.

\*\*\*

**Imrédy** főtitkár olvassa fel ezután jelentését, mely szerint az egyesület a lefolyt évben 30 rendes ülést tartott 58 bemutattással és 29 előadással, azonkívül az évforduló nagygyűlést, melyen az „Orvosi Hetilap”-díj és a Balassa-pályadíj adattak ki.

Újabban két szakosztály alakult, úgymint: az otológiai, továbbá a dermatológiai és urológiai szakosztályok, melyekkel a szakosztályok száma ötre szaporodott.

Az igazgató tanács boldogult *Schwimmer Ernő* olajfestésű arczképét a dermatológiai és urológiai szakosztálytól, *Spencer Wells* arczképét *Duka Tivadartól* köszönettel elfogadta; szintűgy özv. *Markusovszky Lajosné* adományát: az „Orvosi Hetilap” alapítására vonatkozó iratokat és levelezéseket, végül *Kéry Istvántól* 126 különböző orvosi művet.

Az *Ivanchich*-alap kamataiból 1380 korona került kiosztásra két orvos és öt orvosözvegy közt.

Az egyesület tagjainak száma 1 tiszteletbeli, 45 alapító — kik közül 34-en élnek —, 647 rendes és 91 levelező tag.

Elhaltak az év folyamán *Glück Ignéz*, *Grünwald József* és *Farkas Jenő* rendes tagok; a levelező tagok sorából *Gruber József* bécsi egyetemi tanár.

A könyvtáros jelentése szerint a könyvtár állása: 7110 mű 9520 kötetben, 2545 füzetben, 436 különlenyomatban.

A pénztáros jelentése szerint a mult évben bevétel volt 23,392 korona 75 fillér, kiadás 22,981 korona 27 fillér, pénztámaradék 411 korona 48 fillér; az egyesület alapvagyon 136,100 korona.

A Schuster-Bugát-féle ösztöndíj *Kovács Dániel* hadházi orvos árvájának adatott.

Ezután következett *Korányi Frigyes* korelnök elnöklése mellett a tisztikar és új tagok választása.

Megválasztottak: tiszteletbeli taggá *Réczey Imre*; elnök lett: *Taufer Vilmos*, alelnök: *Bókay János*, üléselelnökök: *Schwartz Arthur*, *id. Klug Nándor*; I. titkár: *Grósz Emil*, II. titkár: *Lévai József*; jegyzők: *Ritók Zsigmond* és *Wenhardt János*; könyvtáros: *Temesváry Rezső*; pénztáros: *Jurkiny Emil*; háznagy: *Tóth Lajos*; választmányi tagok: *Korányi Frigyes*, *Réczey Imre*, *Moravcsik E. Emil*, *Irsai Arthur*, *Liebmann Mór*, *Lőw Sámuel*; a hetedik választmányi tagságra két jelölt egyenlő szavazatot kapván, ezen tagság betöltése egy újabb közgyűlésre bízatik; megválasztott ezen kívül 46 rendes és 4 levelezőtag.

## Közkórházi orvostársulat.

(XVII. bemutató szakülés 1900. november 28-dikén.)

Elnök: Mutschenbacher Béla; jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

## Heteroplastika esete.

**Seyfried János:** Brusnyák Vinczét, 28 éves bányamunkást f. é. augusztus 26-dikán egyik munkástársa köfűrónak használt vasrúddal fejbe ütötte, 5 nappal ezután szállítják a szt. János-kórházba. Felvételnél mérsékelt lázas (38.3), pulsusa ritka (56), látak fényre renyhén hatnak vissza, öntudata homályos, vizeletét és székét maga alá bocsátja.

A bal falcsont dudora alatt a korona varrattal párhuzamosan 4 cm. hosszú, kissé ívelt lefutású folytonosság megszakítás van, csipkés, kissé vérző szélekkel. A lágyrészeket keresztül kitapintható a behorpadt koponyarészlet, egyszersmind a sérülési nyílásban véres agytörmelékes massa vehető észre.

A koponyaboltozat ezen nyílt törését altatás alatt a lágyrészek lebonyos feltárással szorgosan megvizsgáltuk, s ekkor kiderült, hogy a bal falcsont alsó szöglete a bal halántéksírt pikkelyes lemezével együttesen körülbelül 5×4 cm. méretben, dőlénnyel alakban horpadt be, helyenként szilánkosan törve; az alsó mellső törési szögletből pedig több cm. hosszúságban csontrepedés húzódik a halántéksírt sziklás része felé.

A csontdarabokat kiemeljük, a felső csontszél mentén czafatosan beszakadt agyhártyát lekerekítjük, az agytörmelékeket eltávolítjuk, utána etage-os jodoform-tamponád.

Másodnapos kötésváltással zavartalan sarjadás mellett a beteg kiheveri súlyos bántalmát úgy, hogy e hó elején az agyhártya teljesen besarjadzott. Most még a fennálló csonthézag pótlására elzáródást óhajtottunk létesíteni, s így első sorban az autoplastica, jobban mondva osteoplastica jutott szóba. Azonban a jelen esetben fenforogó hézag méreteinél a csontthártya-lebenyek productiv képességétől várni teljes elzáródást több mint vérmes remény lett volna. Es azért



a homoplastica is elmaradt. Más helyét sem akartuk sebzeni a betegnek; hasonlófajú egészséges csont pedig nem állott ez alkalommal rendelkezésünkre; maradt a szűkebb értelemben vett exact heteroplastica, e hó 11-dikén felfrissítették a lágyrészeleveníket a csontszélekig s szarvasmarha decalcinált sipesontjából egy lemezzel pótolták a defectust, 8 nap alatt p. p. gyógyulás.

Az agysérülésnek megfelelően mindkét szemén jobboldali homogen hemianopsia állott be, azonkívül balfülén süket, a mi a halántékesontra terjedő repedéssel magyarázható: az acustikus működése megszűnt.

Minich Károly: „Invasio intestini ilei” és „Voivulus omenti” kórhoneztani készítményeit mutatja be.

## Szegedi orvos-egyesület.

(XVI. és XVII. szakülés 1900. május 9-dikén és 25-dikén.)

Elnök: Faragó Ödön; jegyző: Falta Marczel.

1. Krausz József: Bemutat egy 14 éves pinczért, kinél dextrocardia van jelen. A máj és lép normalis helyén van. Az irodalomban eddig 78 ily eset van felemlítve.

2. Schreiber Fülöp: Bemutat egy 16 éves férfibeteget scorbuttal, kinél a végtagok feszítő részein és a thoraxon petechiák vannak.

Kovács József: Ez esetet Werlhof-féle bajnak tartja.

3. Berger Mór: „Influenza és szövődésményei”. Megelőzőleg bemutat egy nőbeteget, ki terhessége 8-dik hónapjában influenza-pneumoniát kapott, időelőtti szülés következett be és a holt magzat fogóval távolított el. A pneumoniához, melynél a lefolyás lassúsága is az influenzás jellegre mutat, később gyeses pleuritis csatlakozott, mely bordaresectio után teljesen meggyógyult.

Ezen eset kapcsán az influenza kóroktanával foglalkozik s az irodalomból merített bő adatokat hoz fel arra nézve, hogy az influenza mindig a közlekedési utak irányában terjed, tehát határozottan contagiosus, nem pedig miasmaticus. Attér a betegség tünettanára s casuisticus közlésekben különösen az influenzához szegődött tüdőlobnak jellegző tulajdonságait sorolja fel s kimutatja, hogy nem a Fränkel-féle diplococcus, hanem a Pfeifer-féle bacillus a kórokozó. Továbbá részletesen közöl egy esetet, melyben az influenzához heveny nephritis haemorrhagica csatlakozott lethalis kimenetellel.

Hozzászólottak:

Rex Izó: Az influenza-járvány alatt sok esetet ide soroznak, melyek pedig nem ide tartozók. Gyakorlatából több esetet súlyos complicatiókkal sorol fel.

Kovács József: A Korányi által felvett lázas alak az influenza negyedik alakja, mely az idén nagy mértékben grasszált. A therapiában az általa megkísérelt orvosszerekkel nem tudott eredményt elérni.

Regton Károly: Hogy az influenza contagiosus, azt a helybeli börtönben tapasztalta, hol akkor lépett fel az idén, midőn a városban már majdnem megszűnt. Főképen laryngealis és trachealis hurutot talált az idei járványnál. A therapiánál phenacetin, Dower-por és natr. salicyl. combinált adagolásával (10 cgm. Dower-por, 1/2—1/2 gm. phenacet. és natr. salicyl.) igen jótékony hatást ért el.

Schreiber Fülöp: Az influenza uropoetikum alakját is felvenné, mert idén gyakori volt a nephritis és cystitis erős tenesmusokkal.

Krausz József: Egyik esetében malariás jellegű neuralgikus fájdalmak léptek fel. Az influenza therapiájában szerinte jó 10 cgm. anti-febrin, 10 cgm. Dower-porral 3-szor napjában.

Falta Marczel: Az idei járvány szem- és fülbántalmakat nem igen idézett elő, de ha igen, akkor nagyon is súlyosak voltak s minthogy súlyosak voltak általában a belső complicatiók is, kapcsolatba hajlandó ezt hozni olyformán, ha az influenza súlyos belső szövődésményekkel lép fel, súlyosabbak lesznek a látás és hallás csatlakozó megbetegedései is. Figyelmeztet, hogy a parietalis fájdalomnak és meningitikus tüneteknek a fülvizsgálat nem maradjon el.

Berger Mór: Leichtenstern szerint tisztán toxikus lobos influenza van. A heroin, natr. salicyl. és phenacetin combinatióját jónak találta. Az influenzának sokszor van intermittáló alakja.

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gümöbacillus agglutinálásáról tartott előadást Courmont (Lyon) a párisi „Société de biologie” november 24-dikén tartott ülésén. A savós üregek különböző eredetű izzadmányainak 153 esetét vizsgálta és azt találta, hogy a mig a nem gümös eredetű izzadmányok nem agglutinálják a gümöbacillusokat, addig a gümökóros eredetűek 5—20-szoros, sőt még erősebb hígításban is agglutináló hatásúknak bizonyulnak az esetek túlnyomó többségében. Gümökóros mellíri izzadmányok 74%-ában mutatkozott agglutináló hatás; gyermekkori pleuralis, peritonealis, meningialis miliaris tuberculosis okozta folyadékgyülemeknél nem volt agglutinálás, minthogy ilyen esetekben a fertőzés nagyon erős és gyors lefolyású. Általában azt mondja, hogy az agglutináló képesség intenzitása fordított arányban áll a fertőzés erősségével és ezt állatokon végzett kísérleteivel is bizonyítja.

Lithokelyphos esetet mutatott be Jung a greifswaldi orvosegyesület június 16-dikán tartott ülésén. A készítmény egy 70 éves nőtől

ered, a ki paralysisben halt meg és a kinél még életében egy kemény hasdagánatot mutattak ki, melyet elmeszesedett myomának tartottak. Bonezoláskor kiderült, hogy a dagánatot a baloldali adnexumokkal függ össze. Az átfűrészelt dagánaton, melyet az uterusal egy teljesen sorvadt, zsinegszerű képlet (tuba?) kapcsol össze, látható, hogy a 1/2 cm. vastag, teljesen elmeszesedett tok egy nagyon jól megtartott, kiviselt foetust tartalmaz, melyen külsőleg elmeszesedésnek nyoma sem látszik, sőt bőre mindenütt puha. A foetus tüdejének és szívének mikroszkopi metszetein a magfestés már nem sikerül, a szívizomzat harántul csikolt-sága azonban egészen jól kivehető. A nő, a ki sohasem szült, a foetust legalább 25 évig hordozta, ha felveszszük, hogy 45 éves korában még concipiált. Anamnestice ebben az irányban semmit sem lehetett megtudni. A tubaris terhesség ezen kimenetele ritka, mert többnyire abortus vagy ruptura áll be. A tokot illetőleg pedig vagy azt veszszük fel, hogy ez a tuba falzata, mely kivételesen ennyire kitágult; vagy pedig azt, hogy a foetus a szabad hasüregbe jutott és itt elhalása után, mint idegen test izgatván a peritoneumot, ez tömeges adhaesio-köteg képzésével reagált és így a foetus úgyszólván maga készítette magának tokot.

A bemutatáshoz füződőleg Bonnet megjegyzi, hogy még megkövesedett fossil halak csiszolatain is néha kifejezetten látható az izomzat harántul csikolt-sága.

A hypophysis cerebri kiirtása. Friedmann és Maass a „Berliner medicinische Gesellschaft” október 24-diki ülésén állatokat mutattak be, a melyeknél a hypophysist teljesen kiirtották. A mint ismeretes, az így műtött állatokat eddig nem tudták hosszabb időn át életben tartani; bemutatónak azonban sikerült ez, úgy hogy vannak állataik, melyeknél már hónapok előtt történt a kiirtás, a nélkül, hogy valami kóros jelenség volna észlelhető. Az állatok bonezoláskor sem lehetett valami kórosat kimutatni a szervekben, még a pajzsmirigyben sem, s azért a leghatározottabban állítják, hogy a hypophysis cerebri nem életfontos szerv.

## PÁLYÁZAT.

9769/1900. szám.

A felsőpulyai szolgabírói járásban üresedésben levő felsőpulyai és derecskei körorvosi állásokra pályázatot hirdetek. A felsőpulyai körhöz Felső-Pulya székhellyel 9, a derecskei körhöz Derecske székhellyel 15 község tartozik.

A felsőpulyai körorvos javadalmazása a vármegye pénztárából utólagos negyedévi részletekben fizetendő 600 korona évi fizetés és 167 kor. 04 fillér úti átalányból, a derecskei 600 kor. évi fizetés és 292 kor. 32 fillér úti átalányból áll.

Felhívom pályázni óhajtokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a szerint minősítésüket és életkorukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket folyó évi december hó 28-dikáig hozzám beadják, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választás határnapjának kitűzése iránt utólag fog intézkedés tétetni.

Felső-Pulya, 1900. december 8-dikán.

Főszolgabíró h.: Pokorny János, szolgabíró.

## HIRDETÉSEK.

**Dr. Rosenberg-féle**

# HYPOPHOSPHIT-TABLETTÁK

(Tabulettae Hypophosphit sec. Dr. Rosenberg.)

A kalium, natrium, calcium, ohinin, vas, mangan és strychnin alphasphorsavas sóit (az ismeretes Fellow-szörp hatóanyagait) pontosan adagolva tartalmazza olyképen, hogy egy tablettát megfelel egy kávéskanálnyi szörpnek. A tabletták a gyomorban könnyen oldódnak; ezukkorl vannak bevonva és ezáltal fedve van a keserű íz, mely a szörp bevételel a betegnek kellemetlenné teszi. —

**Indicatiók:** Neurasthenia, Hysteria, Anaemia, Chlorosis és ezek következményei.

E tablettákat kiváló szakorvosok klinikákon, kórházakban, valamint magán-gyakorlatukban kitűnő eredménnyel rendelik.

Egy üvegcse (40 tablettát = 1 üveg Fellow-szörp) ára 2 K 40 fl.

**Fő- és szétküldési raktár:**

**Dr. ROSENBERG SÁNDOR** Csillag-gyógytára, Budapest, Kerepesi-út 43.

Próbaküldemény kísérletezés céljából ingyen.

A tabletták csak orvosi rendeletre adatnak ki.

## Téli sanatorium Új-Tátrafüreden.

Külön tüdőbetegek, külön idegbajosok részére.

Igen kényelmes berendezés. Központi fűtés. Fekvő csarnok. Fedett sétány. Inhalatorium. Fenyőfürdők. Vízgyógykezelés. Hízaló kúra stb. ————— Kitűnő konyha és tejgazdaság házi kezelésben.

A teljes pensio napi ára: Vezető orvos: **Dr. Fáti Máttyás Miklós.**

= 10 korona. = Távirat-, telefon-, posta-állomás télen is Új-Tátrafüreden.



## CSÁSZÁRFÜRDŐ BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévívíz gyógyfürdő páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakosztóval. A legszolidabb kezelés.  
Prospektusok kívánatra ingyen és bérmentve.

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 áron szállít:

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| 1 fő 2-3 egyénre          | 120 fillér |
| 10 vagy több főre         | 100 fillér |
| 1 fő 10-15 egyénre        | 3 korona   |
| 1 fő 50 egyénre           | 450 fillér |
| 1 fő 100 egyénre          | 9 korona   |
| Epidermin, egy tubus      | 100 fillér |
| Úres fő darabonként       | 2 fillér   |
| Fűvőcső darabonként       | 4 fillér   |
| Tárgylemez darabonként    | 8 fillér   |
| Oltógerej kausuk-tokkal   | 2 korona   |
| Portóért és csomagolásért | 80 fillér  |

**Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet**  
ideg-, kedély-, morhium- stb. betegek részére  
**INZERSDORF** Bécs mellett.

Orvosi vezetés: Professor REDLICH és Dr. E. FRIES.

Alapított 1878-ban.



Sürgőnyozim:

Keleti J. műszerész, Budapest.

**A t. orvos urak becses figyelmébe.**

Betegápoláshoz szükséges eszközök, orvos-sebészeti műszerek, kötszerek, villany-gépek és gummiárak beszerzésére ajánlhatjuk.

**KELETI J. orvos-sebészeti műszergyártó céget**

Budapest IV., Koronaherceg-utca 17., műszergyár: Károlylaktanya.

A cég elvállal teljes kórházi berendezéseket; szállít beteg-segélyező pénztáraknak sörkötőket egy évi jótállás mellett és kötszereket legutányosabb áron, — úgyszintén gyáraknak mentőszekrényeket legújabb előírás szerint.

Tisztai és körorvos urak részére mindenkor raktáron tart teljes bonezőlő és amputáló készleteket, igen czélszerűen berendezett tokokban.

**Jegyzet:** Az igen tisztelt orvos urak kényelmére legnagyobb készséggel szállításokat évi számlára fogantatják, — kezdő orvos uraknak pedig teljes berendezéseket havi esetleg negyedévi részletfizetés ellen szállít.

Minden a szakmába tartozó javítások, nickelézések, műköszörlések stb. fogantatásnak és legoosóbban számíttatnak.

**Nagy képes árjegyzék ingyen és bérmentve.**



Farbenfabriken

vorm.

Friedr. Bayer & Co.,

Elberfeld.

Gyógyászati cikkek  
osztálya.

## Hedonal.

Új altatószer.

teljesen ártalmatlan, mellékhatásoktól ment.  
Külön javallat: **Idéges álmatlanság** (ill. Neurasthénia, depressiók állapotoknál stb.)

Adag: 1½-2 gramm por alakban, ostyában vagy csőre alakjában.

## Aspirin,

Antirheumaticum és Analgeticum  
a Salicylatok kitűnő pótlika: kellemes ízű és kellemetlen mellékhatásoktól mentes. — Adag  
3-5-ször naponta 1 grm.

## Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rhein.

Pharmaceutikai készítmények osztálya.

**Hetol és Hetokresol** a gümőkór gyógykezelésére dr. Landerer tanár szerint. **Hetol-befecskendések**, 1 és 5%, sterilizálva, határtalan ideig eltarthatók.

**Orexin-Tannat** Legjobb stomachicum, teljesen íztelen, biztos hatással **étvágyhiány**, hyperemesis gravidarum és chloroform-narcosis utáni hányás ellen. **Orexin-tablettek és -csokoládé-tablettek** à 0.25 gr.

**Dormiol** Biztos altató szer 0.5-3.0 gr. adagokban. Hatása a chloralhydrattal egyenlő ennek hátrányai nélkül. Mellékhatásai nincsenek. **Dormiol-capsulák** à 0.5 gr.

**Jodol** Legjobb jodoform-pótlék, **szagtalan és nem mérgező**. Mindennemű syphilitikus betegség ellen, sőt kiváló hatással (0.4-2.0 pro die) mint a jodkalium pótléka belsőleg is alkalmazható.

**Menthol-Jodol** Különösen alkalmas befúvásokra a rhinolaryngologikus praxisban.

—> Irodalom ingyen és bérmentve. <—

A budapesti poliklinika berendezett vegyi, gőrsol és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

**Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.**

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

## SEBÉSZETI OSZTÁLY

Budapest, VII., Stefánia-út 55.

Vezetők: **Dr. ROTTMANN E.** s **Dr. UNGAR D.** operateurok.

Minden igényeknek megfelelőleg berendezett mintahelyiségek. — Mérsékelt árak. — Gondos ápolás. — Állandó orvosi felügyelet. — Műtét és gyógykezelés bármely tetszés szerinti specialista által. — Telefon.

Vegyi, gőrsolvészeti és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

*Heroin.hydrochl.*

*Salophen.*

*Creosotal.*

*Duotal.*

*Tannigen.*

*Trional.*

*Protargol.*

*Aristol.*

*Europen.*

*Jodothylin.*

*Sucetol.*

*Somatose.*

*Vassomatose.*

Képvisele Ausztria-Magyarország számára: FRIEDR. BAYER & Co. WIEN, I. Hegelgasse 17.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Chudovszky Móricz:** Közlemény a budapesti k. m. tud. egyetem 2. sz. (Réczey Imre tnr.) sebészi klinikumáról. A nyelv vivőeres érdaganatának esete. 799. l.
- Kövesi Géza:** Közlemény a budapesti jobbparti szegényházból. (Rendelő orvos: Tauszk Ferencz dr. egyet. m. tanár.) A senilis fehérjeanyagforgalomról. 800. l.
- Pertik Ottó:** Tapasztalatok a glasgowi pestis-járványról. 803. l.
- Hudovernig Károly:** Közlemény az elme- és idegkórtani klinikából. (Igazgató Laufenauer Károly ny. r. tanár.) Polioencephalitis superior chronica esete. 805. l.
- Tárca. Pekár és Heim:** Orvosi dolgok a párisi kiállításon. 806. l. *Tövegyi Elemér:* Berlini levél. 807. l.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Feléki Hugó:** A here és mellékhere lobos bántalmának kór- és gyógytana köréből. 808. l. — *Könyvismertetés. Hutyra Ferencz:* Állategészségügyi évkönyv az 1899. évről. (A—y.) 809. l. — *Lapszemle.*

*Sebészet. Klapp:* Nagy kiterjedésű esontransplantatio. (Pesthy István.) — *Szülészet és nőgyógyászat. Legneu és Cabaniols:* A tubo-ovariális daganatok keletkezése. (Doctor.) — *Timmermann:* A hüvelybemenet sérüléseinek befolyása a gyermekágyra. (Neumann Szigfried.) — *Kisebb közlemények az orvostudományról. Friedlaender M.:* Az ariol használata a nemü betegségek gyógyításánál. — *Madlener:* A szülőkárosítások erősítése. — *Niessen:* Diabetes insipidus. 809—810. l.

**Hetiszemle és vegyesek.** A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — A glasgowi pestisről szóló előadás ügye. — Ifj. Klug Nándor. — Vidor Zsigmond. — Megjelent. — Elhunyt. — Herczel dr. — Eladó vizsgyógyintézet. — Szt. Lukácsfürdő. — Krondorf. 810. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

**Tudományos társulatok és egyesületek.**

**Melléklet.** Szemészet 6. szám.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti k. m. tud. egyetem 2. számú (Réczey Imre tnr.) sebészeti klinikumáról.

A nyelv vivőeres érdaganatának esete.

Közl: Chudovszky Móricz dr. tanársegéd.

A nyelv jóindulatú álképletei még nagyforgalmú sebészeti intézetekben is csak igen ritkán észlelhetők. A statisztikai adatok, melyek e tekintetben rendelkezésünkre állanak, ugyancsak ezt bizonyítják. A 2. számú sebészeti klinikumon nyolcz év alatt majdnem tizenkétezer beteget ápoltak s ezek között csupán egy esetben észleltünk ilyen álképletet. Lehet, hogy a bántalom a közéletben gyakoribb, de mivel éppen jóindulatú álképletről van szó, az csak akkor fog az orvos kezéhez kerülni, ha az nagyságánál fogva észrevehetővé válik, a midőn a beszédet s a nyelést zavarja.

A nyelv jóindulatú álképletei közül a *zsírdaganat* a nyelv zsírállományából fejlődik a nyelv alapi felszínén, mint ilyen a békadaganat tüneteit utánozhatja s annak kellemetlenségeivel együtt járhat. Máskor a zsírdaganat az izomzat között lassan nő (15—20 év), majd a nyelv háti felszínére kerül s itt lassan egy kocsányos daganattá alakul. Kórismézése ilyenkor nem nehéz, mert sárgás színű, lebenyes, puha tapintatú daganat hosszú fejlődési menet mellett csak zsírdaganat lehet.

A *rostdaganat* hasonlóképen eleinte a nyelvállományban fejlődik, lassú növekedése folytán az illető nem veszi azt észre; csak midőn a daganat a nyelv izomzatát széttolja s a nyelv felszínén megjelenik, vesz a beteg tudomást róla. Ezen álképlet azután lassan kocsányossá válik, s a habarcs alakját utánozza. Lassú növekedése folytán a betegnek elég észrevése van arra, hogy alkalmatlansága miatt orvosi segélyt vegyen igénybe. Sötétveres színe, kocsányos volta, összehúzott izomhoz hasonló tapintata, sima felszíne elég támpontot nyújtanak arra, hogy kórisménk-

kel ne tévedjünk. A nyelv *porcz-* vagy *esontdaganata* többnyire a rostos daganattal szokott kifejlődni.

A nyelven észlelhető kis *papillomák* a nyelv papilláinak túltengéséből fejlődnek, s a nagy számban észlelhető esetekben többnyire bujakóros eredésűek. Számos ilyenemű esetet találunk feljegyezve a bujakóról való megbetegedések leírásánál.

A nyelv jóindulatú álképletei között mint ritkaságot észleljük az *érdaganatot*. Előfordulnak annak ütőeres, nyirokeres és vivőeres daganatai. Ütőeres nyelvdaganatot *Bullin* adatai szerint két esetben közöltek. Gyakoribbak a nyirokeres daganatok, melyek vagy a makroglossiának nevezett kórkép alakjában, vagy mint tömlős daganatok jelennek meg. (*Wegner, Samter*.) A vivőeres daganatok a szájüregekben elég számos esetben észlelhetők, de a nyelv a legkritikább előfordulási helyük. A gyermekkorban észlelhető daganat többnyire veleszületett, egy más részük minden kimutatható ok nélkül felnőtteknél fejlődik ki.

A nyelv vivőeres daganatainál ugyanazt a kórszövettani képet észlelhetjük, mint más helyen előforduló ilyenemű álképletnél. 1. Lehet olyan, hogy a nyelvdaganat tömegét számos egymással összeköttetésben álló vivőér képezi; 2. hogy a nyelvdaganat számos egymással közlekedő és a szivacsállományhoz hasonló ürből áll; 3. az egész nyelvdaganat egy nagy ürből állhat. Az első alak azért oly ritka, mert az illető egyén azt az álképlet kiesinységénél fogva nem veheti észre.

A második alakjának göresövi képe *Yersin* adatai szerint olyan, hogy a nyelvdaganat nagy véröblökből áll, melyek egymással és az igen tágult környi vivőerekkel összefüggnek. A daganat feletti hámréteg megvékonyodott, a papillák e tájon teljesen eltűntek. A hámréteg alatti kötőszövet összes erei kitértek azon a tájon, a hol a nyelv érdaganata van. A véröblök fala rostos kötőszövetből áll, melynek alak-elemei igen ellaposodott sejtek, melyek magvai hasonlóképen laposak. A belső felszín endothel borítja. A véröblök és a környi erek között a vérkeringés fennáll, mivel az öblökben mindent rendes alaknak megfelelő vörös véresejt-tömegek láthatók.



A véröblök környezetén található vivőerek kitágult hajszálerek szöveti szerkezetét utánozzák.

A vivőeres nyelvdaaganat harmadik alakjának kórszövettani képe ugyancsak *Yersin* adatai szerint a következő: A vértömlő egy együregű öböl, a mely a nyelvben az elvékonyodott nyálkahártya alatt foglal helyet. Az epithelréteg rendes viszonyokat tüntet fel, míg a papillaris réteg azon részlete, mely a tömlőhöz legközelebb fekszik, lelapul. A vértömlő környékén látható erek nem tágultak ki. A tömlő belső felszínét vékony endothelréteg borítja; e körül lapos sejtekből álló kötőszövet képez burkot, melyben azonban sima izomsejtek nem lelhetők.

A nyelv vivőeres daganatai néha egyesével, máskor többes számban is észlelhetők. Kedvencz előfordulási helyük a nyelv háti felszíne, azonkívül *Butlin* nézete szerint gyakoribbak a nyelv elülső, mint hátsó részén. Az álképletnek a környezettől eltérő színtönsége, dudoros felszíne, összenyomhatósága folytán azok könnyen felismerhetők. Ugy a vivőerez érdaganatból, mint az esetleges vértömlő esetében is, a próbaszúrásnál nyerhető vér csak megerősíti a kórismét.

*Réczey* tanár szíves engedelméből egy vivőeres érdaganat kórrajzát kívánom ezen alkalommal közölni.

Sch. M. 20 éves hajadont 1898. decz. 2-dikán vettük fel a 2. számú sebészeti klinikumra. Műtettük deczember 6-dikán, gyógyultan távozott deczember 18-dikán.

A beteg állítólag két hónap előtt vette észre, hogy nyelvtövének jobb oldalán borsónyi veres-kékes hólyagja támadt, melyet egy vidéki orvos felszűrt. Ezen alkalommal abból sok vér ömlött ki: a vérzés magától elállott, azonban a térfogatmegnagyobbodás nem tünt el, sőt ellenkezőleg azóta növekedik.

A nyelvgyök jobb oldalán a nyelv kinyújtott helyzete mellett a mandolával szemközt van egy hosszúkás, nagy mogorónyi, kissé dudoros felszíni, lilaveres színű, puha térsztatapintatú, nyomásra megkisebbithető fájdalommentes térfogatmegnagyobbodás, a mely kis fokban a nyelést akadályozza.

Kórisme: *Vivőérdaganat a nyelven.*

Műtét 1898. deczember 6-dikán. A nyelvet erős biztosító fonállal, melyet a nyelv közepén keresztül húzunk, előrehúzzuk. A daganat alapján négy matrácvarratot alkalmazunk, a melyek a daganat alapját szorítják meg, míg a daganat felett alkalmazott néhány csomós varrat a daganatot a felszín felől szorítja le.

Deczember 7-9. A nyelvgyök kissé megduzzadt. A beteg nehezen nyel. Deczember 8-dikán kihúzzuk a nyelvtartó fonalat. A beteg láztalan. Hídeg borításokat alkalmaz a nyakára.

Deczember 10-14. A daganat helyén szürkésárga lehámolt hámzafatok lógnak. 14-dikén a varratokat kiszedjük.

Deczember 16. A daganat eltűnt. A nyelv rendes. A beteg gyógyultan távozik.

A leírt kórrajz szerint a daganat a nyelvnek későbbben kifejlődött — nem veleszületett — vivőeres érdaganatja, a mely a nyelv gyökén, a két garatív között, annak nehezen hozzáférhető helyén képződött. Az álképlet kórisméjének meghatározása nem ütközött nehézségbe, de annál nehezebbnek látszott annak műtési terve. Számos műtési mód áll rendelkezésünkre, hogy a test felszínen székelő vivőeres daganatokat eltávolítsuk; ezek azonban a nyelvnek e táján ülő érdaganatok eltávolítására nem használhatók. Az érdaganatot nem volt tanácsos a szájüregegen keresztül villamos vagy Paquelin-égetővel égetni, a mennyiben a nyelv e tájékához nehezen lehet hozzáférni s esetleges vérzés esetében pedig azt annál nehezebben lehetett volna csillapítani. Ferrum sesquichloratum vagy jód-oldat befeeskendezését azért nem tartottuk javalltnak, minthogy annyira közel van a gége, hogy egy utólagos gégevizényő kifejlődésétől tartottunk, a mely azután légesömet-szést igényelhetett volna. A Dandois által ajánlott alkoholfefeekendést hasonló következtetés alapján mellőztük. Ha a daganatot kiirtani kívántuk volna véres úton, akkor a pofa felezésével hozzáférhettünk volna.

De tekintettel arra, hogy a beteg egy 20 éves hajadon, szépészeti szempontból e műtési módokról le kellett mondanunk. Hasonló indoklás alapján nem végeztük rajta a nyelv ütőerének alakítását. E műtési módok helyett *Réczey* tanár az álképlet határain túl öltött varratokkal az egész daganatot leszorította, a mely annak következtében thrombotizált s a mint a kórtörténet jelzi, a daganat a varratok kiszedése után teljesen eltűnt. Vagyis a mint ezen eset mutatja, a vivőeres érdaganatokat körülöltésekkel összenyomva elszorvaszthatjuk.

## Közlemény a budapesti jobbparti szegényházból. (Rendelő orvos: Tauszk Ferencz dr. egyet. m. tanár.)

### A senilis fehérjeanyagforgalomról.<sup>1</sup>

Irta: *Kövesi Géza dr.*

Mindazon atrophias állapotok, a melyek az aggkori involutiót jellemzik, kórboneztanilag közös jellemvonásokat tüntetnek fel, a melyek részleteikben is ismeretesek. Ezen közös sajátságok a senilis atrophia egységes kóroktanára látszanak utalni. A senilis hypotrophia magyarázatára irányuló eddigi törekvések pedig egyrészt minden exact alap híján vannak, speculativ jellegűek, mint *Brown*<sup>2</sup>, *Grimm*,<sup>3</sup> *Maly*<sup>4</sup> munkálatai és legújabbán *Metschnikoff*<sup>5</sup> elmélete is, másrészt lényeges szerepet tulajdonítanak az elsődleges véredény megbetegedéseknek (*Demange*<sup>6</sup>). Mindezen magyarázati módok azonban figyelmen kívül hagyják az anyagforgalom megváltozását az aggkorban, már pedig más eredetű atrophias állapotoknál, mint a diabetes, carcinoma és a különböző anaemiáknál az anyagforgalmi vizsgálatok jellegzetes megváltozásokat eredményeztek. Jogosan kérdezhetjük tehát, hogy az anyagesere mily módosulása jellegzetes az aggkorra, s hogy mily jelentőséget tulajdonítsunk a megváltozott oxydativ folyamatoknak a senilis involutio magyarázatánál.

Ismereteink az aggkori anyagforgalomról még hiányosak.

Ezen kérdésre vonatkozólag azon tankönyvekben, a melyek az anyagesere kórtanát tárgyalják, csak hiányos adatokat találhatunk. *v. Noorden*<sup>7</sup> a felnőtt ember caloria szükségletének tárgyalásánál röviden említi, hogy jogosan feltehető, miszerint az aggkorban az összanyagesere folyamatok csökkentek. *Munk*<sup>8</sup> kiemeli, hogy az aggkorban valószínűleg az élenyülési folyamatok lényeges módosítást szenvednek, megjegyzi azonban, hogy ezen felvétel helyességét bizonyító exact N- és C-meghatározások még hiányoznak, s hogy fentebb hangoztatott nézete azon tapasztalati tényen alapszik, hogy a tápanyagszükséglet aggkorban lényegesen csökkent. *Rubner* a *Leyden*-féle „Handbuch der Ernährungstherapie“ című munkában határozottan tagadja a csökkent anyagforgalom felvételének jogosultságát.

Anyageserevizsgálatokat aggkorban első ízben *v. Limbeck*<sup>10</sup> végzett, a melyek főleg a caloriaszükséglet megállapítására irányultak, s a melyek eredménye alapján *v. Limbeck* az összanyagforgalom lassúbbodását vélte felvehetni. Hasonló eredményekre vezettek *Sondén* és *Tiegerstedt*<sup>11</sup> légesere vizsgálatai is, melyek folyamán úgy az élenyfelvétel, mint a szénsavkiadás aggkorban lényegesen csökkenést mutatott.

Mindezen kísérleti vizsgálatok az aggkori összanyagforgalomról ugyan adnak felvilágosítást, azonban nem tárgyalják a fehérjeszükséglet nagyságát aggkorban s nem tájékoztatnak a fehérjeanyagok kihasználásának megváltozásairól, ha azokat részben szénhydratokkal pótoljuk, azaz vajjon a tápanyagok isodinamijának törvényei az aggkorban is teljes érvényűek-e? Sőt a caloriaszükséglet határértéke sines végérvényesen megállapítva.

Ezen kérdések tisztázását célozzák az itt közlendő vizsgálatok.

Kísérleteinket 76 és 78 éves egyénekre végeztük, a kiknél általános arterio-sclerosison kívül egyéb kóros elváltozás nem volt található.

Az anyageserevizsgálatokat a szokásos módon végeztük. A kísérleti egyének számára oly étrendet állapítottunk meg, a mely fehérjét, szénhydratot s kevés zsírt tartalmazott. Az egyes tápanyagok N-tartalmát a vizsgálat folyamán több ízben meghatároztuk és a számításoknál azok középértékeit vettük alapul. Az étrendet főként oly tápanyagokból állítottuk össze, melyek fehérjetartalma lehetőleg állandó.

<sup>1</sup> Előadatott az élettani szakosztály 1900. május 15-diki ülésén.

<sup>2</sup> Grimm után idézve.

<sup>3</sup> Die idiopathischen Atrophien. Leipzig, 1840.

<sup>4</sup> Prager med. Wochenschrift. 1888.

<sup>5</sup> Russisches Archiv für Pathologie. 1899.

<sup>6</sup> Das Greisenalter. Leipzig u. Wien, 1887.

<sup>7</sup> Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels.

<sup>8</sup> Die Ernährung.

<sup>9</sup> Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 26.

<sup>10</sup> Skandinavisches Arch. f. Physiol. Bd. VI.



Az I. vizsgálati sorozatot 21 napra terjesztettük ki, következő étrenddel: 1 l. tej, 100 gm. hús, 50 gm. sonka, 110 gm. zsemlye, 10 gm. cukor, 200 kem. leves és 1 l. Salvator-víz. Ezen tápanyagok körülbelül 136 gm. caloriát, továbbá 77 gm. fehérjét, 163 gm. szénhidrátot és 11 gm. zsírt tartalmaztak. A caloriamentységet a kezdeti testsúlyhoz (45 kgm.) viszonyítva, 1 kgm.-nyi testsúllynak 30 caloriabevitel felel meg.

A tulajdonképeni vizsgálatok megindítása előtt a fennebb részletezett étrendet három napon át alkalmaztuk. Az első öt napi vizsgálati sorozat eredményeit a következő táblázat tünteti fel.

| Kísérleti nap | Táplálék N-je       | Vizelet N-je | Bélsár N-je | Összes N-kivitel | N-egyenleg | Caloriamentység pro kgm. |
|---------------|---------------------|--------------|-------------|------------------|------------|--------------------------|
|               | g r a m m o k b a n |              |             |                  |            |                          |
| 1             | 12-349              | 10-117       | 0-206       | 10-323           | +2-02      | 30                       |
| 2             | 12-349              | 10-932       | 0-206       | 11-138           | +1-21      | 30                       |
| 3             | 12-349              | 10-359       | 0-206       | 10-565           | +1-28      | 30                       |
| 4             | 12-349              | 8-274        | 0-206       | 8-48             | +3-86      | 30                       |
| 5             | 12-349              | 12-096       | 0-206       | 12-304           | +0-04      | 30                       |
| Közép ért.    | 12-349              | 10-335       | 0-206       | 10-561           | +1-788     | 30                       |

A mint a kiszámított középértékekből kitűnik, kísérleti egyénünkönél pro kgm. 30 caloriabevitel mellett csekély szervi fehérje szaporulat volt észlelhető. N-vesztesség a bélsár útján 2%.

Hogy a fehérjeszükséglet határértékét megállapíthassuk, a fehérjebevitelt csökkentettük, s a hiányzó caloriamentységet részben szénhidráttal, részben zsírral pótoltuk.

Ezen vizsgálati sorozatban, következő étrendet alkalmaztunk: 700 kem. tej, 80 gm. hús, 50 gm. sonka, 110 gm. kenyér, 50 gm. rizs, 25 gm. cukor, 15 gm. vaj és 200 kem. leves. Ezen tápanyagmennyiség megfelel 77 gm. fehérje, 171 gm. szénhidrát és 41 gm. zsírnak; a caloriabevitel változatlan maradt. Ezen vizsgálati sorozat tartama 12 nap volt, és a következő eredményeket szolgáltatatta.

| Kísérleti nap | Táplálék N-je       | Vizelet N-je | Bélsár N-je | Összes N-kivitel | N-egyenleg | Caloriamentység pro kgm. |
|---------------|---------------------|--------------|-------------|------------------|------------|--------------------------|
|               | g r a m m o k b a n |              |             |                  |            |                          |
| 1             | 10-603              | 8-52         | 0-534       | 9-054            | +1-54      | 30                       |
| 2             | 10-603              | 10-535       | 0-534       | 11-069           | -0-46      | 30                       |
| 3             | 10-603              | 10-041       | 0-534       | 10-575           | +0-02      | 30                       |
| 4             | 10-603              | 7-501        | 0-534       | 8-035            | +2-56      | 30                       |
| 5             | 10-603              | 6-617        | 0-534       | 7-146            | +3-45      | 30                       |
| 6             | 10-603              | 10-394       | 0-534       | 10-928           | -0-32      | 30                       |
| 7             | 10-603              | 9-994        | 0-534       | 10-528           | +0-07      | 30                       |
| 8             | 10-603              | 8-682        | 0-534       | 9-216            | +1-38      | 30                       |
| 9             | 10-603              | 7-434        | 0-534       | 7-968            | +2-63      | 30                       |
| 10            | 10-603              | 6-412        | 0-534       | 6-946            | +3-65      | 30                       |
| 11            | 10-603              | 8-272        | 0-534       | 8-806            | +1-79      | 30                       |
| 12            | 10-603              | 6-636        | 0-534       | 7-17             | +3-43      | 30                       |
| Közép ért.    | 10-603              | 8-419        | 0-534       | 8-953            | +1-65      | 30                       |

A csökkent fehérjebevitel dacára a N-egyenleg még visszatartást jelez, sőt egyes napokon a fehérjeszaporulat jelentékeny. A bélsár útján N-tartalmú anyagvesztesség 5%-nak felel meg.

A III. sorozatban a táplálék fehérjetartalma változatlan maradt ugyan, azonban a célból, hogy csekély caloriabevitel mellett a fehérjeanyagforgalom mineműségét megállapíthassuk, a caloriamentységet csökkentettük, főként a zsírbevitel megszorítása által.

Az étrend e sorozatban a következő volt: 700 kem. tej, 80 gm. hús, 50 gm. sonka, 50 gm. rizs, 110 gm. zsemlye, 10 gm. cukor, 200 kem. leves és 1 l. Salvator-víz. Ezen tápanyagok 66 gm. fehérjét, 156 gm. szénhidrátot s 32 gm. zsírt tartalmaznak s 1165 caloriának felelnek meg; e szerint egy kilogrammnyi testsúllyra 26 caloria számítható. Kísérleti tartam öt nap. (L. a következő táblát.)

A csökkentett fehérjebevitel a tápanyagok alacsony caloriatartalma dacára sem befolyásolta lényegesen a N-anyagcserét, mivel a N-egyenleg ezen sorozatban többletet tüntet fel. N-vesztesség a bélsár útján 6-4%.

| Kísérleti nap | Táplálék N-je       | Vizelet N-je | Bélsár N-je | Összes N-kivitel | N-egyenleg | Caloriamentység pro kgm. |
|---------------|---------------------|--------------|-------------|------------------|------------|--------------------------|
|               | g r a m m o k b a n |              |             |                  |            |                          |
| 1             | 10-588              | 8-883        | 0-673       | 9-556            | +1-03      | 25                       |
| 2             | 10-588              | 6-923        | 0-673       | 7-596            | +2-99      | 25                       |
| 3             | 10-588              | 8-987        | 0-673       | 9-66             | +0-92      | 25                       |
| 4             | 10-588              | 7-587        | 0-673       | 8-26             | +2-32      | 25                       |
| 5             | 10-588              | 8-012        | 0-673       | 8-685            | +1-9       | 25                       |
| Közép ért.    | 10-588              | 8-078        | 0-673       | 8-751            | +1-837     | 25                       |

E kísérleti eredmények részletes tárgyalása a második egyénen végzett vizsgálataink közlése után fog következni.

Második kísérleti egyénünkönél vizsgálatainkat igen alacsony fehérjebevitellel kezdtük, sőt a táplálék caloriatartalma is igen csekély volt.

Az étrend az I. sorozatban a következőkből állott: 500 kem. tej, 50 gm. hús, 50 gm. cukor, 50 gm. rizs, 20 gm. vaj, 110 gm. zsemlye, 200 kem. leves s 1 l. Salvator-víz. A táplálék caloriatartalma: 1275 s a kísérleti egyén testsúlyához (67 kgm.) viszonyítva a caloriabevitel pro kilogramm 21-nek felel meg. A fehérjebevitel 41 gm. Az I. sorozat eredményeit a következő táblázatban adjuk:

| Kísérleti nap | Táplálék N-je       | Vizelet N-je | Bélsár N-je | Összes N-kivitel | N-egyenleg | Caloriamentység pro kgm. |
|---------------|---------------------|--------------|-------------|------------------|------------|--------------------------|
|               | g r a m m o k b a n |              |             |                  |            |                          |
| 1             | 6-567               | 8-506        | 0-421       | 8-927            | -2-36      | 21                       |
| 2             | 6-567               | 6-9          | 0-421       | 7-321            | -0-76      | 21                       |
| 3             | 6-567               | 7-116        | 0-421       | 7-537            | -0-97      | 21                       |
| 4             | 6-567               | 6-456        | 0-421       | 6-877            | -0-31      | 21                       |
| 5             | 6-567               | 6-189        | 0-421       | 6-61             | -0-04      | 21                       |
| 6             | 6-567               | 7-245        | 0-421       | 7-666            | -1-09      | 21                       |
| 7             | 6-567               | 7-235        | 0-421       | 7-656            | -1-08      | 21                       |
| Közép ért.    | 6-567               | 7-52         | 0-421       | 7-941            | -1-37      | 21                       |

A N-egyenleget véve alapul, e sorozatban szervi fehérjevesztesség állott be.

Azon körülmény tisztázása céljából, vajjon az I. sorozatban a caloriabevitel avagy pedig a fehérjeanyagok mennyisége volt-e elégtelen, a II. sorozatban a táplálék változatlan fehérjetartalma mellett a caloriabevitelt fokoztuk.

A táplálék ezen sorozatban 500 kem. tej, 50 gm. hús, 50 gm. rizs, 60 gm. cukor, 30 gm. szalonna, 30 gm. vaj, 200 kem. leves és 110 gm. zsemlye volt. Ezen tápanyagok 41 gm. fehérjét tartalmaznak s 1575 caloriát szolgáltatnak, pro kilogramm tehát 26 caloriát; kísérleti tartam 9 nap.

| Kísérleti nap | Táplálék N-je       | Vizelet N-je | Bélsár N-je | Összes N-kivitel | N-egyenleg | Caloriamentység pro kgm. |
|---------------|---------------------|--------------|-------------|------------------|------------|--------------------------|
|               | g r a m m o k b a n |              |             |                  |            |                          |
| 1             | 6-572               | 6-182        | 0-539       | 6-721            | -0-14      | 26                       |
| 2             | 6-572               | 4-817        | 0-539       | 5-356            | +1-11      | 26                       |
| 3             | 6-572               | 6-127        | 0-539       | 6-666            | -0-09      | 26                       |
| 4             | 6-572               | 5-539        | 0-539       | 6-078            | +0-49      | 26                       |
| 5             | 6-572               | 5-465        | 0-539       | 6-00             | +0-57      | 26                       |
| 6             | 6-572               | 6-917        | 0-539       | 7-456            | -0-88      | 26                       |
| 7             | 6-572               | 4-498        | 0-539       | 5-037            | +1-53      | 26                       |
| 8             | 6-572               | 5-236        | 0-539       | 5-775            | +0-79      | 26                       |
| 9             | 6-572               | 5-132        | 0-539       | 5-671            | +0-9       | 26                       |
| Közép ért.    | 6-572               | 5-546        | 0-539       | 6-085            | +0-48      | 26                       |

A caloriabevitelt tehát kissé fokozva, a táplálék változatlan fehérjetartalma mellett is lehető volt N-visszatartást előidézni.

A III. sorozatban a caloriamentység ugyanannyi volt, mint az I. sorozatban (a melyben N-deficit állott fenn), azonban a fehérjebevitelt lényegesen emeltük.

Ezen sorozatnál a következő étrendet állapítottuk meg: 700 kem. tej, 80 gm. hús, 50 gm. sonka, 50 gm. rizs, 110 gm. zsemlye, 15 gm. cukor, 200 kem. leves s 2 l. Salvator-víz. A táplálék fehérjetartalma: 67 gm. és 1207 caloriát szolgáltat, azaz pro kilogramm 20 caloriát. Kísérleti tartam 9 nap.



| Kísérleti<br>nap | Táplálék<br>N-je    | Vizelet<br>N-je | Bélsár<br>N-je | Összes<br>N-kivitel | N-<br>egyen-<br>leg | Caloria-<br>mennyi-<br>ség<br>pro kgm. |
|------------------|---------------------|-----------------|----------------|---------------------|---------------------|----------------------------------------|
|                  | g r a m m o k b a n |                 |                |                     |                     |                                        |
| 1                | 10:588              | 5:754           | 0:441          | 6:195               | +4:39               | 20                                     |
| 2                | 10:588              | 6:916           | 0:441          | 7:357               | +3:23               | 20                                     |
| 3                | 10:588              | 6:455           | 0:441          | 6:896               | +3:69               | 20                                     |
| 4                | 10:588              | 7:527           | 0:441          | 7:968               | +2:62               | 20                                     |
| 5                | 10:588              | 7:918           | 0:441          | 8:359               | +2:22               | 20                                     |
| 6                | 10:588              | 7:257           | 0:441          | 7:698               | +2:89               | 20                                     |
| 7                | 10:588              | 5:924           | 0:441          | 6:365               | +4:22               | 20                                     |
| 8                | 10:588              | 6:968           | 0:441          | 7:409               | +3:17               | 20                                     |
| 9                | 10:588              | 8:445           | 0:441          | 8:886               | +1:7                | 20                                     |
| Közép ért.       | 10:588              | 7:018           | 0:441          | 7:459               | +3:12               | 20                                     |

A fehérjemennyiség fokozása segélyével a tápláléknak oly caloriatartalma mellett, mint az I. sorozatban, a szervezet fehérje-állománya lényeges szaporulatot mutat.

Mindezen vizsgálati eredmények alapján mily képet nyújt az aggkori fehérjeanyagforgalom és caloria szükséglet?

Hogy ezen kérdésre kísérleti eredményeink számbavételével felelhessünk, szükséges az anyagforgalom egyes általános érvényű alaptörvényeit bővebben tárgyalnunk, hogy kitűnjék, vajjon azok a seniumban változatlan érvényben fennállanak-e avagy pedig mily irányban módosulnak.

Egészséges, nyugvó egyén caloriaszükségletére vonatkozó ismereteinket túlnyomóan Rubner-nek köszönhetjük, ki bebizonyította, hogy a tápanyagok a szervezetben végbemenő elégtelenség alkalmával éppannyi meleget termelnek, mintha azokat a szervezetben kívül ugyanazon végeredményekig égetjük el; tehát a bevitt tápanyagok potentialis energiáját, illetve tápértékét kiszámíthatjuk ezen hőmennyiség alapján. Tudjuk továbbá, hogy a szervezet caloriaszükséglete főként az activ protoplasma mennyiségétől, azaz megközelítőleg a testsúlytól (rendellenes zsírtülszaporodást kizárva) függ; másrészt pedig a Rubner-féle törvény szerint a caloriaszükségletet a hőleadó testfelület nagysága is befolyásolja, a mely szerint kis állatok, a melyeknek testsúlya testfelületükhöz viszonyítva nagy, relative magas hőszükséglettel bírnak, ellenében a nagy állatokkal, a melyeknek testfelülete aránylag csekélyebb. Ennélfogva a caloriaszükségletet egyrészt az activ protoplasma mennyisége, másrészt pedig a hőleadó testfelület nagysága befolyásolja. Ismeretes, hogy felnőtt ember teljes nyugalomban egy kilogramm testsúlyra 32–38 caloriát igényel (v. Noorden). Hasonlítsuk össze ezen értékekkel erre vonatkozó vizsgálati eredményeinket. Már felületes megtekintésnél is feltűnik, hogy a caloriaszükséglet lényegesen csökkent.

Az első kísérleti egyénél 25 és 30 caloriabevitel mellett a N-visszatartás állandó volt s ezen idő alatt testsúlya 120 gm.-mal gyarapodott. A második kísérleti egyénél caloriaszükségletének határértékét is megállapíthattuk; ez v. Limbeck, Pfeiffer és Scholz<sup>1</sup> vizsgálatai alapján 30–34 caloriának felel meg, ellenben vizsgálataink folyamán 20 caloriánál 67 gm. fehérjebevitel mellett 130 gm.-nyi testsúlygyarapodást észleltünk.

Mindezen eredmények odaautalnak, hogy az aggkorban a caloriaszükséglet physiologiai középértékét alacsonyabbnak tekintsük, mint v. Limbeck, Pfeiffer és Scholz; közepes fehérjebevitel mellett 20 caloria határértéknek vehető.

Rubner-nek testfelületi törvénye szerint két egyenlő testsúlyú és megközelítőleg egyenlő testfelületű egyénnek caloriaszükséglete nyugalomban azonos. Ezen felvétel helyességét már v. Limbeck is kétségbe vonta és megjegyzi, hogy két egyenlő súlyú egyénnek illetően összehasonlítása helytelen azon esetben, ha azok egyike fiatal, a másik pedig idős. A Rubner-féle törvénynek ezen korlátozása anyagcserevizsgálatainkban igen szembe-tűnő. Egyik kísérleti egyénünk 40 kgm. testsúlyval 20 caloria bevitele mellett nemcsak, hogy a szervi fehérjének állományából nem veszített, hanem ellenkezőleg súlyban gyarapodott, míg Rubner<sup>1</sup> megközelítőleg azonos testsúlyú gyermek caloriaszükségletét 52 caloriában állapította meg.

<sup>1</sup> Deutsch. Arch. f. klin. Medic. Bd. 63.

<sup>2</sup> Leyden. Handbuch der Ernährungstherapie. I. Bd.

A senilis involutio magyarázati módzatainál azon kérdés is felmerülhetne, vajjon a tápanyagok csökkent felszívódása, illetve hiányos kihasználása nem szerepelhet-e mint oki tényező, mint pl. bizonyos gyomor- és bélbántalmakat kísérő atrophias állapotoknál, melyek a szövetek hiányos tápláltságának következményei. Ezen felvételt, a melyet több oldalról a senilis atrophia előidézőjének tekintettek, vizsgálataink teljességgel kizárják. Mint-hogy senilis vizsgálati egyéneinknél a fehérjevesztés a bélben sem volt nagyobb, mint fiatal egyéneknél s az egyes vizsgálati sorozatokban 2–7% között ingadozott, még azon esetekben is, a midőn jelentékeny fehérjemennyiséget adagoltunk, ennél fogva a senilis atrophia tanában a fehérjeanyagok hiányos felszívódása mint oki tényező nem állhat meg.

Tudvalevőleg a tápanyagok isodynamiáját korlátozza azon körülmény, hogy bizonyos mennyiségű fehérjére szüksége van a szervezetnek, a melyet semminemű más tápanyag sem pótolhat. Ezen tapasztalati tény azon felvételre utal, hogy ezen minimális fehérjemennyiség az elhasznált sejtelemelek pótlására, úgyszólván a sejttáplálék felfrissítésére szolgál; kétségtelen, hogy a sejtek életét szénhidrátok és zsírok nem tarthatják fenn, hanem hogy annak alapfeltétele a fehérjének vegyi elbontása.

Ha a fehérjebevitelt oly mértékben alászállítjuk, hogy az bizonyos határérték alá süllyed, a mely megközelítőleg 60 gramm, az esetben a szervi fehérjeállomány szenved. A fehérjebevitel ezen határértéke azonban nem tekinthető fix értéknek, sőt igen ingadozó, melynek alsó határa az elemi alkatrészek fehérjefelbontó képességének fokától függ oly annyira, hogy jogosult azon felvétel, miszerint a fehérjeszükséglet nagysága a szervezet oxydatív energiájának mértékétől szolgálhat.

Miképen alakul a szervezet fehérjeszükséglete az aggkorban? Az első kísérleti egyénnek naponta 10:6 és 12:3 gramm N-t adagoltunk s e mellett a napi N-visszatartás 1:2–3:8 gramm-nak felelt meg; tehát közepes fehérjebevitel mellett jelentékeny fehérjelerakódás volt észlelhető. Jelentősebbek a második egyénél nyert vizsgálati eredményeink, a kinél a II. sorozatban alacsony fehérjebevitelt választottunk, t. i. 41 grammot naponta s a N-egyenleg mindazonáltal pozitív eredményeket szolgáltatott; közép-értékben a napi N-visszatartás 0:5 gramm. Ezen fehérjemennyiséget joggal tekinthetjük a fenforgó esetben a fehérjeszükséglet határértékétől, minthogy a bevitt caloriameennyiség is mérsékelt volt s igazolja egyszersmind azon felvételt, hogy az aggkorban a szervezet fehérjeszükséglete jelentékenyen alászállott.

Ismeretes, hogy a szervezet mily kevésbé takarékoskodik a legértékesebb tápanyaggal, a fehérjével; a fehérjebevitel fokozásánál rövid tartamú N-visszatartás után csakhamar egysúlyba helyezkedik, tehát a felesleget teljesen elbontja, mely körülmény igazolja a sejtek fehérjeelbontó képességének tág alkalmazkodását a fehérjebevitel nagyságához s egyszersmind az intracellularis anyagcsere ép voltának bizonyítékaként is szolgálhat.

Hogy a sejtek fehérjeelbontó képességének nagyságát az aggkorban megállapíthassuk, második kísérleti egyénünkön a III. vizsgálati sorozatban alacsony caloriabevitel mellett az adagolt fehérjemennyiséget jelentékenyen fokoztuk.

Már az első napokban tetemes N-visszatartás állott be (3:5 gramm); ezen sorozatot 9 napra terjesztettük ki azon célból, vajjon ezen idő alatt a fehérjeelbontás fokozódik-e, azonban a vizsgálati tartam alatt a N-visszatartás állandóan fennállott. Tehát a senilis szervezet már közepes mennyiségű fehérjét sem volt képes felbontani, még pedig kedvező körülmények között sem, mivel az activ sejttáplálék fehérjeelbontó képessége lényegesen csökkent.

Vizsgálataink eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A szervezet caloriaszükséglete az aggkorban jelentékenyen alászállott.

2. A caloriaszükséglet határértéke alacsonyabb, mint volt Limbeck vizsgálataiban, t. i. 20 caloria egy kilogrammnyi testsúlyra.

3. A fehérjeanyagok kihasználása változást nem szenved.

4. Alacsony fehérjebevitel mellett is testsúlygyarapodás volt észlelhető, minthogy a fehérjeszükséglet az aggkorban tetemesen csökkent.



5. A fehérjeelbontás a seniumban szűk határok között ingadozik.

A senilis anyagcserének, főként pedig a fehérjeforgalomnak ezen megváltozásai quantitativ jellegűek és a senilis involucionnak sajátos helyet biztosítanak a cachexiák tanában. A különböző eredetű atrophias állapotok (pl. carcinománál, diabetesnél, tuberculosishoz) a szervi fehérje beolvasztását s az anyagcserének qualitativ megváltozását vonják maguk után; ellenben a senilis atrophianál a fehérjeelhasználás csökkent.

Ezen sajátos körülmény oda utal, hogy az involutios cachexia oka a megváltozott sejtműködésben keresendő; egyrészt az activ sejttanyag fehérjeszükséglete csökken s ez által a fehérjeanyagok elbontása is alászáll, a mely körülmény folytán az elhasznált sejtelelemek pótlása van akadályozva, illetőleg az intracellularis anyagcserefolyamatok lassubodnak. Más részről pedig a sejtlelet ezen megváltozásának következményeképpen a sejtek hőszükséglete is alászáll. A senilis anyagcsere ezen rendellenességei úgyiszlán a megváltozott sejtlelet kifejezői, a melyek arra utalnak, hogy a senilis atrophia eredetét az elemi szervezetek, a sejtek biológiai viszonyainak mélyreható eltéréseiben kell keresnünk.

### Tapasztalatok a glasgowi pestis-járványról.

*Pertik Ottó* ny. r. tanártól.

(Folytatás.)

3. *George Hill*, 46 éves, czizmafoltzó. Lakik 248 Mathieson Street. Felvétetett IX. 13-dikán éjjel; meghalt IX. 14-dikén reggel 7 ó. 30 perczkor, azért nincs is kórtörténete.

*Előzmények*: Beteg lett IX. 8-dikán, beteg volt 6 napig. Ugyanazon házban, a Gray családban, fordultak már korábban elő esetek: Mrs. Gray, a kinek betegségét a Bogan családnál tett látogatás okozta, IX. 1-jén került a kórházba hasi hagymáz diagnosissal, meghalt IX. 4-dikén; átszállításakor Mrs. G. leányát halva találták otthonában.

*Bonczolás* IX. 13-dikán este (Buchanan dr.) Főeredmény: Bal oldalon haemorrhagiás inguinalis bubo a környező kötőszövet borostyánkőszerű kocsonyás beszűrődésével; cervicalis mirigyek duzzadása.

A nyaki izmokban (stern. cleid. mast.) és az izomközötti kötőszövetben vérzések.

Vérzések a hátsó gátorban és a subpericardialis kötőszövetben szív, máj, vesék parenchymás homályosodása.

Lép nagy, igen vérdús.

Gyomorban és bélben igen sok pontszerű eckehymosis. Tüdőben oedema és hyperaemia pneumonia nélkül.

*Górcsói vizsgálat*: A lépgyurmából készült fedőüvegekészítményeken a pestis-bacillushoz alakilag mindenben hasonló bacillusok nagy számban.

Cultúrák positiv eredményt adtak a lépből és a bubokból; mindkettőnél streptococcus is kitenyészett. A vérből Zabotny tanár kapott pestis-cultúrákat s azért az esetet septicaemiás (pesticaemiás) alaknak tartja.

4. *Mistress Morisson*, született *Muir*, 20 éves. Lakik: 8. Coburg Street 57, együtt lakik az anyjával Mrs. Muirral és két testvérével.<sup>1</sup>

*Előzmény*: Muirék szoros barátságban éltek az Oxford Lane 23 alatt lakó Tierney családdal, melynek *Kate* nevű 14 éves leánya VIII. 22-dikén beteg lett és VIII. 28-dikán meghalt „typhus”-ban az orvosi bizonyítvány szerint. Kate halála után a megfelelő utánjárás kiderítette, hogy betegsége alatt a tarkó és a kar mirigyei igen fájdalmasak és duzzadtak voltak.

*Kórtörténeti jegyzetek*: Mrs. Morisson IX. 13-dikán reggel 5 órakor fejfájást, borzongást érez, émelygése van, de nem hányt. Közérzete nagyon nyomorult. Nyelve száraz, lepedékes; úgyiszlán ajkai is.

<sup>1</sup> Muir család: South Coburg Street 57. Anya: Mrs. Muir 40 éves, beteg lett IX. 16-dikán, meggyógyult. Mary Muir 14 éves, beteg lett IX. 13-dikán, meggyógyult. Robert Muir 11 éves, beteg lett IX. 15-dikén, meghalt IX. 23-dikán. Margaret Muir 20 éves = *Mistress Morisson* beteg lett IX. 14-dikén, meghalt IX. 18-dikán. Utóbbinak a kórházban született magzatja = *Plague Baby*: meghalt IX. 26-dikán.

Felvételek estefelé baloldali inguinalis bubo és az arczon a jellemző rémület kifejezése. IX. 16-dikán este 10 órakor 20 kem. Yersin-savó a kar vénájába és 20 kem. a czomb bőrálatti kötőszövetébe a bubo szomszédságában. Erre a nyelv nedvesebb lett és az ajkak tisztultak.

IX. 17-dikén reggel 5 $\frac{1}{2}$  órakor fogó-szülés. Érett magzat. Szülés alatt collapsus. Este 8 órakor 20 kem. serum a bőr alá.

IX. 18-dikán reggel 2 $\frac{1}{2}$  órakor halál.

*Bonczolás*: IX. 15. este (Buchanan dr.). El nem genyedt bubo inguin. dexter haemorrhagiás oedemával a környező kötőszövetben.

Medenczebeli retroperitonealis, jobboldali iliacalis bubo.

*Polyadenitis*: a test valamennyi nyirokmirigye duzzadt; fodormirigyek is duzzadtak. Lépben — Zabotny szerint — a Malpighi tüszők túltengettek, sötét barnás-pirosak, részben haemorrhagiások.

Tüdővízenyő, lob nélkül. Máj halvány, barnás-sárga, homályos. Vérzések a myocardiumban és subpericardialis kötőszövetben. Uterus puerperalis normalis.

*Cultúrák*: positiv eredményűek voltak a bubokból, lépből, tüdőkől és vesékből. A vér kérdéses maradt.

5. *Baby Morisson* = *Plague Baby*. Mrs. Morissonnak a pestis-kórházban IX. 17. reggel 5 $\frac{1}{2}$  órakor született magzata. Igen nyomorult újszülött volt: több órán át mesterséges légzés. Az arcz bal felén bénulás tünete mutatkozott mindjárt a születése után (fogó).

Anyja sohasem szoptatta, mert szülés után csakhamar haldekolni kezdett. 10–12 órával a szülés után pestisben meghalt.

Születése után a hatodik napon mutatkozott ugyancsak baloldali cervicalis bubo.

Meghalt a 9. napon. IX. 26-dikán.

*Bonczolás* IX. 27. d. n. (Buchanan dr., kinek assistáltam). A bal cervicalis mirigyek duzzadtak, szürke sárgapirosak, nedvűsabbak, de nem kifejezetten velősek és metszlapjuk sima.

Nemesak a periglandularis, hanem az összes cervicalis kötőszövet kocsonyásan beszűrt, borostyánkőszárga és haemorrhagiás esikoktól áthatott. A tüdők igen vérbővek, légben szegényebbek, egészen azonban úsznak; metszslapjuk véres habos savót írt, melynek lekaparása után finoman szemecézett, barnáspiros, disseminált, gyengén kiemelkedő, légtelen, borsó, egész kisbabnyi, szabálytalan szélű, néha központian köldökös, itt-ott, főleg hátul, confláló góczok tűnnek elő (bronchopneumonia).

Myocard, máj, vesék gyengébb parenchymás elfajulása.

A bal mellékvesében jó babnyi, szürkészárga, tömött, sima metszlapú, gyengén kiemelkedő, átlátszatlan gócz (coagulatio nekrosis). (A készítmény bemutatva)

A két vena umbilicalis száraz, sötétbarnás, odatapadó thrombussal kitöltve.

Túlnyomóan folyós vér.

A test összes nyirokmirigyeinek duzzadása.

*Bakteriológiai vizsgálatnál* a pestisbacillus tekintetében positiv eredményeket kapunk: a bubokból, a lépből, a tüdőnedvből és a vérből is (utóbbiból Buchanan, Mc. Clure, Cairns és én).

*Positiv agglutinatio eredményeket* kapott ez esetből Zabotny tanár és pedig úgy az élőlől, mint a tetemből 1:10-hez és 1:25-höz.

*Szövetteni lelet*: A bubokból nyert metszetek methylenkékkel magában vagy eosinnal is duplán festve, az összes nyirokpályáknak teljes injectioját mutatják pestisbacillusok millióitól képzett hengerekkel, kötegekkel és csapokkal.

Feltűnő volt ez esetben a nyirokmirigyek szövetének viszonylagos ép volta; csak itt-ott némely metszeten górcsói értelemben vett minimális nekrotikus góczok.

A tüdőkől nyert metszetek is a nyirokpályák belöveltsége által pestisbacillusokkal tűnnek ki. Igen szép a perivascularis nyirokpályák telődöttsége. Egyes kisebb bronchusok lumene is gazdagon tartalmazza a bacillust.

*Epikrisis*. Az eset a rendkívül ritkák és érdekesek közül való; hiszen pestisbeteg asszonynak a pestis-kórházban született magzatjáról van szó. Felmerül első sorban a fertőzés útjának érdekes kérdése. A placentán avagy a köztakarón át történt-e az?



E tekintetben szinte elszomorító, hogy az angol kartársak a placentát eldobták a nélkül, hogy azt vérzések fennforgására nézve megvizsgálták volna. E mulasztás veszteség számba megy a szaktudományra nézve.

Az a körülmény, hogy az eset a bakteriologiai vizsgálat alapján kétségtelen septicaemiának (pesticaemia) bizonyodott, a placentaris fertőzés mellett szól; de ki nem zárható a forcepsszel való fertőzés lehetősége sem; e mellett szól, hogy a cervicalis bubo ugyanazon oldalon lépett fel, melyen mindjárt szülés után az arcbénulás is mutatkozott, t. i. bal oldalon.

6. Robert Muir, 11 éves (Mrs. Morisson fivére). Lakik S. Coburg Street 57.

Megbetegedett IX. 14. (nővére Mrs. Morisson IX. 13-dikán): nagy fejfájás, hányási inger, bal axillaris fájdalom.

Felvétetett IX. 16-dikán igen fájdalmas bal buboval. Még aznap 20 kem. savót kapott intravenosusan.

IX. 17. jobban van.

IX. 18–20. 20 kem. savót kap bőr alá s ugyanannyit a vénákba.

IX. 20-dikán sok szőreszörej a tüdő felett; *nincsen sputum*. A bal pectoralis minor táján fájdalmas gócz.

IX. 25-dikén a bal infraclavicularis tályog megnyitása és drainézése. A genyben ekkor csak staphylococ. pyogen. aureus.

IX. 28-dikán reggel 4 óra 35 perczkor halál.

Életében az agglutinatio positiv, a vér pestis-bacillusra negativ.

Bonezoltam IX. 28. d. u. 5 órakor (12 órával a halál után).

A tetem korához képest valamivel magasabb. Gracilis csontalkat; nagy lesóványodás, száraz pikkelyező hámtakaró. A hátán elég gazdag pirosas livid hullafoltok.

A bal bimbóvonalban a II. bordaközben 6 mm. átmérőjű nyílás, azt kitöltő kancsuk-drainnel. A bal pect. majoron és minoron át vezető csatornába a kutasz a hónalj felé 6 cm.-nyire könnyen tolható. A két izom közötti fascia kocsonyás genyesen beszűrt. A pect. minor alatt körülbelül 5 cm. hosszú, 10 cm. széles és 2 cm. vastag, a bal hónaljba terjedő gócz, a mely nyirokmirigyekből s genyesen beszűrt, részben puriformisan vagy genyesen lágyult kötőszövetből áll.

Az első (a mirigyek) részben ellágyultak, szürkésárgák, részben elég tömöttek és sima, alig szemcsézett metszlapjukon átlátszatlan, tömöttebb, coagulatio nekrotikus helyek emelkednek ki. Az utóbbi (a kötőszövet) tejfeles összeállású detritussal megzsírszemcsékkel kevert szürkéspiros genyvel és puriform-massával van beszűrődve, illetve részben genyesen olvadva.

Az izmok egy része (pect. minor, serratus felső fogai) az izompamatokkal párhuzamosan haladó genyes csikoktól van áthatva.

Situs: Rekeszállás jobboldalt 5. borda alsó, baloldalt 6. borda felső szélén.

Máj a középvonalban 10 cm.-nyire nyúlik a proc. xiphoid. alá, a jobb bimbóvonalban pedig körülbelül 5 cm.-nyire nyúlik túl a bordaíven.

Belek mérsékelten puffadtak. Az ileum alsó vége összehúzódott. A hasüregben körülbelül 60 kem. borseprőpiros tiszta savó.

A sternum eltávolításánál a mellő gátor felső részében mintegy 30 kem. higan folyós sárga geny mutatkozik; csakhamar kiderül, hogy az a központban teljesen elgenyedt thymus megmetszéséből származik, melyből csak egy vékony körzeti tokszerű belövelt réteg maradt vissza. Maga a mirigy 7 cm. hosszú és basisán 2·8 cm. vastag.

A tüdők mellő részei puffadtak; a szívburók gyermektenyényire fekszik szabadon. A jobb tüdő mellő része egészen, a bal felső mellő részében odanőtt. *Pajzsmirigy* kicsiny, halvány, barnapiros, finoman szemcsézett metszlapú. A *gége és légcső* nyálkahártyája belövelt és sárgáspirosas habzó savóval egészen kitöltött.

*Szívburókban* körülbelül 20 kem. finoman pelyhes, egészben tiszta sárga savó.

Jobb szív teljes diastolében, bal könnyű systolében, a csúcsot a bal gyomrocs képezi, nagysága a fiú öklének megfelel.

A *szívben* laza, nedves, sötét barna-piros alvadék és folyós vér; kevés fibrin a bal szívben és az art. pulmonalisban.

Myocardium feltűnően porhanyós, homályos, csak kevésbé transparens, halvány sárgás-barna; mindez főleg a szemölcsizmokban. Billentyűk vékonyak, áttetszők; szíjadékok szabadok.

Jobb tüdő igen nagy, olyan mint mély belégzésnél.

Külső vizsgálatnál a felső és alsó lebeny külső színén subpleuralis fekvésű, légtelen, tömött (a hepatisationál tömöttebb), halvány sárgás-piros, egész mogyorónyi góczok a vérdús serezegő besüppedt tüdőszövet niveauján túl emelkednek.

A jobb középlebeny megnagyobbodott, egészben légtelen, májtapintatú; metszlapja sima, szürke, sok nyúlós légtelen folyadékot adó, melynek eltávolítására a metszslap egyenletesen s finoman szemcsézett és a lobulusokat jól engedi felismerni.

A főmetszlapon a jobb felső és alsó lebenyben a vérdús és habzó savót adó, itt-ott szívós, légtelen, atelektikus tüdőszövet besüppedt és benne a vérszegény, száraz, átlátszatlan, finoman szemcsézett és lobularis elrendeződésű, egész mogyorónyi góczok kiemelkednek. A jobb alsó lebeny metszlapján ezek 1/2 diónyi nagyságot érnek el.

A bal tüdőben szintén mintegy 20 a fentebbiekhez hasonló magatartású légtelen, disseminált, részben subpleuralis fekvésű, finoman szemcsézett, száraz metszlapú gócz, melyek az alsó lebenyben gazdagabbak és a hátsó lebeny alsó szélén néhány belőlük ékalakú.

Bronchialis nyirokmirigyek igen megnagyobbodottak, nedv- és vérszegények, bennük néhány átlátszatlan pontoeska.

Lép méretei: 8:3·5:2·5 cm., burka vékony, feszült; metszlapja sima, pulpa nem könnyen vakarható ki, a folliculusok egy része vérdús, sötét barna-piros, némelyik valószínűen haemorrhagiás is.

Jobb mellékvese középnagy, velőállománya mérsékelten be-lövelt. Hasonló a bal is.

Vesék középnagyok, nedvdúsak; kéregállomány törékeny, átlátszatlan (elzsírosodási pettyek nélkül), a metszlapon gyengén kiemelkedő, vérszegény, halvány pirosas-sárga. A velő állomány valamivel vérdúsabb s a metszlapon igen könnyen besüppedt.

Hólyag erősen telt, pelyhes, sárga vizelettel.

A gyomor nyálkahártyája belövelt, a pylorus felé benne néhány vérzéses pont. A máj középnagy, tokja vékony, sima; a szövet törékeny, homályos, halvány sárgás-barna, középvértartalmú.

A belekben nyákos bennék; az ileum alsó végén három helyen körülírtabb belöveltség. Folliculusok nem duzzadtak; épen így a fodormirigyek.

Mindkét inguinalis táj mirigyei, a jobb axillariséi is nagy babnyiak, duzzadtak, pirosas szürkés-sárgák, sima metszlapúak, mérsékelten tömöttek.

Epikrisis. A tetemből vett anyagon a bal infraclavicularis bubo genye pestisbacillus és staphylococcus pyogenes aureus tenyészeit adta. Tiszta pestisbacillus-cultúrákat nyertem a mediastinalis tályogból, a tüdőnek és a lépnek a nedvéből. A tüdő szövettani vizsgálata disseminált, részben haemorrhagiás, necrotizáló lobularis bronchopneumonia képeit adta. A bonezjegyzőkönyvben leírt száraz, majdnem a sajtosodás első időszakát ismétlő, coagulatio-necrotikus képek görcsövilég is igen kiterjedt coagulatio necrosis által váltak magyarázhatókká. A tüdő nyirokpályáiban óriási pestisbacillustömegek. Helyenként az alveolaris falzat legfinomabb nedvesatornarendszere is be volt lövelve bacillusokkal. Másutt az interlobularis, a peribronchialis és perivascularis kötőszövet nyirokpályái voltak teljesen kitömve pestis-bacillusok tömegeivel. A véredények ürterében pestis-bacillusok hiányoztak, de a hajszálerek sok helyen voltak kétségkívül csontvelősejtek által embolizálva. Ezen capillaris emboliák a pestis-bacillus toxinjain kívül a maguk részéről bizonyára hozzájárultak a kiterjedt conglutatio necrosisok létesítéséhez. Megjelenésüket a hajszáledényekben azon úton kell magyaráznunk, a melyen a tüdőbeli zsíremboliákat magyarázzuk genyes csontvelőlobnál. Ezen, a pestis histológiájában új adat további tanulmány tárgyát képezi.

(Folytatása következik.)



## Közlemény az elme- és idegkórtani klinikából. (Igazgató Laufenauer Károly ny. r. tanár.)

### Polioencephalitis superior chronica esete.

Közli: *Hudovernig Károly* dr. II. tanársegéd.

(Vége.)

Felmerül már most a kérdés, hová localizáljuk a bántalom székhelyét, s milyen természetű a kóros változás, mely előidézte. Ha csakis a kimagaslóbb tünetet, a baloldali teljes oculomotorius hűdést s ennek localisatióját tekintjük, intraorbitalis folyamatot kizárhatunk, mert oly szemüregbeli folyamat, mely hat évi fennállás után csak az oculomotoriust bántalmazza, még pedig teljesen, az opticust, abducens és trochlearist pedig szabadon hagyja, nem vehetünk fel. Ugyancsak nem vehetünk fel esetünkre basalis meningealis folyamatot, mert eltekintve attól, hogy egy ilyen előidéző okainak (lues, tuberculosis) felvételére támpontunk nincsen, nem is tehetünk fel — ha concedáljuk is — egy olyan basal meningitist, mely csupán a bal oculomotorius és facialis bántalmazásával jár, a nélkül, hogy a közöttük fekvő trochlearist, trigeminust, abducens és a facialis tözsomszédságában lévő acusticust alterálna s a nélkül, hogy hat év lefolyása alatt az agyalap jobb oldalára s más agyidegekre át ne terjedne.

Gondolhatnánk még egy csontbeli folyamatra, akár az agy alapján, akár azon csatornában, melyeken át a megbetegedett agyidegek a koponyát elhagyják; de egyrészt egy ilyen előidéző tuberculosis vagy lues felvételére támpontunk nincsen s ha volna is, nem igen képzelhető egy olyan multiplex csontbeli folyamat, mely kizárólag a bal oculomotoriust és facialis comprimálja; s ha felveszszük is, hogy a facialis és oculomotorius a csontokon való áthaladásuk alatt comprimáltak, úgy az oculomotoriuston kívül az abducensnak s trochlearisnak is meg kellett volna betegedniök, mert ezek is a fissura orbitalis superioron át lépnek a szemüregbe.

Még comprimálhatná az oculomotoriust a carotis internának egy a sinus cavernosusban székelő aneurysmája; de eltekintve attól, hogy egy ilyennek jelei hiányoznak, ez esetben nemcsak a bal oculomotoriust, hanem mindama agyidegeknek kellene szenvedniök, melyek a bal szemhez mennek.

Mint peripherikus okot még felvehetnénk egy neuritikus folyamatot, de esetünkben ezt is kizárhatjuk; az agyidegek neuritise majdnem mindig meningealis eredetű, meningitist pedig kizártunk; polyneuritis felvételére — minden egyéb jel hiányában — alapunk nincsen s különben is a villamos vizsgálat nem mutatott elfajulási reactiót, ilyennek pedig neuritisnél ily hosszú fennállás után okvetlenül be kell következnie.

Mindezek folytán peripherikus bántalmat kizártnak tekinthetünk, s a bántalom székhelyét a központi idegrendszerben kell keresnünk.

Ha a centralis eredetű szemizombénulások lehetőségeit tekintjük, egy supranuclearis folyamatot kizárhatunk, mert ilyenél főleg a működésileg összetartozó izmok associált bénulása dominál, a minek esetünkben nyoma sincsen; a külső egyenes szemizmok teljesen intacte együttműködnek a belső egyenes izmokkal, már a mennyiben ezt a bal rectus internus bénult állapota lehetővé teszi; conjugált deviatiot ugyancsak nem észlelhetünk. Ugyanezen tüneteknek jelen kellene lenniök egy corticalis eredetű bénulásnál; továbbá jellemzi a corticalis bénulást a bénulásoknak változékonysága s más általános karakterű tünetek jelenléte, mit jelen esetünkben nem találunk.

Fennmarad esetünkben tehát vagy egy nuclearis, vagy egy fascicularis folyamat lehetősége. A mi az utóbbit illeti, kérdés, mily folyamat okozhatja az oculomotorius és a facialis bénulását a mag és a kilépési hely közötti lefolyásukban? Ez lehetne vérzés, lágyulási folyamat, valamely daganat vagy sclerosis multiplex. Vérzést s lágyulási folyamatot aetiologice is kizárhatunk; kis vérzés, lágyulási gócz vagy daganat jelen lehetne ugyan, de ez nem bántalmazhatja egyszerre az oculomotoriust és facialis; több helyen fellépett ilyenü változás hat évi fennállás után bizonyára egyéb tünetet is okozott volna, s ezek, nemkülönben egy ilyenü, de nagy kiterjedésű gócz, mely önmaga éri úgy az oculomotoriust, mind a facialis és a hidban vagy az agykoecányokban, más struktúrát is tett volna tönkre, minek hemiplegiában stb. kellene

nyilvánulnia. Továbbá egy ilyen nagy daganat okvetlenül járna az agynyomás egyéb tüneteivel s ha lassú fejlődés mellett egyéb tüneteket ki is zárhatnánk, pangásos papillát okvetlenül kellene találnunk, ez pedig absolute hiányzik betegünknek. Sclerosis multiplex felvételére sincsen alapunk, mert ennek charakteristikus tünete közül (scandáló beszéd, nystagmus, intentionalis remegés stb.) betegünknek egyik sem található.

A leginkább combinatioba jöhető localisatiók kizárása folytán mint a bántalom székhelyét valamely az agyidegek magvaiban lefolyó processust kell fentartanunk; a mi a kóros folyamat természetét illeti, Charcot beosztása szerint kizárhatjuk a tumor jelek hiánya folytán az agydaganatot, mely az idegsejteket comprimálja s a kórkép chronikus lefolyása miatt a heveny lobot, a Wernicke-féle polioencephalitis superior acuta haemorrhagicát, s fel kell vennünk, hogy itt egy oly természetű nuclearis bénulással állunk szemben, melynek kórboneztani lényege az idegsejtek önálló megbetegedése, mert sem tabes, sem paralysis progressiva, sem egyéb betegségnek nyoma sincsen, a melyek lefolyása közben, mint nem önálló megbetegedés, a nuclearis eredetű szemizombénulás fel szokott lépni. Mindezek folytán a jelen esetben a polioencephalitis superior chronica vagy más néven a Charcot-féle paralysis bulbaire supérieure kórisméjét felállíthatjuk.

Ama körülmény, hogy a bal oculomotorius összes ágai — úgy a belső, mind a külső szemizmokhoz haladók — meg vannak támadva, épen nem szólhat már a nuclearis eredetű bénulás ellen. A bevezetésben idézett vélemények szerint elfogadott tény, hogy a totalis oculomotorius hűdés épen úgy lehet nuclearis eredetű, mint a kizárólag a külső szemizmokra szorítókozó bénulás, sőt Monakow szerint épen a teljes ophthalmoplegia szól a nuclearis eredet mellett. Esetünkben a hűdések fellépésének egymásutánjából feltehetjük, hogy a primaer megbetegedés székhelye az oculomotorius mag azon része, mely a levator palp. sup. és a rectus internus centruma, utána a megbetegedés lassanként az egész magra terjedt, úgy hátrafelé s oldalt, a külső szemizmok központjához, mint előre, a pupillát ellátó izmok centrumához.

Az esetünkben fennálló oculomotorius hűdés és facialis paresis nuclearis eredete ellen nem szólhat az elfajulási reactio hiánya. Egyrészt nehezen mutatható ez ki a szemmozgató izmokon, másrészt nem kell, hogy fennálljon a csupán paretikus facialis területén; de különben van számos esete a polioencephalitis superior chronicának, melyben elfajulási reactio nem mutatható ki, miben az előbb idézett szerzők megegyeznek.

A mi a szóban forgó esetet, eltekintve a megbetegedés ritkaságától, különösen érdekessé teszi, az a tüneteknek egyoldalú megjelenése s ehhez teljesen analog esetet nem sikerült az irodalomban feltalálnom. S épen e kizárólagos localisatio egy oldalra képezi jelen esetben a különösen ritka tünetényt, minthogy a polioencephalitis superior chronicánál rendszerint többé-kevésbbé symmetrikus az agyidegek bénulása; mindazonáltal vannak esetek közölve, hol a symmetria nem igen található; épen nem szükséges felvennünk, hogy általában a nuclearis agyideghűdéseknél az idegmagvak sclerosisa áttérjedés folytán történjék, hanem inkább egy veleszületett dispositio folytán, mely egyik sejtesoportban jobban érvényesül, mint egy másikban. Csak egy-két példát akarok erre az irodalomból felhozni. Így Charcot<sup>10</sup> közölt egy bulbaer paralysis kombinált esetet, hol az idegek közül a bal abducens s a jobb oculomotorius vannak bántalmazva s csak sokkal később mutatkozik bénulás a bal oculomotoriusban.

Ziehen<sup>11</sup> ugyancsak bulbaer paralysis kombinált esetében mindkét oldali könnyű ptosis mellett a bal szem mozgásai szabaddok, a jobb szem csak minimalis fokban mozgatható ki- és felfelé; a facialis különösen jobboldalt gyengült, e mellett a bulbaer paralysis egyéb tünetei vannak jelen; egy másik, atrophia musculorum progressivával kombinált esetében az izomsorvadáson kívül a bal facialis középső ágának paresise áll fenn, e mellett a jobb szem convergáló insufficientiája. Seeligmüller<sup>12</sup> esetében az idegek közül néhány ága a bal s más ágai a jobb oculomotoriust betegedtek meg, e mellett a bal facialis. Nem lehet tagadni, hogy jóllehet vannak esetek a polioencephalitis superior chronicának ilyen symmetria és rendszer nélküli localisatiójára, az egyoldalú megjelenés minden esetre igen szokatlan. De ha e mellett a nuclearis bénulás tényleg fennáll, nem hiszem, hogy e



diagnosis csupán az egyoldalú megjelenés miatt el lenne vetendő. Ha már nem is oly feltűnő a tünetek egyoldalú kezdete, minden esetre igen ritka — s ez teszi a jelen esetet érdekesebbé — az, hogy a tünetek hat év múlva is csak egy oldalon maradnak localizálva. Ilyen állandósulásra egy példa az Oppenheim<sup>13</sup> által leírt eset, hol a polioencephalitis superior chronica huzamos fennállás után is csak az oculomotoriusnak Edinger-Westphal-féle magjára szorítkozott s csak a pupillák fénymerevségében nyilvánult.

A leírt eset tehát jelenleg a nuclearis eredetű oculomotorius bénulással s facialis paresissal jogosan diagnosztizálható tiszta polioencephalitis superior chronicának annyival is inkább, mert a Wernicke-féle acut polioencephalitis superior acutában is leginkább e két agyideg bénulása dominál s az acut megbetegedés többi symptomája inkább a vérzésnek s heveny kifejlődésnek, az azzal járó fokozott agygyomáshoz tudható be. Távolról sem akarom mondani, hogy egy végleg befejezett folyamattal állunk szemben, hogy a beteg egész életén át a Charcot-féle paralysie bulbaire supérieure körképét fogja mutatni. Sőt ama körülményből, hogy az oculomotorius hűdés a beteg észlelete szerint már hat éve áll fenn s hogy a facialis paresis csak kisebb fokú, még kezdődő megbetegedés, melyet a beteg ez ideig még észre nem vett, ama következtetést vonom, hogy az egész processus még nincsen befejezve. Véleményem az, hogy esetünkben egy több év óta fennálló, tisztán a bal oculomotorius magra szorítkozó polioencephalitis superior chronicához később egy ugyancsak sclerosissal járó folyamat a bal facialis magban csatlakozott s tekintve, hogy épen a facialisnak jut oly gyakran az átmeneti szerep a polioencephalitis superior s a bulbaire paralysis között: nagyon valószínűnek tartom, hogy a megindult kóros folyamat lassan át fog terjedni az oblongatában lévő más agyidegmagvakra is, vagyis a polioencephalitis superior chronicához egy paralysis bulbaris fog csatlakozni, melynek tünetei talán már kétoldaliak lesznek, s esetünket akkor Charcot-val helyesen így fogjuk nevezhetni: paralysie bulbaire supérieure descendante.

Irodalom. 1. Graefe: Berliner klin. Wochenschrift. 1868. 11. szám. — 2. Wernicke: Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1883. III. k. 66. szakasz. — 3. Charcot: Clinique des maladies du système nerveux. Tome I. chap. X. — 4. Brissaud: Leçons sur les maladies nerv. Salpêtrière 1893—1894. Lec. XIX. — 5. Rosenthal: Über Hirnsyphilis u. d. Localisation. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1886. 278. 1. — 6. Gowers: Handbuch d. Nervenkrankh. II. 195. 1. — 7. Ibidem. 555. 1. — 8. Monakow: Gehirnpathologie. 660. 1. (Nothnagel. Specielle Pathol. u. Therap. IX. 1. kötet). — 9. Ziehen: Krankh. d. Gehirns etc. 158. (Ebstein-Schwalbe. Handbuch d. prakt. Med. IV. kötet). — 10. Charcot: Clin. d. mal. du syst. nerv. Tome I. chap. XI. 209. 1. — 11. Ziehen: L. sub. 9. 169. és 170. 1. — 12. Seeligmüller: Nerol. Centralblatt. 1889. 153. 1. — 13. Oppenheim: Brissaud szerint idézve.

## T Á R C Z A.

### Orvosi dolgok a párisi kiállításon

(Folytatás.)

Igen csinosak az anatomiai modellkészítő cégek kiállításai, különösen Tramond, Tallreich, Deyrolle, Auzoux, Doubée szekrényeiben igen sok emberanatomiai piécet találunk, sokszor bámulatos hűséggel és finomsággal készítve.

Orvosi eszközöket is találunk itt-ott. Igen szépek Verdin physiologiai eszközei, Giroux testvérek, Nache-Javal szemészeti eszközei: ophthalmometerek, optometerek, perimeterek, igen egyszerű szemizom-schema, chromometer (de Chibret) stb. Valami egészen újat ebben a csoportban nem igen találunk, de pár figyelemre méltó dolgot igen. Láttunk egy aránylag kezdetleges eszközt (urethrograph du Dr. Hamonie), a mely forgó hengeren graphicaillag akarja feltüntetni a húgycső tágassági viszonyait. Az eljárás principiuma az, hogy az aránylag vékony, egyik végén teljesen zárt Nelaton-kathetert, a melynek közel a csúcsához cm.-nyi darabon puhább falú részlete van, bevezetjük a vizsgálandó egyénnek húgycsővébe úgy, hogy a puhább része a húgyhólyagban legyen, azután megtöltjük az alsó részét higanynyal 8 cm. magasságban, természetes, hogy a higany súlyánál fogva a puhább falú részt kis labdává fogja kidomborítani; mondanunk sem kell, hogy lehetőleg függőleges helyzetet kell a catheternek adni. Ha már most a cathetert kifelé húzzuk, e labdának nagysága a húgycső tágasságával változni fog és az is természetes, hogy a higanyoszlop magasságának változása ezzel arányos lesz. Hamonie a higany niveau-változását vízzáttétellel és megfelelő írókészülékkel kormozott hengerre iratja fel. Ha az író a kormozott hengeren ugyanazon magasságban ír, jele annak, hogy a labda

a húgycsőnek egyenletesen tág részletén halad keresztül, míg ha az író emelkedik, a labda szűkebb, ha süllyed, tágabb helyeken halad keresztül. Az elv igen helyes, a kiállított eszköz kivitele azonban kezdetleges. Mindenesetre hosszabb vizsgálati sor után lehet majd csak véleménynyit mondani arról, mennyiben felel meg a kapott görbe a húgycső tágassági viszonyainak, mennyiben játszik itt szerepet a húgycsőfal rigiditásának változása, a mi tudvalevőleg már normalis körülmények között sem minden helyen egyforma, pathologikus körülmények között pedig még nagyobbak lehetnek az eltérések.

Ugyancsak Hamonietől cathetersterilizáló eszközt is láttunk, a melynek principiuma szintén felemlíthető. A sterilizálandó sondák és catheterek zárt fémhengerbe kerülnek, a melyből alul és felül cső vezet ki. A felső nyíláson keresztül világító gáz ömlik a hengerbe, az alsó nyíláson pedig a gáz távolabb eső lámpába vezet, a hol azt egyszerűen mint fölöslegest elégetjük. A hengerbe menő világító gázt formalinon vezetjük keresztül s így a sondákat formalinos gáz veszi körül. Ezen formalingáz keverék sterilizáló hatásáról sem mondhatunk véleménynyit bacteriologikus vizsgálat nélkül, de mindenesetre igen egyszerű az eszköz principiuma.

Erdekesek a járási photographiák, a melyeket a Trousseau-kórházban Lannelongue osztályán Marey készítet. Az eljárás már régebben ismert, apró villamos lámpák helyeztetnek el a test bizonyos pontjain és pedig a bokának, a térdnek, a trochanter majornak, a crista iliacaának, a mellkas közepének megfelelőleg. Az így felszerelt beteg teljesen sötét szobában photographáló készülék előtt vonul el, a világító lámpák vonalakat írnak az érzékeny lemezre. Az egyes lámpavonalak görbéje normalis és nem normalis körülmények között más és más lesz. A kiállított képen egymás mellett látjuk a normalis járás vonalait a luxatio coxae vonalaival.

Szép Röntgen-photographia collectiók láthatók többektől, így Jonaux-tól, Rémy párisi aggregétól, Charles Vaillantól, a Baudeloque klinika és Gaston Contremoulins-tól, a Necker-kórház radiologiai laboratoriumának vezetőjétől. Charles Vaillant képei között „femme vivante” aláírással egész testre szóló, életnagyságú igen szép photographiát látunk, a hol a medenceze, a gerincoszlop és a bordák viszonyai tisztán láthatók. Különben az egész kiállítás másutt is tele van radioskopikus képekkel, valamint eszközökkel, a melyek a Röntgen-lámpák megvilágítására szükségesek. Egész sorát látjuk ezenkívül oly eszközöknek, a melyekkel már az egyetemen kiállításában is itt-ott találkozunk, a melyek oda törekednek, hogy a Röntgen-photographiánál kapott idegen testnek a képe a betegben térbelileg kellőleg localizáltassék; mondanunk sem kell, hogy az idegen test térbeli localizálása a legnagyobb nehézségekbe épen a fejbe került idegen testek megtalálásánál ütközik. E feladatot megkönnyíteni, azaz megoldani akarják Rémy és Contremoulins eszközei. Nem lesz érdektelen a mai Röntgen-lázból részletesen megemlékezni ezen eszközökről.

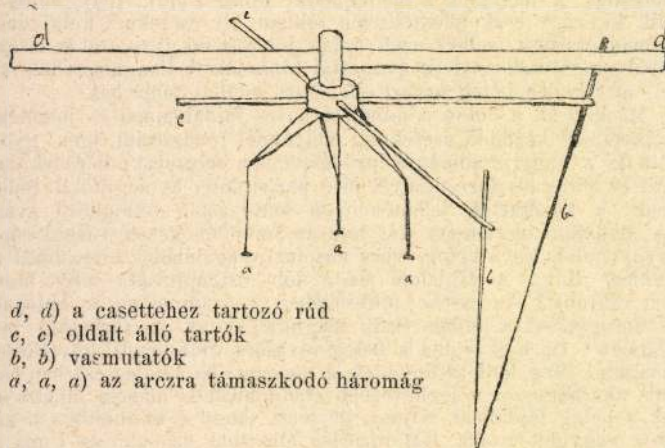
Rémy indicateurje aránylag egyszerű eszköz. Az eljárás a következő: A beteg fekszik, a Röntgen-lámpát és ernyőt megerősítjük megfelelő vastartókkal az asztalhoz, a legtöbb esetben úgy, hogy a lámpa az asztal alá kerül és az ernyő közvetlenül a beteg fölé, a tulajdonképeni indicateurt a Röntgen-ernyő mögött helyezük el. Ez két, minden irányban állítható fémrúdból, azaz mutatóból áll, megfelelő állománnyal. A localizálás úgy történik, hogy először az egyik mutatót állítjuk a Röntgen-sugarakkal parallel, úgy hogy az ernyő arra a pontjára mutasson, a hol az idegen test látszik. Most eltoljuk a Röntgen-lámpát, az idegen test képe is eltolódik; e változott helynek megfelelőleg állítjuk be a másik mutatót. Könnyen érthető most már, hogy ha az ernyő és a beteg eltávolítása után a mutatókat irányuk változtatása nélkül összetoljuk, a találkozási pont adja az idegen test helyét. Azaz az operationál ugyanezen viszonyok mellett, az asztal ugyanazon helyére fektetve a beteget, a mutatók, a melyek könnyen sterilizálhatók, direct mutatják az idegen test keresésének útját.

A másik eljárás Contremoulins-é, sokkal complicáltabb, de a mennyire a kiállított eszközökből megítélhető, az eszköz mutatója az operatio alatt egész pontosan mutatja a fejbe került idegen test helyét. Az eljárás e második esetben a következő: A vizsgálandó egyén fejét caseetben helyezük el, azaz fixáljuk igen egyszerű módon. A beteg arcától mondjuk jobbra a casette falát Röntgen-ernyő képezi oly módon, hogy az onnan könnyen kivehető és megfelelő nagyságú zinklemezzel helyettesíthető. A beteg arcától balra hiányzik a casette fala; itt helyezük el a Röntgen-lámpákat, a melyek a casette-tel összefüggő vasrúdon fix módon beállíthatók. A meghatározást ugyanis két, néha három lámpával végezzük. A három lámpa különböző pontról világítja meg az idegen fémtestet, ennek árnyéka tehát az érzékeny ernyő más-más helyére fog esni; meghatározzuk, azaz megjelöljük ezeket a helyeket, úgy hogy először az egyik lámpával, azután a másodikkal, végre a harmadikkal világítjuk át a fejet. Az ernyőn megjelent árnyékvonalakat átvisszük épen olyan nagyságú zinklemezzel, egy-egy árnyékvonal szélének megfelelő helyen a zinklemezt pár helyen átszúrjuk. A zinklemezt az ernyő helyébe tesszük, a casette-ből a beteget eltávolítjuk, visszamarad a három lámpa és a zinklemezen a megjelölt árnyékvonalok. Ha már most minden árnyékvonalat ezernafonállal a saját lámpával, azaz azzal a ponttal, a honnan a Röntgen-sugarak kiindultak összekötünk, e vonalak találkozási helye adja az idegen test helyét a térben. E helylyel természetesen mitsem érünk, ha azt nem vonatkoztatjuk a beteg fejére. Ez a vonatkoztatás három compas segítségével történik, úgy mint a kijelölő, beállító és operáló compas-szal (compaspère, compaschéma, compas operateur). A kijelölő compast már akkor alkalmazzuk a beteg arcára, mikor az árnyékvonalok kijelölését az előbb említett módon végezzük. Ugyanis a casette elülső falán a beteg arcával szemben minden-



féle irányban állítható három ágú vasszerkezet van, a melyet úgy állítunk be, hogy az egyik ága a homlokra, a másik két ág a járomíveken támaszkodik meg.

Közbevetőleg mindjárt megjegyezzük, hogy a beteg arcán e három megtámaszkodási pontot egyszer s mindenkorra megjegyezzük, mondjuk argentum nitrattal. E három ágú vasszerkezetnek két hosszabb oldalt álló szára van, a mely száraz a végükön minden irányban állítható vékony vasrudakat, mondjuk mutatókat hordanak.



d, d) a casettehez tartozó rúd  
c, c) oldalt álló tartók  
b, b) vasmutatók  
a, a, a) az arcra támaszkodó háromág

Ha már most a Röntgenezés után a beteg a casette-ből távozik és czerénafonalak útján az idegen test helyét megkaptuk, a három ágú szerkezet két vasmutatója úgy tolható előre, hogy az idegen test helyén találkoznak. Ezek után a három ágú vasszerkezetet a nélkül, hogy beállításán változtatnánk, a casette vasrúdjáról leveszzük és a mutatókat irányuk megváltoztatása nélkül visszahúzzuk; könnyen beláthatjuk, ha az operatio alatt e három ágú vasszerkezetet reállítjuk a beteg arcának megjelölt pontjaira: a mutatók, ha tetszik, két különböző ponton mutatják nekünk, hol kellett behatolni a koponyába, sőt az operatio alatt a megfelelő mutatót folytonosan előretolva, az direct mutató az idegen test helyét.

Nem akarjuk bővebben részletezni az eljárást, így sem tudhatjuk, hogy elég világosan kitűnik-e a mondottakból a principium, csak azt akarjuk röviden megemlíteni, hogy az operatióval nem a casette-re alkalmazott kijelölő compast használjuk, hanem a másik, úgynevezett operáló compast, a mely az előbbihez teljesen hasonló és a szerint állítandó be. Ez az elven nem változtatott. A sterilizálás szempontja vezetett oda, hogy más compast használjanak a kijelölésnél és mást az operálásnál. Előfordulhat végül az az eset, hogy azokon a helyeken, a hova a két mutató az eredeti beállítás szerint mutat, sebész szempontból nem lehet behatolni, úgy hogy előnyösebb volna a koponyát más oldalról megtrepanálni, szóval a mutatókat más oldalon kellene elhelyezni, természetesen a nélkül, hogy találkozási pontjuk változnék. Ennek lehetőségét adja meg a compas schema. Az eljárás, a melyet itt ismertettünk, nem egészen új, 1897-ben novemberben mutatták be az Académie des sciences-ben, a hol a prix Montyont nyerte el. Azóta 21 nehéz esetben alkalmazták, egyik esetben pláne 6 cm. mélyen kellett az agyvelőbe behatolni. Valamennyi esetben aránylag kis nyíláson fölösleges agyvesztés nélkül lehetett a golyót teljes biztonságga megvalósítani.

Az épület ugyanezen helyén, csak hogy a földszinten van a francia precisió és optikai eszközök kiállítása. Érdekes itt a „Société des Limetiers”, a Kern, a Berthiot cég kiállítása, szép eszközöket látunk Dubosqu utódjának, Ph. Pellinnek szekrényeiben.

Végére jutottunk a francia nevelési csoport áttekintésének. Minden esetre az összes nevelési csoportok között a legnagyobb. Ha nem is találunk benne világra szólót, valami teljesen újat, ismeretlent, de minden esetre sok érdekes, figyelemre méltó dolgot láttunk, más rendszert, más szokásokat és főképp áttekinthettük némileg Franciaország orvosi nevelésének rendszerét, a melyből mindenesetre azt a tanulságot meríthettük, hogy az ő rendszerük inkább felel meg a gyakorlati igényeknek és ha talán az elvont tudományok sok egyébbel némi decadeniába jutottak ebben az országban, annál nagyobb fejlettséget értek el a klinikai, sebész és egyéb gyakorlati ágak, a melyeknek annyi nagy emberét találjuk Franciaországban.

Pekár Mihály dr. és Heim Pál dr.

(Folytatása következik.)

## Berlini levél.

(A gégerákműtétről.)

Billroth volt az első, ki ezelőtt huszonhét esztendővel egy gégeráknál kísérletet tőn, a gége teljes kiirtásával menteni meg a beteg életét. Ha nem egy Billroth lett volna az, ki magát e veszélyes kísérletre szánja, e műtét, három évtizeddel ezelőtt, vakmerőségnek lett volna nevezhető. Az eredmény csupán kielégítőnek volt mondható, a mennyiben a beteg nyolc hónapig teljes egészséggel élt, a jelzett idő elmúltával azonban a recidiva bekövetkezett, Schrötter nézete

szerint valószínűleg azon okból, mert a gége exstirpációja alkalmával az epiglottis nem távolított el. A folyamat ugyanis másodízben a gégefödéből indult ki. Billroth után Heine, majdan mások is megkísérelték e műtét beavatkozását és körülbelül húsz év leforgása alatt százharminckét gégecarcinománál végezték az exstirpációt és ez esetek közül, mint az Kraus statistikájából kitűnik, csupán tizenhatsz per cent maradt egy évig recidiva nélkül. 1896-ban az operáltak száma elérte a száznyolcvannyolcat (Sendriak) és a legutóbbi években e szám még rohamosabban emelkedik.

A legtöbb érdeme ebben Gluck tanárnak van és az eredmény, a mit műteteivel elért, oly annyira kedvező, hogy teljesen igazolja a berlini sebészek ama nézetét, hogy gégeráknál éppen nem szabad visszariadni a totalexstirpációtól, miután ez amaz út, a mely e kétséges esetekben egyedüli reményt nyújt a gyógyulásra. Glucknak az eddig műtett hatvan egynek közül csak hat végződött exitus lethallissal rövidesen az operatio után, míglen ezzel ellentétben több hatnyolcvan-kilenc év óta gyógyultan maradt betegről képes beszámolni. Tekintettel arra, hogy gégecarcinomáról van szó, a Gluck statistikája igazán a legkedvezőbb, a mit csak várhatunk és érthetővé teszi Heymann tanár nézetét, ki szerény kérdésemre azt a választ adta, hogy eltekintve azon betegektől, kik már életük legutolsó napjait járkák és azoktól, hol a carcinoma kiterjedt metastasisai vannak jelen, a gége teljes kiirtását illetőleg nem ismer contraindiciót.

Gluck tanár (bocsánat a kifejezésért) igazi bravuros művésszel végezi a gégekiirtásokat és e téren napjainkban ő tekintendő a legelső műtőnek.

Azon esetekben, hol a rák a gége határain túl terjed, Gluck attól sem riad vissza, hogy az oesophagus és trachea egy részét eltávolítsa. Egy hasonlóan műtött betege már két éve gyógyult.

Ha a rák nem nagy terjedelmű és a gége egyes részeinek az eltávolítására nincs szükség, azaz részleges exstirpacio után Gluck a beteg nyakáról vett bőrlebensnyel béleli ki a gégesébet. Egy ily módon operált betegnél a pharynxba is betelepített bőr máig sem vesztette el hajnövesztő képességét és a patiens egy csipesz segítségével sajátkezüleg szedi ki az egyes szőrszálakat.

Jelenleg három gégerák következtében műtött betege tartózkodik a klinikáján. Az elsőnél totalexstirpacio után a tracheát, azon okból, hogy a visszaeséstől megóvja, kivarrta a laryngofissio nyílásába, az oesophagus felső részét pedig a nyak bőrlebensnyel szőpen kiplántálta. Jelenleg a beteget tápsövön át etetik, daczára ennek szívből már kissé gyarapodott, beteg közérzete igen jó, a mi pedig a seb gyógyulását illeti, az mi kívánni valót sem hagy hátra. A másik két betegnél partialis resectio végeztetett, egyiknél endolaryngealis úton, a másiknál előzetes laryngo-fissio után, kívülről. A Gluck által konstruált mesterséges gégeról, miután az már általánosan ismeretes, csak röviden emlékezem meg, a mennyiben a professor oly szíves volt a műszerén eszközölt legújabb változtatásokat bemutatni. Gluck műszere tudvalevőleg egy hosszú kausuk-eséből áll, a melynek egyik végén a tulajdonképeni műgége foglal helyet, mely a tracheal canulere kerül, a cső másik szabad vége pedig a beszéd alkalmával az alsó orrjáraton keresztül a lágy szájpad felső, azaz hátsó felületén foglal helyet. Az új modificatio cosmetikai irányban történt. A műgége egy ingmellbe van befoglalva, olyaténképen, hogy a beteg nyakkendője azt teljesen láthatlanná teszi.

A legtöbb esetben azonban e műgégre nincs szükség. Ismertesebbek a H. Schmied és a Strübing által észlelt esetek, hol daczára, hogy a műtét után a torok a légesőtől légmentesen elzártott, a betegek minden műszer igénybevétele nélkül is tőrhető hangon beszéltek.

Gluck-nak egy betege, kinél szintén totalexstirpacio végeztetett, előttem nemcsak beszélőképességét, de éneklési tudományát is bemutatta. Természetesen éneke nem valami elragadó és éppen nem való volna színpadra, de minden esetre elég szép arra, hogy egy gégeorvos megcsodálja. Ez esetről különben még egy más helyen részletesebben óhajtok beszámolni.

A napokban bemutatásra került egy König tanár által ezelőtt három hóval operált beteg. Ez eset annál is inkább érdekel birt, miután a beteggel együtt annak kiirtott gégeje is demonstráltatott. A carcinoma, mint a praeparatumon látható, már az epiglottist, a cartilago thyreoideát, a valódi és az álhagyszálagokat teljesen elpusztította, midőn a beteg műtét alá került. A gégetükörben csupán az oesophagus látható, gyűrűszerű nyílásával. E beteg, daczára hogy a műtét óta aránylag rövid idő telt el, szintén érthetően és hangosan beszél műgége nélkül is.

Beszédmodora igen érdekes. Minden szó kimondása előtt beteg nagyobb mennyiségű levegőt nyel és mialatt azt a tracheal canulon át kibocsátja, képezi a hangokat. Hangja még leginkább egy részeg ember rekedt beszédéhez hasonlítható. A legnagyobb valószínűség szerint e tompa, rekedt hangot az oesophagusban képződő és némileg a hangszálaghoz hasonló redők idézik elő. Betegnek úgy kinézése, mint közérzete igen jónak mondható és a műtét napjától számítva súlya már húsz fonttal gyarapodott.

Végül nem hagyhatom megemlíteni nélkül J. Wolff egy pár év előtt végzett gégeexstirpációját. J. Wolff a kedvező eredményt, mit e műtéttel elért, főleg annak tulajdonítja, hogy az általa behozott methodikus compressio következtében a vérvesztés a lehető legcsöklyebb volt.

Berlin, 1900. november 28.

Tóvölgyi Elemér dr.



## IRODALOM-SZEMLE.

## Összefoglaló szemle.

A here és mellékhere lobos bántalmainak kór- és gyógytana köréből.

Közl.: Feleki Hugó dr. egyetemi magántanár.

(Vége.)

*Harttung* is azon a véleményen van, hogy az epididymitis eseteinek többségében gonococcus-invasio okozta azt, egyéb fertőzés nélkül.

*Witte* az idevágó irodalmat felölelő dolgozatában kiemeli, hogy e kérdés vitás voltát a pozitív gonococcus-leletek ritkasága okozza, mely arra vezetendő vissza, hogy kankós orchiepididymitisnél csak ritkán végeznek punctiót, és hogy a gonococcus sejtes elemekben, különösen genyisejtekben élve, a pungált savó nem alkalmas e gombának kutatására. De vizsgálatai, valamint más szerzők tapasztalatai alapján azon következtetésre jut, hogy a gonorrhoeás mellékheregyulladás minden esetben a gonococcus által idéztetik elő. Szerinte az Eraud-féle orchioococcus bakteriologice nincsen verificálva. A toxin-theoria hívei pedig eddig annak javára semmiféle bizonyítékot szolgáltatni képesek nem voltak.

E kérdés teljesen tisztázottnak még nem tekinthető. Hiszen tudjuk, hogy néha évekkel a kankó lezajlása után, midőn gonococcus már rég ki nem mutatható, de szöveti elváltozások a húgycsőben visszamaradtak, kimutatható ok nélkül hirtelen epididymitis lép fel.

De bármiképp is nyer e kérdés végleges megoldást, gyakorlati szempontból a legfontosabb marad először is a mellékherelob létrejöttének esélyeit a kankó gondos és tervszerű kezelése által lehetőleg csökkenteni, másrészt, ha e complicatio mégis bekövetkezett, enyhé lefolyásról és az elérhető teljes visszafejlődésről gondoskodni. Ezért e sorok írója ez alkalommal sem hallgathatja el a már több helyt hangoztatott nézetét, hogy mennyire ellenzi a friss kankó azon kezelési módjait, melyek a lobos húgycsőnek ok nélkül való túlságos erőművi vagy vegyi irritációjával járván, a szóban levő szövődemény létrejöttének annyira kedveznek. Ha pedig az epididymitis mégis létrejött, miért kelljen a Neisser-iskola kívánsága szerint az urethra localis kezelésével a legcutabb stadiumban is az irritatiót fokozni, és miért ne tehetnénk eleget azon sebészi szabálynak, mely szerint acut gyulladásnál a nyugalom az első követelmény, az e közlemény szerzője előtt érthetetlen marad.

A beteg szervnek absolut vagy legalább is elérhető nyugalmat biztosítani az acut mellékhere-, illetőleg herelobnál is a kedvező körlefozódás első feltétele. A hidegnek vagy melegnek borogatások alakjában való applikálása, a különböző külső vagy belső gyógyszerek stb. hatásos segédeszközök, de csak a nyugalom biztosítása mellett értékesíthetők. A nyugalom involválja a húgycsőnek localis beavatkozástól való megkímélését a complicáló bántalom első stadiumában. Magának a beteg szervnek a nyugalmat az egyes szerzők különbözőképen parkodnak biztosítani, és míg egyes oldalról szigorú ágyynyugalmat követelnek, mások úgynevezett scrotalis járókötelék applikálása mellett betegeiket az első naptól kezdve fenjártják. Hasonló eltérést látunk az egyes szakférfiak között a hőnek alkalmazása tekintetében. *Unna* az acut epididymitis heves eseteiben éjjel-nappal jeges borogatásokat rakat. A jég alkalmazásának célja „a tunica dartos lappangó erejének kiváltása a here és mellékhere compressiojának létrehozására, és így az izzadmány felszívódásának elősegítésére”. *Unna* lapjában *Kaufmann* ezzel ellentétes álláspontot hirdet. A beteg ágyon kívül marad és állandó, a tűrhető meleg borogatást kap, mely fölé guttapercha, gyapot és a scrotumot immobilizáló suspensorium alkalmaztatik.

*Werler* is fenjártja a beteget és megelégszik valamely rögzítő kötéssel (*Langlebert-féle suspensorium*), mely egyrészt a herezacskót kellőképp eleválja és immobilizálja, másrészt külső erőművi behatás ellen megóvjá. *Christian* az első 24 órában fekvést ír elő, a tűrhető meleg borogatásokat applikáltat és piócákat rakat a megbetegedett oldali ondósinór tájára; 24 óra múlva 20%-os guajacol-kenőcs a scrotumra, föléje rögzítő kötés; 6 nap múlva ungu. hydrarg., ungu. belladonnae, ichthyol és lanolin aa part. aequ. tartalmú kenőcs. 2–3 hét alatt a here teljesen normalis. *Lenz* is a guajacolt ajánlja, mely szert *Janowsky* klinikáján próbálta ki és 10%-os vaselines kenőcs alakjában alkalmazva igen jó hatását látta. A beteg e szer alkalmazása mellett az első időben feküdt és belsőleg salolt szedett. A fájdalmak gyorsan szüntek, a láz és a dagadás szintén hamar engedett, úgy hogy az acut stadium 4–8 napi tartam között ingadozott. A legtöbb beteg a guajacolt jól tűrte, csak kivételesen égette annyira a bőrt, hogy a percentuatiót 5%-nyira kellett csökkenteni. *Chrzelitzer* a herezacskót ungu. plumbi jodati-val keneti be, forró pépes anyagból készült párnát rakat föléje, az egészet suspensoriummal rögzíti, úgy hogy a beteg fenjárhat. A daganat lelohadása sokkal gyorsabb és a felszívódás sokkal tökéletesebb, mint a jégkezelés mellett. Ugyancsak a melegnek alkalmazása mellett nyilatkoznak *Spiegelhauer* és *Kenner*. Előbbi szerint a beteg lehetőleg meleg ölmeczetes vízbe mártott Billroth-batisttal borogatást kap, mely fölé szoros scrotalis kötelék illesztetik. A borogatás napjában háromszor változtatik. Belsőleg natr. salicylicum. A beteg fenjárhat. *Kenner* a fájdalmak ellen a tűrhető meleg borogatást rakat forró vízben áztatott dohánylevelekből. Csak ritkán okoz ez bőrirritációt vagy általános rosszullétet. A resorptio céljából később vasogent alkalmaz. *Bettmann* acut epididymitisnél a methylsalicylat külső alkalmazásával tett kísérletet, mely szer Lannois és Linossier szerint az acut rheumatismusnál külsőleg applikálva fájdalomcsillapító hatást fejtett ki. Olajjal keverve a scrotumra kente. *Bettmann* szerint a fájdalmak e szerre enyhülnek, de lázesöklentő hatást nem észlelt.

Ha a vázolt újabb közleményeken végig tekintünk, úgy leszámítva az egyes szerzők irányában mutatkozó bizalmat és előszeretetet, szemünkbe ötlök a már több jelentőséggel bíró eltérés a szóban levő bántalmak ambulans vagy fekvő állapotban való kezelése és a jégnek vagy a melegnek applikálása tekintetében. Azt hiszem, ezen eltérések oka főleg az általánosításban keresendő. Ne feledjük, hogy az esetek hevesége tekintetében a bántalom kezdetétől fogva szerfelett nagy a különbség. Hiszen tudjuk, hogy az esetek nagy része enyhén lép fel és ugyanígy folyik le. Jelentéktelen fájdalmak, csekély, gyorsan muló hőemelkedés. A bántalom a mellékherére korlátozódik, periorchitis nem fejlődik ki, vagy csak jelentéktelen fokban. Ily eseteknél kellő óvatossággal szemeltartása mellett czélt érünk jól rögzítő gyapottal és izzasztás céljából gummivászonnal és gyapottal kipárnázott *Langlebert-féle* köteléssel, melylyel a beteg orvosi ellenőrzés mellett fenjárhat.

Másképp áll a dolog a mindjárt heves fájdalommal és jelentékeny hőemelkedéssel kezdődő eseteknél, melyeknél rendszerint igen gyorsan fejlődik ki a nagy izzadmányképződéssel és a herezacskó bőrének duzzadásával és piros elszíneződésével járó periorchitis és nagyfokú funiculitis, sok, a közérzetet jelentékenyen befolyásoló különböző symptómával. Ilyenkor ugyancsak kár lesz az ambulans kezelést megkísérlni, az ágyynyugalom és a beteg szerv absolut nyugalomának biztosítása nélkülözhetetlen. Hogy a fájdalom és a lob csillapítására mily borogatásokat rakjunk? Az esetek többségében e stadiumban a betegek a hűvös borogatásokra jobban érzik magukat, mint „a tűrhető meleg borogatásra”. De hiba volna a beteg rovására feltétlenül következtetéseket maradni. Meg kell kísérelnünk a meleget, ha a hideg cserben hagy; ugyanis akárhányszor a leghevesebb stadiumban is amarra inkább enyhülnek a beteg fájdalmai. Sajnos, de tény, hogy e tekintetben a kísérletezésre vagyunk utalva. Határozottan ellenzem azonban az *Unna* által oly nyomatókusan ajánlott jégkötelék alkalmazását, épen azon okból, a melyből *Unna* azt ajánlandónak véli. Az állandó nagy hidegre tényleg energikusan összehúzódik a tunica dartos, a kóros herére comprimaló hatást fejtve ki. De ennek nem lesz az Unnától várt üdvös következménye, t. i. az izzadmány felszívódása és a fájdalmak csökkenése, hanem ellenkezőleg, a jelentékeny localis irritatio jelentékeny reactiót fog kiváltani. E mellett még hátrányul tekintendő a jégzacskó súlya és a veszély, hogy kellő óvatossággal hián a scrotum bőrének elfagyása jöhet létre, a mint azt már nekem is volt alkalmam észlelni. A heves lob engedésével javult a langyos, esetleg meleg borogatásokkal kezdeni. Csak a láz teljes megszűnése és a heves subjectiv jelenségek elmúlásával hagyhatja el a beteg az ágyat, miután jól rögzítő köteléket alkalmaztunk. Ha e kötelékkel való fenjárás mellett újabb fájdalmak jelentkeznek, a beteget újból lefektetjük. Az alkalmazandó kötelék azon követelménynek kell, hogy eleget tegyen, hogy az egész herezacskót egyenletes módon mérsékelt erővel comprimalja és teljesen immobilizálja. A túlságosan szoros kötések ép oly czélserűtlenné, mint a túlságosan lazák. Határozottan elítélendő a sajnos, egyes szakférfiak révén még most is divó *Fricke-féle* kötés, mely tudvalevőleg a beteg oldalt ragtapaszesikokba szorítja, hogy így a felszívódást elősegítse. Ott, hol ez nem felesleges, ott rendszerint ártalmas, mert a kóros szervben a localis irritatiót fokozza és azonfelül még sokszor makacs eczema létrejöttére vezet. Ugyanígy elbírálás alá esik a legújabbban *Schäffer* által ajánlt „kötés”, mely az előbbiétől csak abban különbözik, hogy ragtapasz helyett ichthyol-kéneseő vagy jódolomtapaszesikokat alkalmaz. A mindennapi gyakorlatban leghelyesebb a *Langlebert-féle* hererögzítővel beérni. Applikálása előtt eczema megelőzésére a scrotumot valamely indifferens kenőccsel tanácsos bekenni.

A sokszor szükséges narcoticumokon és antineuralgiás szereken kívül a többi belső vagy külső gyógyszerek értékét magasra taksálnunk nem szabad. Még legtöbb bizalmat tudott ébresztetni az újabb gyógyszerek között az ichthyol (10%-os kenőcs alakjában), a jodvasogen és a guajacol (50%-os kenőcs alakjában). A néha zsábaszerűleg jelentkező fájdalmak ellen az antineuralgieumok sokszor igen jó hatással alkalmazhatók. Elítélendő a problematikussá váló és jelentékeny bőrizgatást provokáló kenőcsöknek és tinturáknak (jodtinctura, szürke higanykenőcs, tiszta ichthyol stb.) a scrotumon való applikálása. Akárhányszor a herével már rendbe jöttünk, midőn az artificialis eczemával még sok a bajunk. A teljes felszívódás lehetővé elérésére az izzasztó kötés hosszú időn át való hordatása és meleg fürdők lesznek segítségünkre.

Nagyfokú periorchitisnél (acut hydrocele) a heves fájdalmak kivételesen punctio végzésére kényszerítenek. Rendszerint azonban a savós izzadmány hamarosan önként felszívódik és csak genyedés esetleges létrejötté késztet bennünket sebészi beavatkozásra. Idült hydrocele-nél a szokásos műtétnek „egyszerűbbeket” ajánlanak egyes szerzők (*Bloch*, *Winkelmann*, *Leguen*, *Cerri*). Tényleg igen egyszerűnek látszik *Cerri*-nek eljárása, ki az Inathrociocchi proponálta műtétet szokta végezni. A punctio után a canulón keresztül egy körülbelül 8 hüvelyk hosszú catgutdarab tolatik be, mely előzetesen, energikusabb hatás elérése céljából, ferrum perchloricumba mártott. A catgut okozta mechanikus irritatio a savós hárttyák összetapadását eredményezi. Legtöbbször teljes gyógyulás következik be. A beteg kezelése közben foglalkozása után járhat.

A tárgyunkat képező szervek egyéb lobos megbetegedéseit illetőleg nemcsak casuistikus értékkel bírnak, hanem egyes kérdések felderítéséhez is hozzájárulnak ama publicatiók, melyek e szerveknek egyes fertőző betegségeknél észlelt bántalmazottságára vonatkoznak, noha azokban nem is találunk eddig ismeretlen momentumokat. *Menko* acut orchiepididymitist észlelt influenzánál oly egyénnél, kinek azelőtt genitális baja nem volt és kinek más aetiologiai momentum ki volt zárható. A lefolyás 6 hetet vett igénybe. *Strassburger* typhusnál genyes



mellékherelobot észlelt; a kiszivattyúzott genyben megtalálta a typhus-bacillust. Hagymánál tudvalevőleg inkább az enyhe, csekély savókiizzadással járó here-mellékherelob kerül észlelés alá. Edwards kór-esetek kapcsán kimutatja ama egyesek által már régebben hangoztatott tényt, hogy a járványos fültőmirigylobnál (Mumps) észlelhető orchitis nem tekinthető metastasisnak, hanem hogy ez a nevezett betegség egyik symptomája. Felsorolt négy esetet, hol az orchitis 2-3 nappal előbb fejlődött ki, mint a parotitis. Az általános tünetek (láz, fejfájás stb.) hat nap mulván engedtek és ekkor az orchitis is kezdett visszafejlődni.

Végül meg kell említenünk *Englisch* érdekes megfigyeléseit, melyek az ondózsínór izolált megbetegedésére vonatkoznak. E betegség tudvalevőleg igen ritka; az ondózsínór ugyanis rendszerint a szomszédos szervek bántalmainál a gyulladás tovaterjedése által betegszik meg. Izolált megbetegedése, *Englisch* szerint, *localis traumának* a következménye, minő a funiculust kívülről vagy a hasprés erőyes működése által (emelésnél, hátrahajolásnál vagy esésnél) érheti. Megesik, hogy terhelt egyénnél a trauma okozta lob gümös izolált funiculitis létrejöttére vezet.

### Könyvismertetés.

**Állategészségügyi évkönyv az 1899. évre.** A földmívelésügyi m. kir. minister megbízásából hivatalos adatok alapján szerkesztette Dr. **Hutyra Ferencz**, az állatorvosi főiskola rektora, egyetemi tanár. Tizenharmadik évfolyam. Budapest, Franklin-társulat könyvnyomdája. 1900.

Az „Állategészségügyi évkönyv”-nek most megjelent XIII. évfolyama, mely Magyarország állategészségügyének az 1899. évben való állapotáról számol be, az eddigi évfolyamoktól eltérő tartalmú. Nem tárgyalja az állatorvosi főiskolára vonatkozó adatokat — melyek az eddigi évfolyamokban a mű első részét alkották —, minthogy az új alapon szervezett főiskolára vonatkozó adatok ezentúl külön fognak közölni; azonban az állategészségügyi rendszert illető intézményeket és ügyeket sokkal behatóbban ismerteti, mint eddig megjelent évfolyamaiban.

Nagy előnyére válik a munkának a gondos szerkesztőnek az az újítása, hogy a számadatokat tartalmazó statisztikai táblázatokat most terjedelmesebb magyarázatok kísérik, valamint az is, hogy az állatfoglalommal, köztérképekkel s a gümőkórsággal külön fejezetek foglalkoznak.

A munka „Bevezetés”-e az egész műről kitünő áttekintést nyújt. A bevezetést az „Állatorvosi szolgálat” ismertetése követi; megtudjuk belőle, hogy Magyarországon 1899-ben — a katonai állatorvosokat nem számítva — 968 állatorvos működött (száz közülük állami állatorvos); az állatorvosi tisztvi vizsgálatot 21-en tették le.

A munka következő szakasza a házi állatok betegségeit tárgyalja. 1899-ben 382,956 hasznos házi állat betegedett meg fertőző betegségben, s a megbetegedett állatok közül 221,593 elhullott, illetőleg leölített. Ez a körülmény pedig 7.485,840 korona gazdasági kárt jelent s ha az egyéb betegségekben elhullott állatok értékét (4.214,436 kor.) hozzáadjuk: 11.700,276 korona az az összeg, melylyel az ország a hasznos házi állatok elhullása következtében károsodott. Dacára e nagy veszteségnek, mégis örömmel konstatálhatjuk, hogy Magyarország állategészségügyi viszonyai az 1899. esztendőben javultak. Ha a hivatalból jelentendő állati fertőző betegségekről szóló adatokat tekintjük, kiderül, hogy a keleti marhavész és a tenyészbénaság egy esetben sem fordult elő. A lépfene-esetek száma (2912) 93%-kal, a veszettség eseteké (1272) 45%-kal, a takonykórság eseteké (861) 48%-kal, a száj- és körömfájás eseteké (21,830) 35%-kal (főleg csak az erdélyi megyékben volt járvány), a ragadós tüdőgyulladás eseteké (15) 84%-kal, a juhhimlő-eseteké (5129) 53%-kal, a rühösség eseteké (3650) 50%-kal, és a bivalyész-eseteké (299) 4%-kal javult az előző évhez képest. Rosszabbodást csupán az ivarszervek hlyagos kiütései (850 eset) és a sertésorbanéz (19,213 eset) tüntetnek fel, még pedig 35-1, illetőleg 152%-kal. A sertésorbanéz és sertéscholerá megközelítőleg ugyanazt a pusztítást okozta 1899-ben is, a melyet 1898-ban: megbetegedett 327,716 sertés, a betegek közül elhullott 199,151, leölített 4618, a betegség gyanuja miatt kiirtott 1799, s így az összes veszteség 205,668, a mi hozzávetőleg 6.239,400 kor. gazdasági kárnak felel meg.

A könyv következő fejezete a hivatalból nem jelentendő tömeges megbetegedéseket tárgyalja, majd áttér az állategészségügyi intézmények állapotának ismertetésére, a védőoltások eredményeinek részletezésére és végül — függelékül — az állategészségügyre vonatkozó törvényeket és rendeleteket sorolja fel.

A-y.

### Lapszemle.

#### Sebészet.

Nagy kiterjedésű csonttranszplantatio esetét közli *Klapp Bier* klinikájáról. A felkaresont diaphysisének csaknem egész hosszára kiterjedő myelogen sarcoma miatt a diaphysist resécálták a distalis epiphysis határtól 4 ujjnyira és közvetlen a proximalis epiphysis határon. A csontthártyát szintén eltávolították. A csontdefectust a tibia elülső felszínéről periosttal és velőirével együtt levéselt megfelelő hosszú darabbal pótolták olyképen, hogy e transzplantált csontdarabot a humerus velő üregébe úgy fent, mint az alsó részen benyomták. Lágyrészek sebtét varratokkal egyesítve, a végtagot Middelndorpf háromszögön rögzítik. A gyógyulást egy genyödő folyamat zavarja, a mely után vissza-maradó két sipoly csak egy 3 cm. hosszú s 2 cm. széles corticalis sequester ellökődése után gyógyul. A consolidatio tökéletes, az alsó össze-

illesztési helyen kis fokú szögletbe törés, mely azonban nem akadályozó még a nehezebb munkák végzésében sem. Ugyanezen eset alapján *Klapp* megcáfolja *Barth* azon állítását, hogy az átültetett csont csak úgy szerepel, mint egy méasztartalmú idegen anyag, mely csak az anyagot szolgáltatja az új csontképzéséhez, melyet az ott maradt periost indít meg. Ezen esetben ugyanis a humerus periostja eltávolított a csonttal s e helyett egy periosttal fedett idegen csont vitetett a csontdefectusba és hogy ezen csont új helyén tovább élt s nem vált necrotikussá, bizonyítja azon körülmény, hogy az átültetett csontnak azon darabja, mely kétség kívül elhalt, az mint sequester el is löködött, a többi része azonban helyén maradt. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 54. kötet, 5. és 6. füzet.)

Pesthy Istrán dr.

### Szülészet és nőgyógyászat.

A tubo-ovariális daganatok keletkezéséről ír két francia szerző: *Legneu* és *Cabanis*. E daganatok elég ritkák a petefészek daganatai között. Nem nagyok, rendszeren gyermekfejnyiek vagy kisebbek, kékes-fehér, sima felszínűek, tiszta, vízszerűen hig, kissé sárgás színű tartalommal. Petefészeketömlőből s erre szorosan reánőtt és ebbe belenyúló tubából állanak. A tuba mindig megnyúlt, de néha olyan, mint hydrosalpinxnál: tágult, vékony falú, melyben izomréteg és nyálkahártya sokszor nem is különböztethető meg; nyálkahártya, ha van is, sima, ránczait elvesztette. Máskor a tuba aránylag ép, rendes, ránczos nyálkahártyával, csak kissé tágult lumennel. A petefészeketömlő rendszeren vékony falú, egyrekesű; falában néha egy vastagabb helyen még petefészekszövet fedezhető fel, néha kis hólyagocskákkal. De találtak már többrekesűt is. E tömlőbe rendszeren hüvelykujnyi kerek vagy ovalis nyílással szájadzik a tuba, mely azonban nem szakad meg a nyílásnál, hanem rostjai a nyílás környékén sugárszerűen szétterülnek a tömlő belső felszínén. Hogy keletkeznek e daganatok? Hogy támad communicatio a tuba és a petefészek között? Volt, a ki azt mondta, hogy ezek is csak hydrosalpinxok, melyekkel csak melleleg olvadt össze a chronikus gyulladás folyamán a petefészek. De ez nem helyes magyarázat, mert e daganatoknak mindenkor láthatóan főbb, nagyobb részét adja a petefészek. Magyarázatul régebben van már közölve egy *congenitalis theoria*: alsóbbrendű állatoknál, így a tyúkknál is, tuba és petefészek egymással összefüggésben egy szervet alkotnak, mint valamely mirigy a vezető csövvel. Mint atavismus, ez az állapot marad meg néha a nőnél, s abból fejlődik ilyen daganat. De ez esetben e fejlődési elmaradást tisztán is gyakrabban kellene látnunk, daganatképződés nélkül; pedig ilyet még nem láttak. Van azután egy *physiologikus theoria*, mely szerint ovulatio után néha a Graaf-féle tokocskák nem obliterál, nem gyógyul be, hanem hozzátapadva egyik rojtja a tubának, összesen azzal s így az ovarium belénő a tuba szájadékába s a folytonos secretio folytán támad azután a daganat. Ez sem helyes, mert ekkor csak a tuba tágulna ki, s az ovarium csaknem épen megmaradna, legfeljebb ellapulna. Végül legújabb a *pathologikus theoria*: chronikus gyulladás folytán a petefészek kis tömlője előbb összetapad a szintén beteg tubával s azután támad a két üreg között communicatio. Könnyen megérthető e folyamat hydrosalpinx esetében, mikor ugyanaz a chronikus, többnyire gonorrhoeás eredetű gyulladás, mely a hydrosalpinx keletkezését okozta, egyszersmind az összenövést is megmagyarázza a petefészeketömlővel; ekkor azután csak vékony választófal választja el egymástól a két üreget, az a feszülés folytán átszakad, s létrejön a communicatio: a tubo-ovariális daganat. Nehezebb a magyarázása azoknak az eseteknek, melyekben a tuba aránylag ép, csak alig tágult. Ekkor is gyulladásos folyamat volt az ok, mely azonban nem terjedt el, csak a tuba abdominalis végére s csupán annyi elváltozást idézett elő, hogy a tuba rojtjai összetapadtak vagy egymással is, vagy csak a petefészeketömlővel, melynek ily módon egy részlete a tuba lumene felé tekint s itt kevesebb resistenciája lévén, a belső feszülés folytán átszakad. (Adások maradnak szerzők a petefészeketömlő keletkezésének magyarázatával. Valószínű pedig, hogy ez sem álképletes természetű, nem valaminő álképlet-csírából, hanem a chronikus gyulladás folytán támad, mint quasi retentio tömlő meg nem repedt Graaf-féle tokocskából.) (*Revue de Gyn.* 1900.)

Doctor dr.

A hüvelybemenet sérüléseinek befolyása a gyermekágyra. *Timmermann* észleletei szerint a hüvelybemenet sérülései — a legkisebbeket is beleszámítva — a szülések 96%-ában fordulnak elő, s bármilyen jelentékteleneknek látszanak is, mégis kapujánál szolgálhatnak a fertőzésnek. Vajjon gyermekágyasok rendes hüvely- és méhváladéka fertőzheti-e ezen sebeket, az még vitás, annyi azonban bizonyos, hogy a vulva bakteriumai fertőzést okozhatnak. Egy további kérdés az, vajjon ezen sebek megfertőzése van-e befolyással a gyermekágyra? Régebb szerzők tapasztalatai e kérdésben nem vágnak teljesen össze: a míg egyesek igen nagy fontosságot tulajdonítanak nekik, addig mások azt állítják, hogy alig jöhetnek számba. *Timmermann* tapasztalatai s ez irányban folytatott irodalmi tanulmányai azt bizonyítják, hogy a gyermekágyasok lázaskodásának oka az összes esetek fele részében a gyermekágyi fekély! Törekednünk kell tehát az inficiált hüvelybemeneti fekélyeknek befolyását a gyermekágyasokon lehetőleg kizárni, s e törekvésben a főszűrt a prophylaxisra kell fektetni, a mely két részből áll: a subjectiv desinfectioból s a szülőnő desinfectálásából. Az előbbinek elvei ismeretesek, az utóbbira nézve a hüvelynek szükséges fertőtlenítése egyelőre csakis műtéti beavatkozásoknál van általánosságban elfogadva, míg a rendes szülésre nézve még vita tárgyát képezi. A mi pedig a külső nemi részek fertőtlenítését illeti, arra nézve eddig csak abban történt általános megegyezés, hogy azok szappannal és vízzel alaposan megtisztogattassanak. Ezt azonban szerző nem tarthatja elégségesnek, hanem



követeli, hogy azok alapos fertőtlenítése a bábáknak törvényes intézkedések által tétessék kötelességévé. Ehhez tartoznak első sorban a fanszőrök lenyirása, azután a külső nemi részek mosása szappannal és vízzel 5 percig, s végre azok fertőtlenítése 30%-os carbol-oldattal 3 percig (a mint ezt a százsországi bábátankönyv tényleg meg is kívánja), még pedig mintán a kisajkak nyálkahártyafelülete is mutatszülés után gyakran sérüléseket, szükséges volna, hogy ezen fertőtlenítés a kisajkak óvatos feltárása mellett ezekre is vonatkozzék. Szülés alatt a carbol-oldattal való locsolás 2—3 óránként ismétlendő. A gyermekágyi kezelést illetőleg tétessék kötelességévé a bábának a külső nemi részeknek legalább is kétszeri megtisztogatása fertőtlenítő oldattal, oedemák fellépésénél pedig azonnal hívasson orvost. Vattának a genitáliák elé helyezése megtiltandó; czélszerűbb egy tisztára mosott, 30%-os carbol-oldatba mártott és kifacsart kendő, mert ez a lochiákat tökéletesebben szívja be. (Archiv für Gynäkologie, 60. k., 3. f.) Neumann Szigfrid dr.

#### Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra.

Az airoi használata a nemi betegségek gyógyításánál. A külső nemi betegségek gyógyítására szolgáló hintőporoknak a következő sajátosságokkal kell bírniuk: a sarjadást kell előmozdítani, fertőtlenítő és a váladékot csökkentő hatással kell rendelkezniük, azonkívül nem szabad bőzseknak és mérgező hatásúknak lenniük, valamint az ép környezetet sem szabad izgatniuk. Friedlaender M. (Berlin) szerint mind ezen sajátosságokat egyesíti magában az airoi, mint a mely bismut-tartalma folytán szárító, jodtartalma folytán fertőtlenítő, tannintartalma folytán összehúzó, azonkívül nem mérgező hatású, szagtalan és az ép bőrt nem izgatja. Kemény és lágy sanker, herpes praeputialis, balanitis esetében nagyon jó eredményeket látott szerző az airoi használatától, sőt acut és subacut gonorrhoea kezelésére is ajánlja, olyan módon, hogy mindenkor frissen készített 1/2—10%-os emulsióból 1/2 liternyit folytat át a húgycsövön naponként egyszer; a testhőmérsék behatására az airoiból jód hasad le, mely így mintegy in statu nascendi fejt ki hatását. Egyidejűleg a betegek maguk is végeztek befecskendéseket zincum sulfocarbolicum-, tannin- vagy resorein-oldatokkal a gyógyfolyamat előmozdítása céljából. Ezen kezelést mellett úgyszólván tüstént csökken a váladék mennyisége, nemsokára nyakossá lesz, továbbá a nyálkahártya duzzadtsága is mérséklődik, úgy hogy a betegek csakhamar könnyebben vizelnek. Az eredmény szerző szerint biztos, kellemetlen mellékhatások nem jelentkeznek, legfeljebb az első öblítésnél mutatkozik fájdalomosság. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1900. 23. sz.)

A szülőfájások fokozódnak. Madlener szerint ezukor használata után. Oly módon jár el, hogy hat darab kocka-cukrot (30 gramm) 1/4 liter vízben vagy theában feloldva ad a nőknek. Hat eset közül ötben mutatkozott hatás; megjegyzendő, hogy három esetben a mellett, hogy a méhösszehúzódások erősebbek lettek, a fájdalom csökkent. (Münchener medic. Wochenschrift, 1900. 34. sz.)

Diabetes insipidus három esetében, melyeket Niessen észlelt, 1 gramm pro die amylenhydratnak 3—6 napon át való használata az összes tünetek tetemes enyhülését vonta maga után. (Therap. Monatshefte, 1900. 8. szám.)

#### Hetiszemle és vegyések.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 48-dik hetében (1900. december 2-dikától december 9-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katonai 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 442 gyermek, elhalt 265 egyén, a születések tehát 177-el múltak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 32.2. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 20.9, az egy éven felüli lakosságnál: 16.4, az öt éven felüli lakosságnál: 14.1. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 3, pertussis 1, morbilli 9, scarlatina 9, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 8, apoplexia 4, eclampsia 7, szervi szívbaj 14, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 33, tuberculosis pulmonum et phthisis 42, diarrhoea et enteritis 15, gastro-enteritis —, rák és egyéb újképleték 12, ezek közül méhrák 1, morbus Brightii et nephritis 10, rachitis 0, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkat-hiba 16, atrophia et inanitia 2, marasmus senilis 7, erőszakos haláletet 9 ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 8, baleset 6, kötséges 0 (—). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2735 beteg, szaporodás e héten 885, csökkenés 765, maradt e hét végén 2855 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi december 3-dikától december 9-ig terjedő 48. héten a tisztai főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 46 (31), diphtheria, croup 17 (21), hagymáz (typhus) 3 (3), kanyaró (morbilli) 294 (195), trachoma 11 (8), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), bőkhurut (pertussis) 30 (18), orbáncz (erysipelas) 24 (16), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 3 (—), ezenfelül varicella 81 (133).

— Egyetemi alkalmaztatások. Az orvostanártestület folyó hó 19-dikén tartott ülésében megválasztottak: Krausz Oszkár dr. 1900. okt. 1-jétől, Balogh László dr. 1900. nov. 1-jétől, Salamon Henrik dr. 1901. jan. 1-jétől egy évre a fogászati tanszék mellé díjtalan gyakorlókodul, Péteri Ignác dr. 1901. jan. 1-jétől 2 évre II. tanársegédül a gyógyszer-tani tanszék mellé, Bauer Lajos dr. 1901. jan. 1-jétől egy évre a gyermekgyógyászati tanszék tanársegédjévé; Péter Popovics Uros V. éves o. h. 1900. nov. 1-jétől egy évre az elme- és idegkórtani tanszék gya-

kornokává, Feldmann Ignác dr. 1901. jan. 1-jétől 2 évre I. tanársegédül az I. kórboneztani tanszékhez, ifj. Plósz Sándor V. éves o. h. 1901. jan. 1-jétől díjtalan gyakornokká a gyógyszer-tani intézethez, Kurzbacher Ödön dr. 1900. decz. 1-jétől 1901. aug. 31-dikéig díjas műtőönvendékké a II. sz. sebészethez, Póór Ferenc dr. a börtöngyógyászati intézethez 1901. január 1-jétől 1 évre díjas, Kelemen Géza dr. ugyanoda díjtalan gyakornokká.

○ A glasgowi pestisről szóló előadás ügyéhez Frank Ödön dr. közegészségi felügyelő úr levelet intézett szerkesztőségünkhez, melyben Pertik tanár mult számunkban közölt pestis-cikkének bevezetésében használt „bizottság” kifejezése és azt, hogy cikkkiró ennek „vezetője” lett volna, kifogásolja, miután a belügyminister a három szakértőt külön-külön, és nem mint bizottságot küldötte ki a glasgowi pestis tanulmányozására, és „vezetőül” senkit ki nem jelölt. Pertik tanár hatalmazva szerkesztőségünket a következők kijelentésére: tekintettel arra, hogy a magyar kartársak éppen úgy, mint pl. a belgák kiküldött nemzeti bizottság gyanánt szerepeltek, ő e kifejezést csak collegialitásból használta és Frank Ödön dr. kifogásoló levele folytán szíves készséggel vonja le a megtagadott együttműködés consequentiáit és jelentését a belügyminister úrnak saját nevében külön fogja betérjeszteni.

\* Ifj. Klug Nándor dr., a Stefánia-szegénygyermekkorház rendelő orvosa hosszabb külföldi tanulmányútjáról hazatérve, fil- és orvgyógyászati gyakorlatát megkezdette. Lakik: Budapest, IV., Irányi-utca 27 sz. I. emelet.

✓ Vidor Zsigmond dr. 32 évi buzgó és önzetlen működés után lemondott a Stefánia-gyermekkorházban elfoglalt szemész-főorvosi állásáról. Ajánlatára a választmány Leitner Vilmos dr.-t választotta meg főorvossá, ki a szemézi klinikán 1896 óta működött s jeles szakképzettségének irodalmi úton is ismételve jelét adta.

⊕ Megjelent. Drasche: Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften etc. 200/1., 202/3., 204/5. füzetek (Chirurgiai rész: 8., 9., 10., 11., 12., 13. füzet). Ára egy-egy füzetnek 60 kr. Karl Prohaska. Bécs és Lipse. — Dr. Erich Peiper: Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführungsbestimmungen in Deutschland und Österreich-Ungarn. 3-dik kiadás. Urban & Schwarzenberg. Bécs. 1911. — Dr. Max Kahane: Die Chlorose. Wien. 1901. Urban & Schwarzenberg. — Dr. R. Eschweiler: Ohrenärztliche Diagnostik für Ärzte und Studierende. Berlin und Wien. 1901. — Feles Adolf: Oroszi munka- és díjgyezsek gyakorló orvosok számára. II. kiadás. Vincze és Bartók. Budapest, Bálvány-utca 15. sz. Ára vászonkötésben 2 korona 50 fillér. Vénytömbbel és orvosi perczhőmérővel felszerelve 4 korona 50 fillér. E kiadás zsebkönyvvalakú s így czélszerűbb, mint az első kiadás. Van benne névmutató, előjegyzési naptár, munka- és díjgyezsek 150 beteg számára, külön vénytömb, irón és hőmérő. Benne van továbbá az új díjszabályjavaslat is. — Oroszi zsebnaptár 1901-re, különös tekintettel a hazai ásványvizekre. Kiadja Edesutty Lajos. — Nagy képes világtörténet 83. és 84. füzetek. A középkor történetének folytatását tartalmazza a magyarok honfoglalásáig. Ára egy füzetnek 60 fillér. — A trachomailgy Magyarországán 1883—1900. Közteszi: A m. k. belügyministerium. Budapest, 1900.

† Elhunyt. Szigeti Gyula János dr. Somogy megye kaposvári kórházának igazgató főorvosa, az országos közegészségügyi tanács rk. tagja f. hó 19-dikén rövid szenvedés után Kaposvárt.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” (Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére.) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

Eladó vagy bérbeadó Budapesten a város centrumában, jól jövedelmező, modern berendezésű vízgyógyintézet; remek svéd-gymnastikai teremmel és inhalatoriummal. Bővebb felvilágosítást ad Blockner J. hirdetési iroda Budapest, IV., Sütő-utca 6.



#### Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő  
Budapest.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponta kétszer megújul, **helyi iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdülő-fürdők. Kitűnő szálló-lak. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: Budapest, V., Zoltán-utca 10.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (VI. rendes ülés 1900. október 26-dikán.) 811. lap. — A párisi internationalis congressus sebészeti szakosztályának ülésai. 812. lap. — Szegedi orvos-egyesület. (XVIII. szakülés 1900. október 12-dikén és XIX. november 14-dikén.) 813. lap. — Személyek külföldi tudományos társulatok üléseiből. 814. lap.

## Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VI. rendes ülés 1900. október 26-dikán.)

Elnök: Navratil Imre. Titkár: Polyák Lajos.

## Idegen test a gégeben.

Navratil Imre: *W. A. 7 éves leányka.* Felvételt 1900. október hó 13-án.

Beteg két hét előtt dióéves közben egy darab dióhéjat aspirált, azóta nehezen, zörejesen lélegzik. A türelmes beteg gégejét megvizsgálva, a géget és a légcsövet — kivéve, hogy mindkettő belővelt — rendesen találjuk. A bal hangszalag alatt a tracheában nyákkal fedett idegen testet vélünk fölismerni. Ennek endolaryngealis eltávolítása megkíséreltett, miközben azonban az idegen test helyéből kimozdítván heves görcsös köhögés támadt és a betegnél a légzési nehézségek annyira aggasztókká váltak, hogy azonnal tracheotomiát kellett végezni a betegben.

Műtét után másodnapra a bal hangszalag és kannaporc kötött; beteg a szájon át betöméselt canule mellett lélegzeni nem bír. Negyednapra a beteg a tracheotomia sebéből az idegen testet köhögéssel kilökte; a kilökött test színre nézve megegyezik a dióhéjjal, összeállása azonban lényegesen változott, darabokra morzsolható kis részecskéjét bemutatja az előadó, egészben véve az idegen test borsómelegkoraságú volt. Beteg betömött canullel lélegzik s már holnap gyógyultan bocsátatik ki a kórházból.

Zwillinger. Az egyik hangszalagnak fixatioja a középvonalban valószínűleg úgy jött létre, hogy az idegen test közvetlenül a hangszalag alatt feküdt és crico-arytaenoidalis lobot okozott; a lob lefolytával az izület teljesen szabadabb lett és ezért rendes megint a hangszalag mozgása.

Navratil. A beteg bejövetelekor a hangszalagok prompt működtek és az idegen test a légcsőben volt. A tracheotomiánál tűnt ki, hogy idült anchylosis volt a gyűrűkannaizületben, mely az idegen test eltávolítása után javult.

## Garat- és gégeösszenövés.

Navratil Imre: *G. G. 29 éves földmives,* felvételt 1900. szeptember hó 28-dikán.

Beteg állítólag sohasem volt, hét év óta nő, két gyermek atyja, kik egészségesek, felesége nem abortált. Genitális primaer infectiót tagad. Jelen baja 11 év előtt keletkezett sebbel az orrban, egy évvel később a felső ajkán sebek mutatkoztak, midőn a bajusza is kihullt. Ezelőtt kilencz évvel a torka kezdett fájni, sebes lett, ez a baja hat évig tartott.

A sovány és halvány beteg belső szervei épek. Az ornyílás jobb mellő zúgában kis heg és synechia látható. A garatban a lágy szájpad a hátsó garatfalhoz van laposan odanőve, melynek közepén egy ovalis, legömbölyített szélű rés látható. Ezen nyíláson keresztül közelkedik a száj az orrüreggel. A nyelvgyököt lenyomva látjuk, hogy a nyelvgyökből kiindulva egy hártva vonul végig a garat hátsó faláig, melylyel az szorosan egybenőtt; ennek közepén egy babnyi nyílás van, melyen keresztül lélegzik és táplálkozik a beteg. Ez utóbbi a beteg felvételekor oly szűk volt, hogy a légzés tetemesen akadályozott lévén, részben e miatt, részben a továbbkezelés végett tracheotomia inferior végeztetett. Kezelése jelenleg ezen nyílás tágitásában áll, mi ha kellő eredményt nem ad, ezen hártvas összenövés operatív elválasztásában fog állani.

## Amnestikus aphasia az agyban levő löveg miatt.

Navratil Imre: *M. I. 19 éves gyári rajzoló,* felvételt 1900. július hó 22-dikén.

Szülei és hét testvére élnek és egészségesek, ő maga egész tíz éves koráig gyakran betegeskedett, állítólag rheumatismusban hat hónapig feküdt; tíz éves kora óta egészséges s csak lúdtalpai okoztak neki némi nehézségeket. Neuropathice terhelt, egyik nagybátyja elmebajos. F. év július hó 18-án öngyilkossági kísérletet követett el, miután szeretőjét agyonlőtte. Ekkor négy napig Siófokon feküdt, honnan eszméletlen állapotban osztályunkra szállítottott be a következő állapottal:

A bal orbita külső széle mögött 1 cm.-rel, 7 mm. átmérőjű, kerekded, mintegy 2 mm. széles, barnás pörkkel fedett széllel bíró anyaghiány, a mely körül mintegy 4 cm. átmérőben beékelte löporszemese látható. Hasonló anyaghiány van a járomív gyökere felett a fülkagyló felső csúcsának magasságában. Beteg felvételekor teljesen eszméletlen, a baloldali facialis s a jobb alsó és felső végtag parietikus, pulsus száma 72. Légzés 20, nyugodt; pupillák középtágak, jól reagálnak. Beteg kérdésekre nem felel, időnként nyugtalan, különben esendesen fekszik ágyában. Betegnél a lösebekre aseptikus fedőkötést tettünk, azonkívül jég tömlőt alkalmaztunk a fejére és a vegetatív szervek működését szabályoztuk. Három hét múlva beteg eszmélete derengeni kezdett, a hozzá

intézett kérdésekre vontatva s a szavakat keresve válaszolni kezdett, a jobb alsó és felső végtag, nemkülönben a facialis paresise eltűnt s további 6—7 nap múlva beteg a vele öngyilkossági kísérlete előtt történetekre visszaemlékezni kezd, azonban ekkor sajátos beszédzavart lehet nála észlelni, t. i. beteg a hozzá intézett szavakat megérti, a tárgyakat megismeri, mindazonáltal csak szakadozottan beszél, mert az egyes tárgyak nevei kiestek emlékezetéből. Azonban, ha az általa keresett szót kiejtjük előtte, azt utánunk mondani tudja. Kezdetben ezen *amnestikus aphasia* a legtöbb szóra nézve fennállott, betek multán azonban lassanként javult, de még most is megesik, hogy beszéd közben megakad, miután a legközönségesebb tárgyak nevei, mint pl. asztal, pohár, szék stb. nem jutnak eszébe s csak hosszas gondolkodás után találja meg a keresett szót. Olvasás közben gyakran megakad, miután a látott betűt nem ismeri fel. Írásnál nincs zavar, épúgy rajzolni is tud. A szem vizsgálatánál mindkét retina hyperaemiája s ezenkívül a jobb retina haemorrhagiája találtattak, egyszersmind a látótér vizsgálatánál kiderül, hogy mindkét jobboldali látótér hiányzik. (Hemianopia homonyma dextra.)

Az izomrendszer vizsgálatánál kimutatható, hogy a jobb felső végtag nyomó ereje kisebb, mint a baloldalié. Az izmok villamos magatartása normalis. A reflexek közül a pupilla-reflex prompt és normalis, térdreflex fokozott, Achilles- s triceps-reflex ki nem válthatók. A fentebbieket összefoglalva s összevetve a Röntgen-vizsgálat leletével, a mely két golyót mutat, egyiket hátul az occipitalis lebenynek megfelelőleg és egy másikat a középső koponyagödörben a halántéki lebeny mellő alsó részének megfelelőleg, a következőket kell következtetnünk. A kezdeti súlyos tünetek (eszméletlenség, féloldali bűdés stb.), melyek később visszafeljöttek, commotio és koponyatüregbeli vérömleny által voltak feltételezve, melyeknek visszafeljődésével párhuzamosan a jelzett tünetek enyhültek, majd megszűntek; mint marandóbb sérülést két, illetve három maradt vissza, ú. m. *amnestikus aphasia* és a vele kapcsolatos alexia, továbbá a homonym hemianopia. Mindezeket az elülső golyó által okozott sértésre kell visszavezetnünk. Ez volt az, mely a középső koponyagödör mellő részében fekvő azon részét sértette a halántéki lebenynek, mely a Reyl-féle sziget szomszédságában fekszik, a melyet Wernicke mint beszédközpontot ismert fel és melynek sérülését *amnestikus aphasia* szokta követni. Ez tehát az *amnestikus aphasia* és a vele kapcsolatos *amnestikus alexia* magyarázata. A koponyaalapon továbbhaladva a golyó azután a baloldali tractus opticusat érte, innen a homonym hemianopia.

A klinikai lefolyás, a mely az *amnestikus aphasia* javulását tünteti fel, a következő magyarázatokat engedi meg:

1. Nem lehetetlen, hogy a jelzett központ csak vérömleny által volt alterálva, melynek felszívódásával a tünetek javultak.
2. Lehet, hogy a jelzett központ tényleg szenvedett szövetroncsolást, mely azonban csak felületes volt, úgy hogy az *aphasia* tünete csak a gőcz infiltratioja vagy oedemája által volt feltételezve, mely visszafeljődén, a tünet javult.
3. Lehet az is, hogy mint hasonló esetekben némelyek állítják, a megfelelő jobboldali kéregmezők vették át a baloldaliak functioját.

A mi a homonym hemianopiát illeti, az még jelenleg is fennáll s így valószínű, hogy a golyó a tractus opticusat most is nyomja vagy talán át is szakította. Bár viszont az is lehetséges, hogy a homonym hemianopia még idők folytán szintén javulni fog.

Ezután a golyók localizálását illetőleg mondhatjuk, hogy a hátulsó golyó a bal occipitalis lebeny környékén, vagy ebben székel, a nélkül, hogy tüneteket okozna. Igaz, hogy a psychikus látócentrumot az occipitalis lebenybe localizálják, de ennek sérülése homonym hemianopiát sohasem okoz.

A mellő golyó mindezek szerint a baloldali tractus opticus táján fekszik az agyalapon, minden esetre oly mélyen, hogy annak kivétele még akkor sem volna indicált, ha a homonym hemianopia biztos megszűnését várhatnók is ettől. Magának a homonym hemianopiának fennállása már csak azért sem jogosít ily súlyos műtetre, mert az tudvalevőleg csak a peripherikus látásra vonatkozik, míg az éles látást nem zavarja; a golyó eltávolításakor azonban, miután a halántéki lebenyt és a homloklebenyt a koponyaalapról felemelni volnánk kénytelenek, még a legnagyobb óvatosság mellett is oly sértéseket okoznánk, melyek súlyosabbak, mint maga a homonym hemianopia.

## Az adenoid vegetatiók tuberculosisáról egy eset kapcsán.

Zwillinger Hugó: Van szerencsém a t. egyesületnek ezen alkalommal a garatmandola latens tuberculosisának készítményét görcs alatt bemutatni s engedelmet kérni arra, hogy kapcsolatban ezen demonstratioval, ezen igen fontos kérdésre vonatkozólag egynéhány megjegyzést tehessenek. Azon állítás, hogy a garatmandola gümős megbetegedése ritka, az újabb és legújabb időkben megejtett vizsgálatok és eszközölt kísérletek után nagyon módosul, minél gyakoribbak ezek, annál jobban tűnik ki az, hogy a mostanáig felvett számarány nem helyes.

Értem itt a garatmandola elsődleges latens tuberculosisát, tehát a nélkül, hogy külsőleg ezen megbetegedés jelenségei mutatkoznának



vagy klinikai symptomák volnának jelen, melyekből ilyenmű megbetegedé-re következtetni lehetne s kizárom a fekélyesedéssel vagy a nélkül járó manifest tuberculosist.

Ezen esetben is, melyben kénytelen vagyok cleve kijelenteni, hogy külső okok miatt bakteriologikus vizsgálat és állatki-érlet nem volt eszközölhető, a szövettani vizsgálat az, mely egyedül támogató. Látjuk, hogy a nyirkfolliculusok meg vannak nagyobbodva, a megnagyobbodás főleg közéjük alkotó nagyobb s hólyagszerű maggal ellátott sejtek révén történt, melyek igen gyakran magoszlási alakokat tartalmaznak, közöttük láthatók még nagyobb, szélesebb protoplasmával bíró sejtek, melyeknek magya is nagyobb, az utóbbiakban szintén magoszlási alakok, néhol a magchromatin apró részletekben van a sejten szétzórva. Ismét más helyeken ezen sejtek nem tartalmaznak magvat, hanem homogen gömbölyded képletekké alakultak át. Egy nyálmirigy szomszédságában óriás sejtek láthatók az infiltratumban. Ezen kórszövettani lelet után mondhatjuk, hogy ezen három és fél éves, az adenoid habitus classikus példányát mutató fiú orrgaratüregéből származó szövet valószínűleg gümőkórosan elváltozott. Seifert azon kijelentése, feltéve, hogy Trautman azon állítása igaz, hogy a garatmandola túltengésének oka minden esetben valódi serophulosis, akkor ezen szerv gümös megbetegedése sokkal gyakoribb volna, az előbb mondottak alapján helyesnek bizonyult. Ha Trautman-nak nincs is mindenben igaza és ha sok oly eset van, melyben az adenoid vegetatiók maguk oly kórképet létesítenek, mely az igazi serophulosishoz oly bámulatosan hasonlít s melyet Schmied alsrophulosi-nak nevezett, nem tagadható az, hogy valódi serophulosissal összefüggő esetek nem is oly ritkák s így a serophulosis és a gümőkór közötti összefüggés ezen esetekben ily módon fennáll. A kérdés historikumára nem akarok e helyen kiterjeszkedni, csak azt említem fel, hogy Dieulafoy, Lermoyez, Dmochovszky, Suchanek, Fischer, Plader, Gottstein, Seifert s többen szereztek érdemeket e kérdés felderítése körül s ezeknek alapos kísérletei bizonyítják, hogy van adenoid vegetatiók operálása után különböző lefolyás, hogy van ezen gümös elváltozás és a meningitis basilaris között összefüggés.

A kérdés már most az, melyek azon következtetések, melyeket ezen leletekből levonni kénytelenek leszünk. Első sorban az, hogy az adenoid vegetatiók eltávolításának indicaiói tágabbak lesznek; concedálván azt, hogy ezen larvált tuberculosi-s oly immiens veszélyt nem rejt magában, azon kell hogy legyünk, hogy ezen operatio még nagyobb tökélyre vitessék.

**Donogány.** Mutatott-e a tükörvizsgálat olyan tüneteket, melyekből a jelen esetben az adenoidok tuberculosisára lehetett volna következtetni?

**Baumgarten.** Eddigi vizsgálataim szerint az esetek 5-6%-ában találtam tuberculosusnak a vegetatiókat, de bacillusokat csak 30%-ban lehetett kimutatni. Sokszor a bacillusok csak a felületen tapadnak és a szövetben nincsenek. Csak azon eset igazán tuberculosi-s, a hol bacillus van és az állatkísérlet positiv. Osztom előadó nézetét, hogy ezen tények kitágítják az adenoidok eltávolításának indicaióit.

**Krepuska.** Megerősíti Baumgarten állítását, hogy bacillus jelenléte nélkül, csak az óriássejtekre támaszkodva, nem lehet tuberculosist diagnosztizálni. Tekintettel arra, hogy a vegetatiók felületén sok insulturnak van kitéve, itt is keletkezhettek, épp úgy, mint a fülben, óriássejtképződéssel járó folyamatok, melyek tuberculosissal nem állanak összefüggésben.

**Zwilling.** A vizsgált szövet s agittalis irányban lett felmetszve és a belső részek találtattak kórosnak.

**Az orr elsődleges adenocarcinomájának kórboneztani készítménye.**

**Polyák Lajos:** A beteg, kitől a készítmény származik, másfél évig állott bemutató észlelése alatt. Az elsődleges daganat a felső orrjáratból indult ki és tiszta papillaris adenomának mutatkozott görös alatt, azonban csakhamar változott a görösövi jelleg is és a rákos metaplasia kétségtelen jelei mutatkoztak. A későbbi lefolyásban a daganat egyik orrűrből áttört a másik oldalra, sőt az orbitába is, exophthalmust okozott, féloldali vaksággal és metastasisokkal a nyaki mirigyekben. A bonezolatnál rákos metastasisok találtattak a nyaki mirigyekben, a tüdőben, a bordákon, májban és lépben.

Magát a fődaganatot előadó a conservált koponyakészítményen demonstrálta, mely frontalis metszetek által öt részre van osztva. A daganat teljesen elfoglalja és usurálja a rostaesont helyét, felfelé domborít a koponyafüregbe, mely a crista galli mögött egy fellágyulás folytán keletkezett, 7 mm. széles nyíláson át communicál az orrüreggel. A daganat áttér az ikesont testére, betölti mindkét ikesontüreget, áttör a lamina papiraceán keresztül a bal orbitába és itt a szemgolyót teljesen dislocálja, ezenkívül teljesen usurálja és az ellenkező oldalra nyomja a papirvokonyyá vált és felpuhult orrsövényt, betör a bal Highmor-füregbe és mindkét homloküregbe. A jobb Highmor-füreg nyílása a reáfekvő daganat által teljesen e zárt, magában az üregben nagymennyiségű geny, a nyákhártya megfelelő elváltozásával.

**Hét hónapos foetus orrüregének kórboneztani készítménye.**

**Polyák Lajos:** A foetus egy orbánczban elhalt nő hullájában találtattott; a sagittalis metszeteken előadó a fejlődési stadiumnak megfelelő állapotát az orrüregnek demonstrálta. A melléküregek közül itt még egyedül csak a Highmor-barlang van kifejlődve.

## A párisi internationalis congressus sebészi szakosztályának ülései.

(Folytatás.)

Az augusztus 4-diki ülésen **Morestin** (Páris) a pofarákról 12 eset képesán szerzett tapasztalatairól számolt be.

**Severeanu** (Bukarest) a felső állcsont-resectio egy új módját mutatta be.

**Le Fort** (Lille) a felső állcsont töréseiről értekezett, melyek kísérleti előidézését is tanulmányozta.

**Cuneo és Veau** (Páris) a parabuccalis tumorokról értekeznek, melyeket vegyes (kötszöveti és mirigy) eredetűeknek tartanak.

**Morestin** (Páris) egy a parotidból kiinduló salivaris tumor műtétéről referál.

**Pénaire** (Páris) két betegről szól, kiken régi, 7, illetőleg 12 évvel előremert trauma után fellépett cerebralis tünetek miatt jó sikerrel trepanatiót végezt; egyik esetben agytályogot talált, a másikban egy löveget távolított el.

**Codiolla** (Bologna) egy craniotomot mutatott be, melylyel gyorsan lehet nagy kiterjedésű explorativ lékeket létrehozni a koponyán.

**Nanu** (Bukarest) egy temporaer craniectomia segélyével meggyógyított abscessus cerebriról referál.

**Krause** (Berlin) 24 Gasser-dűcz kiirtást végezt 30-62 éves betegeken. Két halálesete volt; ezek egyikében a seb már per primam meggyógyult volt, midőn a beteg az arteria coronariák scelorisá és szívűfűdés folytán meghalt, a másik esetben a halált collapsus idézte elő. A fájdalom minden esetben rögtön a műtét után megszűnt, recidivát, jöllehet már 7½ éve operált betegek is vannak, eddig nem észlelt.

**Chipault** (Páris) két betegnél végezt Gasser-dűcz kiirtást és pedig sikerrel; mindazonáltal helyettesíthetőnek véli a trigeminusnak teljes peripherikus resectioja által, melyhez a ganglion fusiforme resectioját is csatolja. Három esetében ért el így gyógyulást.

**Jonnesco** (Bukarest) 1896 óta 126 kétoldali totalis, subtotalis (a ganglion sup. és medium) és partialis (csak a ganglion fusiforme szorító) sympathikus kiirtást végezt, két esetben a ganglion thoracicum primumot is kiirtotta; a kétoldali műtétet egy ülésben hajtotta végre; a műtét absolute ártalmatlan. 97 esetben epilepsia miatt végezte az operatiót; az 1896-98-ban műtött 49 egyén közül 12-nél ért el már 2 év óta tartó gyógyulást, 4-nél javulást; 16 esetben Basedow-kór miatt hajtattott végre a műtét, az összes betegnekél gyógyulás vagy javulás következett be; 12 glaucoma esetében elért eredményei felbátorítók, 2 migrainnél a közvetlen eredmény jó, de az esetek sokkal frissebbek, semhogy végleges ítéletet mondhatna.

**Chipault** (Páris) 40-szer végezt sympathikus resectiot, és pedig 26 epilepsianál, ezek közül 3 meggyógyult, 2 Basedow-kórosnál, mindkét esetben sikerrel, 7 glaucománál (6 javulás) és 6 más esetben (migrain, 3 trigeminus neuralgia, torticollis spasmodica, angioneurosis faciei).

**Hernandez** (Mexico) az arteria anonymát sérülés miatt Faraboli szerint sikerrel leköttötte, az egyén meggyógyult.

**Chipault** 147 észlelt eset képesán a csigolyatörések therapiájáról értekezik; a csigolyatöréseket közvetlen, friss, régi és igen régi esetek szerint csoportosítja. Közvetlenül 24-48 órával a sérülés után 34 esetet kapott, 20-nál részben shock fenforgása, részben a csontbeli eltoldódás jelentéktelen volta miatt semmi művi beavatkozás nem történt, 2 esetben intra- és periduralis haematoma miatt laminectomiát végezt, 10 eset közül, melyekben nagy volt a dislocatio, 5 esetben reductiot, 5-ben laminectomiát végezt s a gerinczcsatornába promineáló csontdarabot resecálta, illetve az ivrészetet visszahelyezte s megerősítette, 2-szer csak a csigolyaívekre volt korlátozva a törés s laminectomiát hajtott végre. Friss, öt nap egész három hetes töréssel 57-szer állott szemben; 20 esetben, hol súlyos complicatiók voltak jelen, minden beavatkozástól tartózkodott, 10 esetben palliativ műtétet végezt decubitus, hólyag-complicatiók miatt. A többi 27 esetben a complicatiók esékélyebb jelentőségűek voltak; ezek közül 7 esetben, hol jelentékeny csontdeformatás volt, művi beavatkozott és 4-szer gypsosrettel, 3-szor az apophyseák ligaturája által érte el a reductiot. Közepes csonteltoldásnál 3 laminectomiát végezt a callus resectiojával sikerrel, 2-szer sikerült ezzel a fellépett trophikus zavarokat megállítani. Ezenkívül még 11 laminectomiát végezt gyöknyomási tünetek, spasmodikus paraplegia miatt. Régi 3-8 hónapos töréssel 6 beteget kezelt, ezek közül egy betegnél spasmodikus paraplegia miatt laminectomiát, 1-nél folyton növekvő kyphosis miatt ap physis ligaturát végezt. Igen régi volt a törés 43 esetben, ezek közül 17 esetben végezt laminectomiát; trophikus zavarok, gerinczagycompressio tünetei miatt 2 izben hypertrophikus callust, 1 izben egy meningealis fibrosacromát távolított el a laminectomia alkalmával, 1 betegnél pedig a heves gyöknyomási tünetek miatt a gyököt intraduralisan átvágta; 9 esetben complicatiók miatt palliativ műtétet (epicystotomia, arthrodesis stb.) végezt.

**Da Rotello** (Campobasso) két tág incisioval meggyógyított hideg tályogról referál.

**Joseph** (Berlin) a bal fülkagyló hypertrophiaja egy esetben ék-kimetszésekkel adta meg a concha rendes formáját, egyszersmind nyolcz teljesen ép, de formátlan orron végezt sikeres kosmetikus műtétről számol be.

Az augusztus 4-diki esti ülésen **Bergmann** tanár, majd **Maunoury** (Chartres) a röntgenezés szerepét a törések és ficamok tanában fejtegették; mindketten utalnak reá, hogy az X-sugarak mennyire kibővítették e bántalmak pathologiai anatómiáját, becses segéd-



eszközt nyújtanak, a diagnosistak bepillantást engednek a callusképződés mikéntjébe, a therapeutikus beavatkozásnak is hatalmas támaszai, mert előmozdítják a törvégek pontos coaptatioját, felvilágosítást nyújtanak a különféle készülékek s eljárások értékéről s a netáni operatív beavatkozás indicatiojának helyes felállítását megkönnyítik.

*Tuffier* (Páris) a fracturák reductioját több mint 200 esetben Röntgen-sugarak segítségével ellenőrizte; azon conclusiora jut, hogy a legtöbb eljárás és apparatus csak tökéletlenül coaptálja a törvégeket, de a jó functioira nem annyira a pontos coaptatio, mint a törvégeknek helyes irányban való fixatioja fontos.

*Levechin* (Moszkva), *Destot* (Lyon), *Loison* (Páris) casuistikus észrevételekkel járultak e megbeszéléshez.

*Lucas Champonnière* (Páris) a csonttöréseket korai mozgattal és massage-zsal kezeli; a teljes immobilizálás kevésbé kedvező a csont reparálására, mint a mozgattal bizonyos mértéke. Bizonyos töréseket minden immobilizálás nélkül tisztán mozgattal és massage-zsal kezel, így a felkar alsó és felső partiejának, a könyöknek töréseit, a radius epiphysis fracturákat, ha a kéztő nem csúszik igen hátra, a clavicula, scapula, fibula töréseit, továbbá a bimalleolaris töréseket, a femur és tibia térdizületi töréseit, ha nincs hajlam deviatioira; néha más töréseket is, például a humerus középső harmadát, alszártöréseket, hol nincs dislocatio, bizonyos előkörtöréseket, de csak kivételesen Gyermeknek a massage nem is szükséges, a puszta mozgattal is elegendő.

*Thierry* (Páris) a hosszú csontok töréseinél eltolódás eseteiben a csontvarratot ajánlja, mint a legideálisabb coaptatiót előidéző s ártatlan eljárást.

*Ollier* (Lyon) a subperiostalis resectiók után keletkezett csontos reorganisatiót Röntgen-sugarakkal is tanulmányozta s erről tart előadást.

*Mendirabal* (Mexico) a claviculatörések immobilisatiojára szolgáló Perez-féle készüléket mutatja be.

Az augusztus 6-diki ülés *Gluck* (Berlin) előadásával kezdődött, ki egy új phonetikus készüléket mutatott be, melylyel larynxextirpation után a betegek hangosan és érthetően tudtak beszélni, pedig olyan is volt köztük, kiknél a larynxon kívül az egész nyelv és epiglottis s a szájpapnak egy része el volt távolítva.

*Mignon és Sieur* (Páris) a varicocele következtében kifejezett periepididymitisről értekeztek, mely bizonyos stadiumában epididymitis the-val is összetéveszthető. A bántalom a mellékhere farkán fejlődik ki s okozója a kis venáknak varicosus kitágulása. Kezelésül suspensorium viselése, voluminosus varicocele esetében ennek sebész kezelése szolgál.

*Maclaure* (Páris) 18 esetben végezte gümös epididymitis és orchitis miatt a funiculus spermaticusnak in toto leköttetését és átvágását. Olyan esetekben, hol a the. még nem fistulosus s nem genyedt, sima gyógyulás következett be, a beteg here és mellékhere elsovadt. Nehány esetben egy fistula állott elő, mely néhány hó alatt meggyógyult. Az esetek egy harmadában genyedés lépett fel, mely fistulákat képez, melyek utólagos sebész beavatkozást igényelnek.

*Carlier* (Lille) ama tapasztalatáról számol be, hogy a funiculus spermaticus teljes átmetszése a here gangraenáját csak fiatal egyéneknek vonja maga után, öregebbeknél nem. Ezeknél még az atrophia is csak jelentéktelen mérvben következik be.

*Nanu* (Bukarest) egy ritka kórképet észlelt: a funiculus spermaticus torsioját; esetében castratiót végzett, mely megerősítette a diagnosist.

*Frank* (Chicago) kutyán kísérleteket tett az iránt, mint viselkednek a vesék az uretereknek, illetve a hólyagnak a bélbe bevarrása után. Amaz eredményre jutott, hogy az ureterek bevarrása esetén a vesék mindig szenvednek ascendens infectiót, míg a hólyag bevarrása után a végbélbe soha; a kutyák egy hétére a műtét után már egészen jól érezték magukat. Szerző ama véleményben van, hogy e kísérletek alapján a hólyag bevarrása a végbélbe nemcsak ectopia vesicae eseteiben ajánlható eljárás, hanem pótló műtét lehet ott is, hol a vizelet rendes kiürítése céljából epicystotomiát vagy urethrostomia perinealist kellene végezni.

*Delagénière* (Le Mans) egy Trendelenburg-műtétet meggyógyított ekstrophia vesicae esetet mutat be.

*Girard* (Bern) 8 év óta a Bassini-műtét egy módosítását használja inguinalis herniák elzárására, mely különösen nagy herniáknak elzárására alkalmas; az aponeurosis descendens 4 cm.-rel a Poupart-szalag felett metszi be s a herniaszák extirpationa s csontjának visszaszütyesztése után Bassini-varratokkal a belső ferde és haránt hasizmokat a Poupart-szalaghoz varrja, most az aponeurosis descendens két sebszélét egymás felett eltoltja, úgy hogy a felső sebszél a Poupart-szalaghoz, az alsó sebszél pedig magához a bonyéhoz erősítetik. 543 esetet operált így, csak 8 recidivája volt, ezek közül 4 a seb genyedése következtében fejlődött ki.

*Phelps* (New-York) 216 herniát műtött 8 év óta, ezek közt 16 genyedés, 46 recidiva. A sérvtömlőt nem köti le, hanem bevarrja, a varrathoz ezüstfonalat használ, a canalis inguinalist teljesen elzárja, a funiculust a bőr alatt vezeti.

*Schwartz* (Páris) 1893 óta az inguinalis és cruralis herniát myoplastikus úton zárja el; előbbinél a rectus abdominisből, utóbbinál az adductor mediusból vett izomlebenynyel zárja el; ez eljárást azonban csak ott alkalmazza, hol az aponeurosisok és izomelemek gyöngék; 500 herniás betege közül 63-nál alkalmazta ez eljárást. Ezek közül 15 inguinalis és 3 cruralis hernia miatt operált beteg állapotáról tud beszámolni, kiknél egy-egy lágyék- és csomósérves beteg kivételével a gyógyulás néhány évi észlelés alatt fennáll.

*Morestin* (Páris) a flexura sigmoideát tartalmazó sérvek operatív kezeléséről beszél; a sérvmetszésen kívül a m. rectus külső szélén vagy

a csipőtaréj mellett vezetett netszéssel is behatol a hasűrbe s a mesocolont fixálja; a hasseb elzárása után a sérvkaput zárja el.

*Biondi* (Siena) a nephrorrhaphia egy új módját mutatja be, melyet 13 esetben sikerrel alkalmazott; a műtét abban áll, hogy felkeresi a vesét s visszadugva helyére, a sebüreget oly módon tamponálja, hogy a bevezetett gaze a vese előtt van; a gazet 8 nap múlva eltávolítja s a vese ekkor már helyére odanőtt; 20 nap alatt a gyógyulás teljes.

*Jonnesco* (Bukarest) egy új kampót mutat be, mely az összes hasi műtéteknél alkalmas s egy segédet nélkülözhetővé tesz.

*Lang* (Bécs) 9 beteget mutat be, kiknél lupus extirpation után a defectust olasz módszer szerint fedte be. Az ezt követő vitában *Meyer* a lupusnak folyékony levegővel való gyógyításáról szól; néhány esetben sikert ért el.

Az augusztus 7-diki ülésen *Comte* (Philadelphia) az interscapulothoracicus amputatióról, *Piequé* (Páris) az elmebajosoknál való chirurgikus beavatkozásokról beszélt.

*Menciére* (Rheims) egy derékszögben rögzített csípőankylosisnál 43 cm. rövidüléssel ferde osteotomia subtrochantericát végzett; gyógyulás után a rövidülés 5 cm. volt csupán.

*Vulpus* (Heidelberg) 160 intransplantatiót végzett; az indicatiót főleg a paralysis infantilis adta; partialis paralysisnál jut főleg szerepe, míg totalis paralysisnál az arthrodesis jön szóba. Az operatio sikerei jók, a mennyiben az izületek állása megjavul s activ motilitása is megjön. Spasmodikus paralysisnál a spasmus is elmúlik. A sikerben az utókezelésnek is nagy része van. Főleg az alszár legalkalmasabb terrenum az intransplantatio, a czomb legkevésbé.

*Chipault* (Páris) a trophikus zavaroknak az odavonuló idegek megnyújtásával való gyógyíthatóságát állítja; kapcsolatban e műtéttel a dystrophias terület megtisztítását, ha például ulcerosus, megkaparását, szélei levágását, ha lehet összevarrását ajánlja.

*Pénaire* (Páris) hozzájárul *Chipault* véleményéhez; két malum perforans pedisnél a nervus plantarisok megnyújtásával immár 3 év óta tartó gyógyulást ért el.

*Lucas Champonnière* (Páris) dongaláb súlyos formáinál a tarsus összes csontjait a calcaneus kivételével teljesen eltávolítja; a sarokesont mellő harmadát s az ötödik metatarsus hátsó részletét is sokszor veleviszi; a bemetszés a lábhat külső oldalán közvetlenül az extensor digitorum lateralis oldalán történik. A sebet bevarrja, drainezi s egyszerű kötésbe teszi; 4-dik nap a draint eltávolítja s a lábat enyhén mozgattatni kezdi. 31 esetet operált így sikerrel; a láb egy kissé megrövidült, de járásra igen alkalmas.

*Ziembicki* (Lemberg) egy 34 éves embernél operált kétoldali dongalábat; mivel az ékalakú tarsectomia nem vezetett sikerre, a scaphoideumot és cuboideumot kiirtotta, Phelps-műtétet végzett, a tibialis anticus és posticus inát, továbbá az Achilles-inat átmetszette, a talust és calcaneust ressectálta; a sebet nyitva kezelte; a gyógyulás gyorsan ment s az egyén jól tud járni.

*Bloch* (Páris) a tarsoptosis és tarsalgia közti különbséget fejtegeti. *Morestin* (Páris) két jóindulatú psoriasis-esetről referál.

*Keen* (Philadelphia) egy 52 éves embernél aneurysma miatt leköttötte az aorta abdominalist; a beteg műtét után 48 napig élt; a leköttetés a veseiterek felett történt, az arteria coeliaca nem biztos, vajjon alatta vagy felette volt-e a leköttött helynek; a keringés a femoralisokban és veseiterekben hamar helyreállott, a halál oka elvérzés volt, a mennyiben a fonal átvágott az edény falain.

Ez a 13-dik aortaleköttetés; 10 beteg a műtétet követő első két nap alatt halt meg; Monteiro betege 10, Tillauxé 39 napig, Keené 48 napig élt.

*Trunczek* (Prága) a fistulosus tuberculosus osteoarthritiseket egy natriumsulfat, carbonat, chlorid és phosphat, továbbá kalium-sulfat vizes oldatából álló folyadékknak a fistulákba való fecskendése által gyógyítja; a fistulák kifeeszkendése után 10%-os jodoform-aethert injiciál az izületbe; műtét után az izület fájdalmas lesz, megduzzad, de később hegesedés lép fel a tuberculosus göcsokban; az eljárást 4-10 hét múlva megismétli. E művelettel a könyök és láb oly tuberculosus elváltozásait is meg birta gyógyítani, melyek miatt már amputatio lön tervbe véve.

*Nanu* (Bukarest) a medencecsontok myxosarcomája miatt amputatio inter-ileo-abdominalist végzett; a beteget operatio után 7 napig észlelte, addig a gyógyulás normalisan haladt. Ez a 9-dik ilyen műtét az irodalomban.

*De Fabbro* (Conegliano) a carotis internát aneurysma miatt leköttötte.

(Folytatása következik.)

## Szegedi orvos-egyesület.

(XVIII. szakülés 1900. október 12-dikén.)

Elnök: Faragó Ödön; jegyző: Falta Marczel.

1. *Regdon Károly*: „Sérvekről és sérvműtéteimről” czímen bevezetőleg említi a nagy nehézségeket, melyek között néha a magángyakorlatba n műtetni kell. Az egészségtelen lakásban és tisztátalan környezetben a sikeres műtétet csak a legnagyobb fáradtsággal létesíthető sebész tisztaság teszi lehetővé. A sebész tisztaság tekintetében javultak a viszonyok az által is, hogy a magyar gyógyszerkönyv 1896-diki függeléke — előadónak



a belügyminisztériumhoz magánúton beadott kérelme folytán — meghatározta az érinthetetlen steril kötszerek különböző mennyiségeinek nagyságát.

A sérveket a nép Szegeden „sérves“ vagy „sérülés“ név alatt ismeri, mely utóbbi elnevezés a sérvek traumatikus eredetére akar utalni. Más népies kifejezés: „a haskérgek ki van szakadva“.

A szegedi munkásnép, kivált a külföldön is jól ismert talicskásaink és kubikosaink között sok a sérves. Feltűnt előadónak, hogy a szegedi kir. ker. börtönbe és törvényszéki fogházakba évenként beszállított átlag másfél ezer egyén közül, kiket beszállításuk napján tetőtől talpig meg szokott vizsgálni, mily sok a sérves. A csongrád- és eszénymegyei illetőségű törvényszéki foglyok közül az 1890-től 1900-ig terjedő 10 év alatt átlag egy sérves esett 20 egyénre, a magyar korona országai egész területéről beszállított raboknál pedig a tíz évi átlagos arányszám 1:32,5.

Wernher szerint Franciaországban a sérvesek és nem sérvesek közti viszonyszám 1:42, így az 1:32,5, de még inkább az 1:20 viszonyszám a magyar és főképp az alföldi nép nagyobb testi megerőltetésével járó életmódjára mutat.

A sok sérves közt keveset talált, ki sérvkötőt viselt. Ezzel szemben valóságos ideális sorsban részesülnek a szegedi börtön rabjai, mert 1. az általános vizsgálat olyanok sérvét is felfedezi, kik annak létezéséről vagy mivoltáról tudomással nem bírtak, 2. a sérvesek az álló és nehéz munka alól felmentetnek és erről szóló bizonyítványukat állandóan maguknál hordják, 3. ha szegények, az államköltségen beszerzett sérvkötővel láttatnak el letartóztatásuk időtartama.

Ezen rendezett viszonyokból magyarázza előadó azon feltűnő tényt, hogy a 10 év alatt az említett börtönben és fogházban megfordult 521 sérv közül csak egy szenvedett kizáródást.

Gyakorlatából felemlít oly esetet, hol kizárt sérvhez hivatott, már nem is mint első, hanem mint második orvos s a hol a 4—5 napos kizáródás mégis műtét nélkül megoldódott. Volt 6 napos czomb- és köldöksérvkizáródás is, melyeken a műtétet sikerrel végezte. Érdekes volt azon esete, mely egy cirrhosis hepatitis és insuff. valv. aortae miatt 50-szer csapolt hasvízkóros betegére vonatkozik. E betegnél a fejlődött köldöksérv papírníra elvékonyodott bőre már-már átkopással fenyegett. A köldökön át 8—10-szer megejtett hascsapolás a képződött hegesedések által úgy megerősítette a köldököt, hogy az jelenleg a has maximalis teltsége mellett is a has többi részeivel egy felszínt mutat. Operált esetei közül két jól táplált köldöksérvesnél annyi cseplesz-zsira-dék volt a belekkel együtt kizáródva, hogy abból mintegy fél kgm.-nyi tömegnek eltávolítása vált szükségessé, a mit előadó tompa úton, ujjai-val kitépés útján végeztet s e mellett semmi vérzés nem mutatkozott, a gyógylefolyás pedig zavartalan volt.

Hozzászólottak:

**Berger Mór:** Teljes kizáródás után 24—28 óra múlva gangraena lép fel. A reponálás után, ha hányás még van jelen, ezt az előzetes inflammatio okozhatta. Egy esetében a cseplesz mellett kétökölnyi sarcoma volt, mely lekötés után eltávolított, az eset gyógyult.

**Machold Miksa:** Kérde, hogy a 6 nap óta beékelt sérv mily tüneteket mutatott?

**Kőhgyi Lajos:** Sérvműtétnek a local anaesthesiát előbe helyezi az általános narcosisnak, mivel ennél a hányás alig elkerülhető.

**Vas Ignác:** Egy esetében a sérvet a 3-dik nap reponálhatta. Nem pártolja a Schleich-eljárást. Egy laparotomiánál utólag narcotizálni kellett.

**Reiniger Hermann:** Mióta a bábaképezdében van, 15 laparotomiát végeztek. Ezek közül 13-at Schleich-hal. Legutóbb egy 20 liter folyadékot tartalmazó cystát műtettek Schleich mellett.

**Regdon Károly:** 3—4 napos sérvek a kizáródás után még visszahelyezhetők, a 6 nap óta beékelt sérvnél a legsúlyosabb elváltozások mellett bélsárhányás is volt jelen.

(XIX. szakülés 1900. november 14-dikén.)

Elnök: **Faragó Ödön**; jegyző: **Falta Marczel**.

1. **Müller Vilmos** (mint vendég): Kivonatossan bemutatja a Szeged város tanácsához benyújtandó memorandumát egy *tüdővész-sanatorium létesítése ügyében*. Statistikai adatokkal bizonyítja, hogy Szegeden feltétlenül szükséges egy ily sanatorium felállítása. Beszámol rövidesen az allandi tüdővész-sanatoriumban tett tapasztalatairól.

Hozzászólottak:

**Regdon Károly:** A sanatorium létesítése mellett van és a Szeged-hez tartozó Szatymazt ajánlja a felállítás helyéül. Indítványt fog tenni, hogy az orvosgyesület a sanatorium létesítését minden eszközzel elősegítse. Első sorban a város portmentesítését kellene keresztülvinni.

**Faragó Ödön:** Minden eszmét, bárhonnan jó és a közegészség javára szolgál, pártol. De Szegeden egy tüdővész-sanatorium létesítését nem pártolhatja, mert itt sok a szél és por.

**Rusz Gusztáv:** Szintén ellene van a sanatorium létesítésének Szegeden.

**Dukesz Márton:** Nem sanatorium, hanem menhely kell a tüdővész-eseteknek.

**Müller Vilmos:** Czáfolja az ellenvetéseket és hivatkozik Altstüdtter dr. 1859-diki munkájára, melyben Szegedet Velenczével hasonlítja össze.

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Idült, 3½ éves bélinvaginatio esetéből származó kórboneztani készítményt mutatott be *Schmilinsky* az „Ärztlicher Verein in Hamburg“ október 16-diki ülésén. A rendkívül elgyengült, 48 éves nőbeteg 1896. október hava óta eleinte több hetes időközökben, később hetenként többször is jelentkező, néhány perczig — 7 óra hosszat tartó, rendkívül fájdalmas hasgörcsökben szenvedett, melyek többnyire hányással és nyákos, két ízben véres székeléssel jártak. A fájdalom tetőpontján jól tapintható keményedés keletkezett a köldöktől jobbra. A vizsgálatkor, eltekintve a nem nagyfokú, a hasfalakon keresztül látható vékonybél-peristaltikától, egy a coecum és a colon ascendens tájékát elfoglaló, 18 cm. hosszú, 6 cm. széles, nyomásra érzékeny daganatot találtak, a mely inkább kemény tapintatú, kifejezetten vesealakú és a tapintó kéz alatt, valamint mesterséges bélfelfúvaskor mulóan megmerevedett és megkeményedett, tehát az invaginatio daganatok jellegző tüneteivel bírt. A daganat helyének megfelelően az ileum invaginatioját a colonba vették fel, a mit a laparotomia megerősített. A másodlagos peritonealis elváltozások által összenőtt ileum és coecum szétválasztásánál egy helyen hirtelen áttörés állott be és bűzös geny ürült főleg a kis medenczébe; másrészt a repositio kísérlete sem sikerült. Ilyen kedvezőtlen körülmények között az ileumot és a colon intussusciensit kifelé helyezték és a peritoneum parietaleval a rectus szélénél egyesítették. Másnap a beteg purulens peritonitisben elhalt. A boncoláskor nyert készítmény szépen mutatja az ileum betüremkedését a coecumba és a colon ascendensbe. A be- és kilépő béleső serosái egymással többé-kevésbbé összenőttek. A mesenterium vöngölése és compressioja okozta vérkeringési zavar három módon mutatkozott: 1. Maga a mesenterium vízenyősen duzzadt és megvastagodott. 2. Az intussusceptum csúcsán a nyákhártya diónyi duzzanatú dagadt meg, a mely az intussusciens lumenébe szabadon emelkedett elő és felületén már necrotikus volt. 3. A betüremkedés hege alatt 3—4 cm.-nyire az elvezető cső fala nagyobb területen necrotikusan elpusztult, úgy hogy az invaginált bél belső szára szabadon fekszik. Minthogy a coecum és a feregnyújtvány nincsenek invaginálva, nem az aránylag elég gyakori invaginatio ileocecalis, hanem a ritkaság-számba menő invaginatio ileocolica vagy iliaca-ileocolica esete forog fenn. Legérdekesebb különben ezen esetben a betegség hosszú, 3½ éves tartama.

## PÁLYÁZATOK.

9769/1900. szám.

A felsőpulyai szolgabírói járásban üresedésben levő **felsőpulyai és derecskei körorvosi állásokra** pályázatot hirdetek. A felsőpulyai körhöz Felső-Pulya székhellyel 9, a derecskei körhöz Derecske székhellyel 15 község tartozik.

A felsőpulyai körorvos javadalmazása a vármegye pénztárából utólagos negyedévi részletekben fizetendő 600 korona évi fizetés és 167 kor. 04 fillér úti átalányból, a derecskei 600 kor. évi fizetés és 292 kor. 32 fillér úti átalányból áll.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a szerint minősítésüket és életkorukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket folyó évi december hó 28-dikáig hozzám beadják, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választás hatánapjának kitűzése iránt utólag fog intézkedés tétetni.

Felső-Pulya, 1900. december 8-dikán.

3—2

Főszolgabíró h.: **Pokorny János**, szolgabíró.

13.765/1900. kig. sz.

Szilágy vármegye Szilágy-Csehi járásban **Hadad** székhellyel rendszerezett közegészségügyi **körorvosi állomásra** ezzel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás:

1. Törzsfizetés 1200 korona.
2. Fuvarátalány 600 korona.
3. Lakbér 200 korona.

Valamint az 566/1877. évi szabályrendeletbe megállapított látogatási díj.

Felhívom a pályázók, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában meghatározott okmányokkal felszerelt folyamodványukat alólírtakhoz 1901. évi január hó 10-dikéig adják be.

Szilágy-Csehi, 1900. évi december hó 10-dikén.

2—1

**Z. Kiss László**, főszolgabíró.

6506/1900. csn. szám.

A városi közkórháznál rendszeresített és főispáni kinevezés útján három évi időtartamra betöltendő **két ideiglenes segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állások mindegyikének javadalmazása 1000 korona évi fizetés, a kórházban kötelező lakás, ennek fűtése és világítása.

Felhívom ennél fogva mindazon nőilen orvosstudorokat, kik a jelzett állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy minősítésüket és netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Szeged szab. kir. város főispáni hivatalához (városi székhely) folyó évi december hó 27-dik napjának délutáni 5 óráig nyújtsák be.

Szeged, 1900. évi december hó 12-dikén.

2—1

**Pálffy F.**, polgármester.



# SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

**TARTALOM.** Scholtz Kornél dr.: Expulsiv vérzések a szemteke belsejéből. — Vermes Lajos dr.: A dionin a szemészetben. — Fajér Gyula dr.: Közlemény a székes-fővárosi szent Margit-kórházról. Myxo-sarcoma retrobulbare operált esete. — Közlések a szent Rókus-kórház szemészeti osztályáról. Kaldrovits Andor dr.: I. Gonorrhoeás endogen fertőzés esetei. — Davidovits Jenő dr.: II. Ophthalmoplegia externa oculi utriusque. — A XIII. nemzetközi orvosi congressus szemészeti osztályának tárgyalásából. — Összefoglaló irodalom szemle: Wick K.: A vakág és rossz látás simulálása. — Vegyesek.

## Expulsiv vérzések a szemteke belsejéből.

Irta Scholtz Kornél dr., szemklinikai tanársegéd.

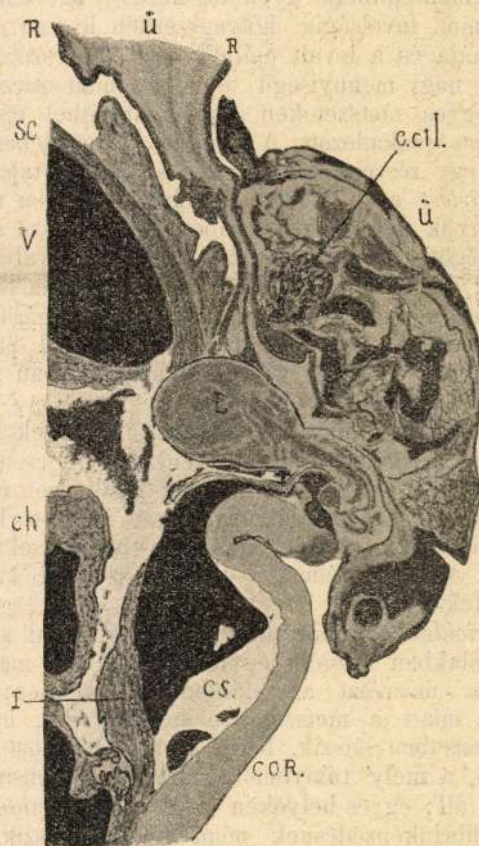
Gyakori dolog, hogy különböző műtéteknél a szemteke megnyitásakor vagy kevéssel utóbb kisebb-nagyobb vérzések támadnak a szem háterében, a retinán vagy chorioideán. Különösen ritka esetekben megtörténik, hogy ezen vérzés oly tömeges, hogy a megrepedt edényekből kitóduló vér az előtte levő szöveteket, lencsét, üvegtestet, retinát, néha az uveát a seben keresztül kihajtja, kiszorítja. A vérzések néha közvetlenül a műtét végzése után jelentkeznek, ritkábban még műtét közben; gyakran órákkal, sőt napokkal a műtét végzése után. A beteg szemében óriási fájdalmakat érez, sokszor hányás fogja elő; az orvos a kötés leszedésekor a szemrésben vért, a tátongó sebben véres üvegtestet és előesett szövetrészeket talál. Az ily módon megvakult szemek néha az előesett szövetrészek lemettszése után sorvadt állapotban megmaradnak, többnyire azonban vagy a nem szűnő fájdalmak, vagy a vérzések ismétlődése miatt eltávolítatnak. Eltekintve a szem állapotában rejlő dispositiótól, sokan különböző külső behatásokból iparkodnak ezen szerencsétlen és többnyire előre nem látható complicatiót megmagyarázni; így némelyek az üvegtest előesését, a mely a műtét közben támadó vérzésnek legelső jele, nem a vérzés következményének, hanem okának tartják; mások a beteg nyugtalan viselkedését, a kedélyi izgatottsággal járó vérnyomás-emelkedést okolják. A műtét után hosszabb idővel beálló vérzések magyarázatát pedig a szem megnyomásában, köhögéssel, hányással járó erőlködésben keresik. A hányás különben oly gyakran említetik az idevágó körleírásokban, hogy ezt is inkább a fájdalmakból származó reflextünetnek, mintsem a vérzés előidéző okának kell tartanunk (Fage).

Ezen végzetes bajt leggyakrabban öregkori hályogműtétek mellett észlelték, még pedig a legkülönbözőbb műtéti eljárásoknál. Több esetet találunk, a melyeknél egy egyének mindkét szeme ily módon pusztult el; máskor az egyik szemén végzett jó eredményű műtét után hónapokkal vagy évekkel megoperált másik szem romlott meg ily vérzés miatt; sőt, a mi a legsajátságosabb, többször megesett, hogy az először operált szem vérzés miatt tönkrement és a később operált rendes módon gyógyult meg. Csaknem valamennyi idetartozó esetben közönséges nem complicált öregkori hályogról van szó. Jóval ritkábban fordulnak elő ezen pusztító vérzések iridektomiák és egyéb kisebb műtétek után, többnyire glaucomás szemeken, eléggé gyakran staphyloma-lemettszése után, végül előfordulnak a szemteke spontan megnyitásakor corneafekélyek áttörése után, ugyancsak rendszerint glaucomás szemeken. Ezen utóbbi fajtának eddig legérdekesebb esetét Blaskovics<sup>1</sup> dolgozta fel az egyetemi szemklinikán. Az alábbiakban két oly esetről számolok be, a melyeknél glaucomaellenes iriskémszés után indult meg a vérzés.

I. eset.

G. J. 63 éves napszámos bal szemén egy év óta többször kiújuló gyulladások vannak, melyek látását megrontották; öt hét óta szeme folytonosan fáj, látása egészen elveszett.

Jobb szeme ép. A bal szemén közepes kötőhártyai és ciliaris belöveltség, a cornea szürkült felszínű, borús. A csarnok középmély, a csarnokvíz kevéssé zavaros; az iris fakó színű, sorvadt, rajzolata elmosódott, széle több helyen lenőtt a lencsetokra; a pupilla szűk, zegzugos, területében szürke izzadmányhártya. A szem magától és érintésre is fájdalmas, feszülése  $t + 3$ . Fényérzés nincs. Felvétele utáni napon szabályos iridektomia végeztetik felfelé, lándzsával készült seben keresztül. A műtét utáni napon a csarnok helyreállott, vérral telt; a negyedik nap éjjelén a beteg nagy fájdalmakra ébredt, a melyek reggelig tartottak. Reggel a kötés véres, a szemrésben megalvadt vér; a seb erősen tátong, belőle egy barnásvörös



1. ábra. R. = retina, Ü. = üvegtest, Sc. = sclera, C. cil. = corpus ciliare, Ch. = chorioidea, I. = iris, Cor. = cornea, L. = lencse, V. = vér, Cs. = csarnok.

véres tömeg lóg ki, a melyekben üvegtestet és uvearészeket lehet felismerni. Két nappal utóbb enucleatiót végeztünk nar-kosisban; az előesett részek helyzetükben megmaradtak. Rendes gyógyulás.

A Müller-féle folyadékkal és alkohollal kezelt, celloidinbe ágyazott szemet sagittalis, tehát a seb hosszára merőleges irányban metszettük fel.

A makroszkopos elváltozások a következők: A seb körülbelül  $3\frac{1}{2}$  mm.-nyire tátong az által, hogy a cornea lefelé visszacsapódott; a tátongó seb közepébe a lencse, a sebzúgoknál pedig retina és uvearészek ékelődtek be. Az előesett szövetrészek függélyes irányban 14—15 mm., vízszintes irány-

<sup>1</sup> Orv. Hetilap. Szemészet 1896. 13. I.



ban 18—20 mm., sagittális irányban 6—7 mm. átmérőjű, a szélek felé elvékonyodó lebenyszerű tömeget alkotnak; ezen tömeg legnagyobb része vér és vérrel elegyes üvegtest; benne foglaltatik azonkívül a retinának egy jelentékeny része, a sugártestnek a sebnak megfelelő egész felső felerésze és a chorioideának kis peripheriás darabja. Mindezen képletek a különböző metszet sorozatokban természetesen más-más elrendeződésben vannak. Az elülső csarnokot jó részben vér tölti ki. (1. ábra.)

Az uvea teljesen levált a scleráról, csak a látóidegfőnél és az iris gyökének alsó részénél függ vele össze. A chorioidea mögött tiszta vér, előtte retinárészletek, véres üvegtest és vér látható; a retina a látóideggel összefüggésben maradt.

**Górcsővi lelet:** a seb külső széle a sclerában, a belső a corneában fekszik. A visszacsapódott sebszél felszínes rétegei között sok, a Descemethártya fölötti rétegek között kevés vér van; egyébként a corneán a visszacsapódástól származó ránczolódnak kivéve más kóros elváltozás nem látszik. A csarnok a cornea erősebb görbülete miatt mélyebb a rendesnél, összeálló vértömeget tartalmaz, mely a seben kívül levő vérbe folytatódik.

Az iris gyöke hosszú darabon odanőtt a sclerához, illetve corneához, úgy hogy a csarnokzúg teljesen elzáródott; az iris szövetében nagyszámú egyenletesen elszórt leukocytá van s úgy a stromában, mint az iris mindkét felszínén számos kisebb friss és régibb vérömleny. Legfeltűnőbb elváltozás az irisen az, hogy pigmentepithelje gyökétől kezdve egészen a pupillaszéltől  $1\frac{1}{2}$  mm. távolságig hólyagszerűen le van róla válva; az iris stromája és a levált epithel közti teret szétesésben levő vérsejtek és nagy mennyiségű igen finoman recézett fibrin töltik ki; egyes metszeteken a pigmentepithel egészen megvan, másokon szakadozott. A pupillaszél közelében levő pigmentepithel egy része a kilökött lencse tokján tapad.

A sugártest azon része, a mely a szemben megmaradt, csak az irisgyök mögött kis darabon függ össze a sclerával, azontúl a mögötte levő vértömegek az érhártyával együtt előre kunkorítják; ezen helyzetváltozás miatt a Brücke-féle izom rostjai széjjel vannak feszítve. Az egész sugártestben igen kifejezett gömbsejtes beszűrődés van, azonkívül pedig a körkörös izomrostok közt és a sugárnyúlványokban nagyszámú, elszórt, kisebb-nagyobb vérömleny.

Úgy az iris, mint a sugártest ütereinek falai jelentékenyen megvastagodottak, helyenként teljesen homogen, eosinnal festődő szöveté alakultak; a falak ezen megvastagodása, különösen a sugárnyúlványokban, számos kisebb üter teljes elzáródására vezetett. Hasonló elváltozásokat látunk a sugártestnek azon részében, a mely a szemből kilökött szövetek közt fekszik.

A chorioidea az inhártyáról mindenütt levált s a látóidegfőtől tölcseralakban húzódik egyrészt a helyén maradt sugártest részhez, másrészt az előesett szövetekhez; sokszoros ránczolódnak miatt a metszeteken hol kereszt-, hol rézsutos vagy lapmetszetben látszik. Közte és a sclera közt levő üreget vér tölti ki, a mely túlnyomólag friss, jól conservált vörös vérsejtekből áll; egyes helyeken a vérsejtek szétesésben levők, helyenként fibrinképződésnek némi nyoma látszik. A supra-chorioidea kisebb része a sclerával, nagyobb része az érhártyával maradt összefüggésben s a lemezei közé ömlött vér által úgyszólván széjjel van tépve. Az érhártya szöveve kevés rész kivételével *vérrrel át van ivódva*, annyira, hogy a stroma vértartalma miatt helyenként a rendesnél 5—6-szorta vastagabb; a vérnek legnagyobb része a nagy edények rétegében van; ezen chorioidealis vérzések összefüggésben vannak az érhártya mögötti vértömegekkel, néhol a choriocapillarisból vagy a kis edényekből kikerült vérömleny a pigmentepithelt hólyagalakban leemeli, sőt egyes helyeken a pigmentepithelt át van szakítva és a vér a retina alá ömlött.

A pigmentepithel mindenütt zilált, rendetlen, sokhelyütt széjjelszaggatott. A lamina vitrea az érhártya elülső részén megvastagodott, néhol bunkósan. A hajszáledények egy része igen erősen tágult, sok megrepedt; más helyeken ürterüket egymemu tömegek zárják el. Az ütereken az elváltozások két

főalakját észlelhetjük: 1. az intima burjánzását, a mely az üter ürterének egyenetlen és sok helyen igen nagymértékű megszűkülését okozza; 2. az üterfalnak homogen, hyalinszerű szöveté való átalakulását; ezen utóbbi elváltozás különösen az érhártya elülső részeiben látható s ott is, mint a sugártestben és irisben több kis üternek teljes elzáródását okozta. Az érhártya összes viszeri rendkívül tágak, falaik öblösen egyenetlenül kidomborodók; a hátsó részeken egyes vénák fala erősen megvastagodott, homogen kinézésű; egyes viszeri ürterét vér helyett rendkívül finom recézű fibrin tölti ki. Az egész chorioideában elszórtan számos megrepedt véredényt látni, a melyek falai annyira elfajultak és elrongyoltak, hogy nem mindig állapíthatjuk meg, üterek vagy viszeri voltak-e; úgylátszik mégis, a megrepedt edények nagy része vena.

A retina az érhártyáról egészen levált, előtte és mögötte nagy vértömegek vannak. Szöveve erősen degenerált, igen rosszul festődik, az egyes rétegek állapota a bennök levő sok vérzés miatt pontosan meg nem ítéhető. A retina edényei még sokkal nagyobb fokú kóros elváltozásokban szenvednek, mint a chorioidea edényei. A hyalin elfajulás és az obliteráló endoarteritis itt oly nagy mértékűek, hogy egyes nagy üterek a papilla közelében is teljesen elzáródottak. Hasonló képet nyújtanak a retina előesett, peripheriás részei is.

A látóideg rostjai teljesen elsorvadtak, Weigert-féle eljárással nem festhetők; az arteria centralis retinae-ben mérsékelt fokú endoarteritis.

Az üvegtestnek úgy a szemben levő, mint előesett részeiben sok vér, különböző alakú, durvább és finomabb recézű fibrinalvadékok foglaltatnak, csak az előesett retinán tapadó kevés üvegtest mentes vértől.

A lencse főtömege a tátongó sebbe illeszkedett be úgy, hogy elülső felszíne aláfelé, a hátsó felfelé tekint. Tokja megrepedt, a tok egy része üres zacskó alakjában a kibukott lencse alatt összegyűrve a sebben fekszik; a repedésen keresztül a lágy kéregrostok szálak és gomolyos tömegekben kiömlöttek a többi előesett képletek közé, míg a lencsemag a tokon belül maradt (1. ábra.) A lencsetokon nagymennyiségű irispigment tapad.

## II. eset.

K. P. 65 éves napszámos látása mindkét szemén egy éve romlott meg.

A jobb szem halvány, a cornea és iris épek, a csarnok sekély, a pupilla középtág, a törő közegek tiszták, a látóidegfő és sárga folt környékén több nagyobb régibb és frissebb retina-vérzés. A látóidegfő halvány. Látás:  $\frac{1}{3}$  m.-ről ujjolvasás.

A bal szemén erős conjunctivalis, ciliaris és episclerális belöveltség. A cornea szurkált, borús, a csarnok igen sekély, az iris piszkos, sorvadt, a pupilla középtág, a törő közegek átlátszatlanok. A szem feszülése =  $t + 2$ . Fényérzés nincs. A betegnek meglehetősen fokú endoarteritise van, vizeletében kevés fehérje találtatott.

A bal szemén rendes menetű iridektomia végeztetik felül (sebkészítés lándzsával). Másnap a csarnok vérrel telt, a sebből kevés üvegtest lóg ki. A műtét után negyednapra délután rendkívül heves fájdalmai támadtak olyan érzéssel, mintha bal szemét valami kilökte volna a helyéből; arcát vér borította el. A kötés leszedésekor kitűnik, hogy az üvegtest és uvea jó része a sebből kilógva a szemrésben fekszik; a sebből lassan szivárogoz a vér. Másnapra a vérzés megszűnt, az előesett szövetrészek ollóval eltávolítottak. A következő napokon ismételt heves fájdalmai voltak, a melyek miatt a szemet enucleáltuk. Műtét alatt a szemből darabos vértömegek ürültek, a szemgolyó összeesett. Az enucleációs seb rendes módon gyógyult; a jobb szem állapota a beteg távozásakor még változatlan volt.

A szemgolyót, úgy mint az előző esetben, sagittális síkban metszettük; ezen szemteke elülső részén levő elváltozásokat részletesen Pólya Jenő dr. írta le „A csarnokzúg állapota glaucomás szemeken” című munkájában.<sup>1</sup> Makroscopos lelet:

<sup>1</sup> A Magyar Orvosi Archivum VIII. évf. 2. sz.



a szemgolyó több helyen erősen behorpadt, összegyűrt, szabálytalan alakú. A cornea sebszélei 2 mm.-nyire tátonganak, köztük egy hólyagalakban előesett sugártest-részlet fekszik. A sugártest az iridektomia helyén eredeti helyzetében maradt, másutt teljesen levált a scleráról; az irisgyöke, a hol megmaradt, egészen a Descemet hártáig odanőtt a sclerocornealis reczéhez. Lencse és üvegtest a szemben nincs, a szem belsejét vér, levált chorioidea és retinadarabok töltik ki. A retina nagyrésze úgy látszik előesett volt és így eltávolított; a szemben maradt darab szabálytalan gomolylyá gyűrődött. A chorioidea a látóidegfő mellett kis darabon rajta fekszik a sclerán, másutt mindenütt levált róla; előtte és mögötte vér van.

Mikroskopi elváltozások: a cornea sebszélei részben a Descemet hártáival, részben a subconjunctivalis kötőszövetből kiburjánzó szövetrel vannak fedve. Az iris s a vele összenőtt sclerocornealis recze erősen infiltrált; a sugárizom rostjai, különösen a körkörösök erősen sorvadtak, a sclerocornealis reczében vér található: a háromszögalakban odanőtt iris hátsó felszínéhez a sugártest nyúlványai oda vannak nyomva. (Pólya.)

A chorioidea pigmentepithelje néhol hiányzik, másutt szakadozott, sejtjei egyes szigeteken szétbomlásnak indultak. Az üveghártya épnek látszó, kivéve azon helyeket, a hol vérzések szakították át. A hajszáledények rétege az érhártya elülső részein egyáltalában nem ismerhető fel; helyét egy egyenmő, a metszeteken szalagalakúnak látszó, minden szöveti szerkezet híján levő, eosinnal festődő anyag foglalja el, a melyben csak helyenként látszik egy-két törmeléken beágyazott sejt; ezen hyalinszerű massa a choriocapillaris rendes vastagságánál 2—3-szorosa vastagabb. A chorioidea hátsó részein a hajszáledények erősen tágultak, különben épek. Az érhártya kötőszövetében, különösen a nagy edények között és mögött számos szabadon fekvő, egyeseken elszórt és csoportosan összehalmozott vörös vérsejt látszik, azonkívül egyes foltokban igen sűrű gömbejtes beszűrődés, a mely helyenként oly nagy fokú, hogy az érhártyát jelentékenyen megvastagítja; ezen beszűrődés különösen a nagy vénák körül található s mint egyes metszetsorokból kitűnik, néhol egészen hüvely módjára veszi őket körül. A vérzésektől mentes helyeken a chorioidea stromája épnek látszik. Az ütőereken itt is, mint az első esetben kétféle elváltozás van: 1. a falzat hyalin elfajulása (a chorioidea elülső részeiben), a mely azonban nem nagymértékű s a lumen elzáródására sehol sem vezetett. 2. Az intima sejtjeinek erős burjánzása, a mely nagymértékű edényszűkítéseket, sőt teljes elzáródásokat hozott létre; ezen utóbbi elváltozások az egész chorioideán elszórtan fellelhetők. Az obliterációs folyamat meglehetősen régi keletű lehet, mert néhol alig lehet az ütér maradványait a környező szövetből megkülönböztetni. Az elülső részekben több erősen tágult, elfajult falú megrepedt ütér van; a nyílás mindig a sclera felé szolgál, úgy hogy az edényből kiömlő vér a suprachorioideába került. (2. ábra d.)

A visszerek igen erősen tágultak, öblösek, faluk megvastagodott, körülöttük a fent említett sűrű gömbejtes beszűrődés; egyes közepes és kis vénákban feltűnő a vérsejtek sajátos elrendezése: a fehér vérsejtek nagy csoportokban a vörösektől különválva fekszenek az edényfal mellett s két helyen az edénynek egész ürterét kis darabon csupa fehér vérsejt tölti ki. (2. ábra c.) Azon helyeken, a hol a chorioidea mögötti vérömlenyek a legtömegesebbek, a vénák rendkívül tágak, egyrésztük úgyszólván egészen nyílt s a bennük levő vér összefügg a kiömlöttel.

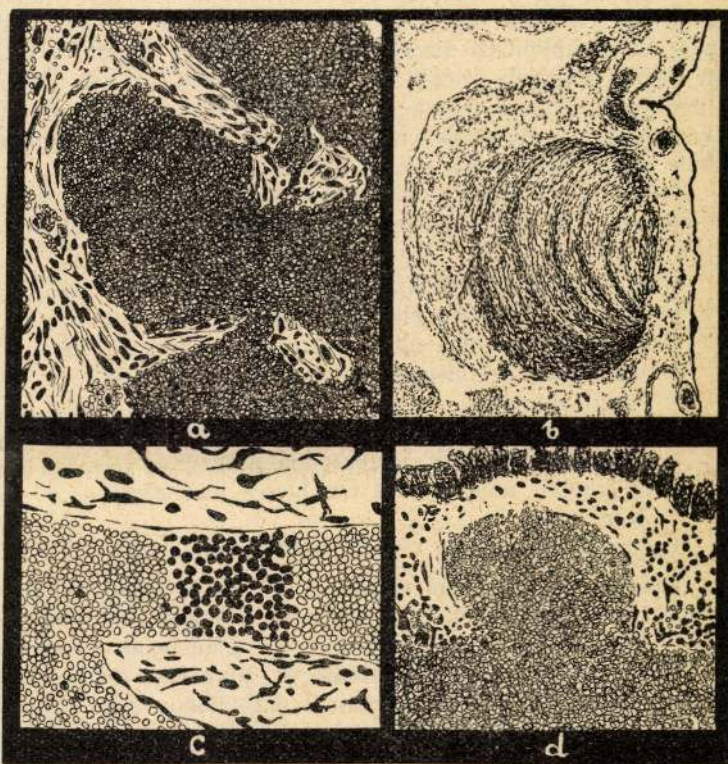
A chorioidea és sclera között levő vérzések egy része egészen friss, a vérsejtek alakja teljesen megtartott; más vérzések régebbiek, különböző átalakulási és szervülési folyamatokat mutatnak; egy ilyen fibrinosus átalakulásban levő vérömleny képe a 2. ábrán (b) látszik. Ez a chorioidea hátsó felszínére rakódott és rajta tapadó, hagymaszerűen réteges gömböt képez, a mely szálas durva fibrinreczéből és szétesett vörös vérsejtekből áll. Több helyen teljesen betokolódott és kötőszövetes átalakulásban levő vérrögök vannak; ezeknek átmetszete mindenütt csaknem szabályos kör, alakjuk, mint az a metszetsorokból kitűnik, gömb. Egy ily betokolt vérömleny hátul a látóideg mellett van, a többi az érhártya aequatorialis

része mögött; a vérrögök sűrűen összezsúfolt vörös vérsejtekből állanak, a melyeknek körvonalai már alig láthatók; a tok hosszú magvas kötőszöveti sejtekből áll, a melyek concentrikus rétegekben fekszenek egymáson; a tokból hosszú, fibroblast sejtekből álló lemezek nyúlnak be a vértömeg közepe felé. (2. ábra a.) Fibrinkiválást ezen vérömlenyekben nem látni.

A még meglevő retinadarabon az üterek igen nagy mértékű hyalin elfajulása és endoarteritis látszik, számos helyen elzáródással. A retina különböző rétegeiben frissebb és régebbi vérzések vannak.

A látóidegfő tüstérően kivájult, a látóideg rostjai sorvadtak.

Ezen két körleírásból látjuk, hogy mindkét esetben nem egyszerű, hanem *következményes, illetve complicált glaucomával* volt dolgunk. Az első esetben súlyosabb, a másodikban kisebb fokú iridocyclitis előzte meg a glaucomát; a második esetben azonfelül még endoarteritisből származó retinavérzések is voltak a másik szemben s mint a szöveti vizsgálat kimutatta, az enucleált szemben is. Vérzések találtak az üvegtestben, a retinában, a retina mögött, az érhártyában és az érhártya



2. ábra.

mögött; ezen utóbbiak voltak a legtömegesebbek s ezek okozták a szövetek előesését. *A leletből kétségtelen, hogy ezen retrocho-rioidal vérzés mindkét esetben a chorioideából indult ki.* Kitűnik, hogy mindkét szemben már a műtét előtt is voltak vérzések a különböző szövetekben, sőt a második esetben ezek némelyike a chorioidea mögött feküdt. A vérzéseket kellőképpen megmagyarázzák a súlyos edénymegbetegedések: endoarteritis chronica a kisebb és közepes üterekben, az ütérfalak hyalin elfajulása különösen az érhártya elülső részeiben (és az első esetben az iris és sugártestben); a nagy vénák erős, olykor varixszerű kitéágulása; fel kell említenünk azonfelül még azon periphlebitist is, a melyet a második esetben találtunk. Igen fontos továbbá a choriocapillaris nagyobb részleteinek teljes elzáródása is, a mennyiben ez által jelentékeny szövetrészeket zártak ki a vérkeringésből. A vérkeringés nagymértékű megzavarására, illetve meglassulására következtethetünk a második esetben észlelt kezdődő thrombosisokból (fehér vérsejtek különválása a vénákban). Ezen különböző, az edényfalak ellentálló képességét kétségkívül erősen megcsökkentő elváltozások miatt bizonyára rögtön a műtétek után támadtak vérzések a különböző szövetekben; ezek azonban kicsinyek lehettek. A nagyobb



edényfalak egy darabig kibírták a növekedett vérnyomást (tágult nagy vénák) és csak több nap múlva repedtek meg. Bár számos repedt üteret is találtunk mindkét esetben, az érhártya mögé ömlött vérnek nagy része mégis úgy látszik, inkább a nagyobb számban elszakadt nagy vénákból eredt.

Klinikus szempontból érdekel bir ezen érhártya mögötti vérzések gyakorisága. A legtöbbet, mint fentebb említettük, öregkori hályogok operálása után észlelték; ezeknek számarányára elég világot vet a következő néhány adat, a melyeket *Sattler*<sup>1</sup> és *Golovin*<sup>2</sup> munkáiban találunk. Valamennyi nagyobb operatív anyaggal rendelkező klinikusok statistikájából való.

|                      | Hályogműtétek száma | Expulsiv vérzések száma | Ezer hályogműtetre esik |
|----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Da Gama Pinto . . .  | 711                 | 3                       | 4·21                    |
| Wecker . . . . .     | 3000                | 8                       | 2·66                    |
| Schiess-Gemuseus . . | 1530                | 4                       | 2·61                    |
| Landrau . . . . .    | 2000                | 4                       | 2·00                    |
| Sattler . . . . .    | 3119                | 6                       | 1·92                    |
| Schöler . . . . .    | 1303                | 2                       | 1·53                    |
| Mooren . . . . .     | 2872                | 3                       | 1·44                    |

A budapesti szemklinikán szerencsére még jóval ritkábban fordult elő ezen baj, a mennyiben az utolsó 10 év alatt végzett 2972 különböző öregkori hályogoperatio közül csak 2 után támadt expulsiv vérzés; ez megfelel 0·67‰-nek. Megemlítendő még, hogy Knapp, a ki bizonyára igen nagyszámú hályogoperatiót végzett és végez, csak egyetlen egy esetben észlelte. Az összes közölt esetek száma 100-on felül van.

Más műtéteknél expulsiv vérzések sokkal kisebb számban szerepelnek. Az irodalomból a következő adatokat állíthatjuk össze.

|                                                                                             |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Glaucoma elleni iridektomia után . . . . .                                                  | 6 |
| Secundaer glaucoma elleni iridektomia után . .                                              | 4 |
| Secundaer glaucoma elleni sclerotomia után . .                                              | 2 |
| Luxatio lentis, glaucoma secundar. miatt végzett extractio után . . . . .                   | 1 |
| Glaucomával complicált cataracta senilis miatt végzett praeparativ iridektomia után . . . . | 1 |
| Hályogműtét után támadt iriselöresítés lemettsége után . . . . .                            | 1 |
| Cornea fekély miatt végzett keratotomia után .                                              | 1 |

Operatív beavatkozás nélkül is keletkezhetnek expulsiv vérzések szaruhártya-fekélyek spontán áttörése alkalmából; 7 ilyen feljegyzést találtam, valamennyi glaucomás szemeket illet; ezek közül négyben elsődleges glaucoma degeneratív szakában támadt a fekély, háromnál másodlagos glaucomával járó cicatrix adhaerens fekélyesedett ki. Ha egy ilyen beteg a vérzés után hosszabb idővel kerül az orvoshoz, a ki az előzményeket nem ismeri, ez a bajt egy áttörő intraocularis daganatnak fogja tartani, a mint az a leírt esetekben meg is történt. A vérzés ilyenkor már megszűnt s a corneából egy pigmentált barna-vörös dudoros képlet nyúlik előre; a tévedést elősegítheti még a szemnek emelkedett feszülése is s csak a szöveti vizsgálat szünteti meg.

Ide kell még sorolnunk a staphyloma-lemetszések után támadó vérzéseket is, a melyek eléggé ismeretesek; gyakoriságuk miatt az irodalomban külön nem igen említettnek.

A mi az expulsiv vérzések okait illeti, látjuk a fenti adatokból, hogy a vérzést kiváltó közvetlen ok valamennyi esetben ugyanaz, t. i. a szem feszülésének hirtelen alászállása. Ha ezen körülményt mérlegeljük, tekintetbe kell vennünk, hogy a feszülés csökkenése különböző műtéteknél különböző mértékű. Staphyloma-lemetszésnél a legnagyobb és legtartósabb, hályogkihajtásnál nagyobb, mint iridektomiánál, vagy más műtéteknél. Általánosságban el kell fogadnunk azt, hogy minél nagyobb és tartósabb a műtét előtti és utáni feszülés közti különbség és minél kevésbé ellentállóak a szem edényfalai, annál könnyebben támadhat a szem belsejében nagyobb vérzés. Egyéb felemlített külső körülmények, mint a beteg

nyugtalan magatartása, a szem megütése, köhögés, hányság meglévő dispositio mellett minden esetre elősegíthetik a vérzés kitérését. Az üvegtestelöresésre nézve (műtét közben) eltérők a vélemények; a régebbi szerzők egy része ebben kereste a vérzés okát, újabban inkább az a felfogás, hogy az üvegtest előresése már a meginduló vérzésnek első tünete. Azon egy esetben, a melynél az egyetemi szemklinikán öregkori hályog-extractio utáni expulsiv vérzést látni volt alkalmam, tényleg így állott a dolog. Teljesen sima lefolyású műtét mellett a lenese kibukása után egészen érthetetlen okból nagy tömeg üvegtest löködött a sebbe; a beteg egyúttal erős fájdalomról panaszkodott. A nap folyamán a kötés vérrel ázott át s másnap reggel a sebszélek között véres retina, üvegtest és érhártya feküdt. A fent említett feltevések jól megegyeznek a casuistica adataival; kivüláglik belőlük, hogy rendes feszültségű szemeken csakis a feszülést erősen leszállító műtétek (hályog-extractiók) után támadnak nagyobb vérzések, a feszülést kevésbé csökkentő műtétek (iridektomia, sclerotomia, keratotomia) pedig csak glaucomás szemeken vagy hosszú gyuladások folytán nagyon elfajult edényzetű szemeken okoznak expulsiv vérzést.

Egy további kérdés a vérzések eredete. A chorioidea mögött levő vér származhatik vagy magából a chorioideából, vagy a mögötte futó hosszú ciliaris ütőerekből. Ezen utóbbi lehetőségre *Goldzieher*<sup>1</sup> hívta fel a figyelmet, azon körülményre támaszkodva, hogy úgy saját esetében, mint több más esetben is a chorioideán kóros elváltozás nem találtott. Ezen feltevést ez idő szerint nem fogadhatjuk el azért, mert számos bonczani adat van, a melyek kétségtelenül bizonyítják, hogy a vér az érhártya közepes és nagy edényeiből ömlött ki részben a chorioidea szövetébe, részben a mögé. Ilyenek *White-Cooper*, *Fromaget*, *Cabannes*, *Bloom*,<sup>2</sup> *Hosch*,<sup>3</sup> *Burmester*,<sup>4</sup> *Golovin* észlelései, a melyekhez még a fent leírt két eset is sorolható; másrészt pedig *Goldzieher* hypothesisére eddigelé anatómiai bizonyíték még nincsen. A negatív lelet még magában véve nem bizonyító, hiszen könnyen lehetséges, hogy egy körülírtabb, kisebb terjedelmű érhártya-elváltozás vagy egy két edényrepedés, nem kerülve be a metszetekbe — kikerüli a figyelmet. Azon esetekben, melyekben nagyobb számú vagy sorozatos metszetek készíttetek, vagy megtalálták a vérzések forrását vagy legalább is olyan edénymegbetegedéseket, a melyekből a vérzéseket meg lehetett magyarázni.

További kérdések, hogy a vérzések üteresek vagy viszerese-e, hogy származhatnak-e egészséges falú edényekből is, s végül, hogy milyen természetű edénymegbetegedések találhattak a szöveti vizsgálatoknál.

Hályogműtétek utáni vérzésekben elpusztult szemekről aránylag kevés pontos bonczani leírás van; újabban *S. Bloom* közölt részletesen három esetet. Mind a háromnál az érhártya visszereinek tágultságát és falaiknak lobos elváltozásait (phlebitis és periphlebitis) állapíthatta meg. A vénáknak szerfölötti tágultságát más szerzők is felemlítik, míg jelentékenyebb ütér-elváltozásokról csakis *Terson*<sup>5</sup> leírásában van szó. Ha ehhez még figyelembe vesszük *Schmidt*<sup>6</sup>-nek azon, úgy látszik általános elfogadott tételét, hogy egészséges edényfalak mellett a vérnyomás emelkedése csakis a viszerekben okozhat repedést, üterekben nem — joggal helyesnek tarthatjuk *Bloom* azon állítását, hogy a hályogműtétek utáni vérzések viszereseek; még azon esetekre nézve is valószínű ezen feltevés, a melyeknél az edényfalakon mikrocoppal észrevehető elváltozás nem volt. Ehhez még hozzá kell vetnünk *Sattler* észleléseit is. Ő ugyanis azt tapasztalta, hogy a cocain használata előtti időben a hályogműtétek utáni expulsiv vérzések sokkal ritkábban fordulnak elő, mint most; saját és mások adataiból kimutatja, hogy míg a cocain előtti időben ezen complicatio az összes

<sup>1</sup> Archiv f. Ophthalmologie. 1898. 235. 1.

<sup>2</sup> Die ophth. Klinik, 1899. Nr. 1, 2.

<sup>1</sup> Berliner klin. Wochenschrift 1894. 1032. 1.

<sup>2</sup> Arch. f. Ophthalmologie 1898. 184. 1.

<sup>3</sup> Arch. f. Augenheilkunde 18. 329. 1.

<sup>4</sup> Burmester. Inaug.-Diss. Kiel 1886.

<sup>5</sup> Arch. d'Ophthalm. 14. 110. 1.

<sup>6</sup> Lubarsch-Ostertag. Ergebnisse d. allg. path. Morphologie u. Physiologie.



hályogműtéteknek 0—1%<sub>00</sub>-ben fordult csak elő, addig most az arányszám 2—4·7%<sub>00</sub>; Sattler ebből arra következtet, hogy a cocainnak edényszűkítő hatása után hirtelen beálló edény-tágulás segíti elő a talán különben is meglévő dispositio mellett a vérzéseket.

Részen másképen áll a dolog a glaucomás szemeknél. Bloom ugyan az ő egy esetében hasonló elváltozásokat talált, mint a hályogműtét után elpusztult szemeken s ebből kifolyólag azt tartja, hogy a vérzések glaucomás szemeken is mindig viszeresek és phlebitisek eredményei. Más adatokból s a leírt két esetből azonban azt látjuk, hogy ezen szemeken a legkülönbözőbb ütér- és visszérmegbetegedések fordulnak elő: endoarteritis, gyakran teljes obliteratióval, a kisebb ütérfalak hyalin elfajulása, a choriocapillaris jelentékeny részének teljes elzáródása; másrészt tagadhatatlan, hogy minden pozitív eredményű vizsgálat egyúttal a vénák kóros elváltozásait is constata (erős tágultság, varicosis, beszűrődések a venafal körül, thrombotikus folyamatok; 2. eset.) Ezen sokféle és változatos leletnek megítélésében szem előtt kell tartanunk, hogy az idetartozó esetek nagyobb részében nem közönséges, hanem iridocyclitisek után támadó vagy retinavérzésekkel complicált glaucomáról van szó, a melynél a különböző edénybetegségek könnyen érthetők. Azon 6 primaer glaucomás szem közül pedig, a melyeknél expulsiv vérzés támadt, ötnél a glaucoma absolut, sőt egyik-másiknál degenerativ stadiumban volt. (Goldzieher 1 eseténél közelebbi megjelölést nem találtam.) Az ilyen szemeken pedig tudvalevőleg edénymegbetegedések nem ritkák. Végül még felemlitendőnek tartom azon körülményt, hogy a 10 glaucomás szem közül nyolcnál az iridektomiához szükséges sebet Graefe-késsel készítették; a nélkül, hogy ebből messzebbmenő következtetéseket akarnánk vonni, mégis tekintetbe kell venni, hogy az ily sebek rendszerint nagyobbak, jobban tátonganak, lassabban gyógyulnak mint a lándzsasebek s így a feszülést is jobban megcsökkenthetik; nem lehetetlen, hogy a sebkészítés ezen módjának is van némi része az eltárgyalt vérzések előidézésében. Már *Schweigger* meggyőződött róla, hogy a seb nagysága és tátongása vérzésekre hajlamos szemeken nem közömbös dolog; a glaucoma malignumról szóló munkájában említi, hogy a míg iridektomia után igen sokszor látott kisebb-nagyobb intraocularis vérzéseket, addig ilyenkor egy punctio corneaenél sohasem fordultak elő.

A budapesti szemklinikán minden iridektomia lándzsasebvel készül.

A gyakorlat szempontjából a fentiekből a következő tanulságokat vonhatjuk le.

1. Öregkori hályogoperálások előtt semmiféle tünetből expulsiv vérzések bekövetkezésére nem gyanakodhatunk. Az üvegtest-előesés inkább következménye, mintsem oka a vérzésnek. A cocain túlságos bő használatától tartózkodnunk ajánlatos.

2. Látással bíró glaucomás szemeken végzett iridektomia után expulsiv vérzésektől nem kell tartanunk. (Kiseb vérzések természetesen elég gyakoriak.) Rendkívül óvatosaknak kell lennünk a műtét indicatio felállításával oly glaucomában megvakult szemeknél, a melyeken előment lobos folyamatok jelei láthatók, vagy a melyeknél ugyancsak előment retinavérzések gyanúja forog fenn. A lándzsával való sebkészítés ajánlatosabbnak látszik, mint a késsel való.

Közlemény a pesti izr. hitk. kórházának szemészeti osztályáról.

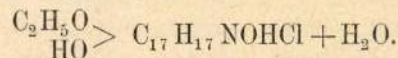
### A dionin a szemészetben.

Irta: *Vermes Lajos* dr., volt kórházi alorvos.

A dionint a szemészetbe *Wolffberg* vezette be és közleményei oly feltűnést keltettek, hogy csakhamar kis irodalom képződött körülötte. A dionin alkalmazásának gondolatára *Wolffberg* csak közvetve jutott olyképen, hogy egy esetben, midőn egy beteg nagy szemnyomási tünetekről panaszkodott, a *Bufalini* által ajánlott és a morphium pótszere gyanánt használt peronin 2% oldatából eszegettetett a szembe, nagy meglepetésére igen heves izgalmi tünetek léptek fel, melyek

első pillanatban imminens jelleggel bírtak, t. i. a eszegettetés után a szemhéj és bulbus conjunctivájának véredényei azonnal megtelődtek és erős chemosis jött létre, mely egy negyedóra leforgása alatt szűnni kezdett, majd teljesen eltűnt. A beteg másnapra már jól érezte magát, a mit *Wolffberg* másnak mint a peronin hatásának nem tulajdoníthatott. E jelenség által figyelmessé téve, a peroninnal kísérleteket végzett, a melyek közben azt tapasztalta, hogy ép szemén a peronin hatás ezen tünetei nem nyilvánulnak oly mértékben, mint kóros viszonyok között.

Megfigyelései közben *Mering* ajánlatára a Merck cég egy újabb morphiumderivatumot bocsátott forgalomba: a dionint, mely a morphium monoethylaetherének sósavas sója és a következő vegyi képlettel bír:



Vizben jobban oldódik, mint a peronin, fehér, szagtalan, finom kristályú por. Belsőleg adagolva hatásában a morphium és a codein közt van és mint hypnoticum, anodynum és sedativum van használatban.

*Wolffberg* kísérleteit, melyek házinyúlra és emberre vonatkoztak a dioninnal, mint könnyebben oldódó szerrel folytatta. Azon érdekes klinikai megfigyelések és feltűnő therapeutikus eredmények, melyeket *Wolffberg* saját lapjában (*Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges*) közzétett, arra indították eddigi működési teremnek, az izr. kórház szemészeti osztályának főnökét, Szili tanár urat, hogy a dioninnal az osztály beteganyagán kísérleteket végeztesen. Az eredmények megfigyelésével és közlésével engem bizott meg, ki a következőkben e szer physiologiai és gyógyhatásával kívánok foglalkozni behatóbban, kiterjeszkedvén némely kritikai vonatkozásokra is, melyek e szer alkalmazásának indicatióit, illetőleg más oldalról elhangzottak.

Az utóbbi évek oly változatosságot tüntetnek fel az újonnan felfedezett, összeállított és állítólag csodás hatású szerekben és oly sok csalódáson ment át az orvostudomány, hogy bizonyos skepsissel fogadunk jobb sorsra érdemes szereket is. Ha a dioninban oly szert ismertem volna meg, mely egyszerűen feleslegesnek vagy plane elvetendőnek látszik, úgy nem szaporítanám a különben is elárasztott szemészeti irodalmat, de a dioninnak hatása a szemre oly szokatlan tünetekben nyilvánul, a melyek okvetlenül gondolkodóba ejtik az észlelőt és már ez egymagában is jogosulttá teszi a vele való behatóbb foglalkozást. Azonban a dioninnak — előre bocsátatom — therapeutikus szempontból is igen nagy fontosságot tulajdonítok.

A kórház nagy anyagán végzett gyógykísérletekből, nemcsak a dionin használhatóságára tudunk következtetni, hanem azon köréseket is csoportosíthattuk, a melyekben a szer adagolása jogosultsággal bír. A dioninnal kezelt legkülönbözőbb esetekről külön jegyzőkönyvet vezettem, a melyekben a gyógyfolyamat minden mozzanatát jeleztem. A kórtörténetek közül 102 használható fel a czélból, hogy belőlük következtetést vonhassunk le.

Betegségek szerint a kórtörténetek következőképen oszlanak meg:

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Conjunctivitis pustulosa    | 1  |
| „ aestivalis                | 2  |
| Xerosis conjunctivae        | 1  |
| Keratitis ulcerosa          | 40 |
| Ulcus catarrhale            | 5  |
| Keratitis phlyctenularis    | 18 |
| „ interstitialis            | 5  |
| „ superf. vascul.           | 8  |
| „ punctata                  | 1  |
| Ulcus corneae cum hypopyono | 1  |
| „ rodens                    | 1  |
| „ regressiv                 | 3  |
| Vulnus corneae              | 1  |
| Erosio corneae simpl.       | 1  |



|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| Erosio corneae traum. recid. (Disjunctio epithelii Szili) ..... | 2   |
| Pannus trachomatosus .....                                      | 6   |
| Herpes corneae .....                                            | 1   |
| Cicatrix corneae .....                                          | 1   |
| Iridocyclitis .....                                             | 1   |
| Opacitates in corp. vitreo .....                                | 1   |
| Glaucoma chron. infl. ....                                      | 1   |
| Összesen: .....                                                 | 102 |

A legtöbb esetben tiszta képet akarván nyerni, a dionin mellett semmiféle más szert nem alkalmaztunk, s így az elért teljes gyógyulást csupán a dioninnak kellett tulajdonítanunk, bár olykor, különösen ott, hol az uvealis tractus is a bántalom keretébe volt vonva, a mydriaticumokat nem mellőzhettük. Egybevetésül részben párhuzamos kóreseteket használtunk, az egyiket dioninnal kezelvén, a másikat nem, részben ugyanazon személy egyik afficiált szemét vettük kísérleti anyagul, a másikat az eddigi gyógyeljárásoknak vetettük alá.

A dioninhatás a következőképen nyilvánul: in substantia kölesnyi port téve a conjunctivázásba, a szemhéj és bulbus kötőhártyája rögtön injiciált lesz, miközben a beteg erős égető érzést jelez; könyezés mellett megtelődnek a finomabb edények is és erős pericornealis belöveltség és chemosis áll be, mint azt a szemnek igen acut izgalmi állapotában látjuk, midőn pl. erősen maró szerek jutottak a szemhez. A jelentékeny szűrő-égető fájdalom egyeseknél pár pillanat, másoknál néhány perc alatt megszűnik, míg a chemosis és az izgalmi tünetek  $\frac{1}{2}$  óra egész 2 óra leforgása alatt múlnak csak el teljesen. A dionin a pupillákat változatlanul hagyja, ellenben a cornea a dioninbehatás után rögtön fényesebb benyomást tesz.

A leírt tünetek a dionin első applicatiójánál birnak a legfeltűnőbb jelleggel, míg a következő napokon folyton kevésbé és kevésbé mutatkoznak, sőt vannak esetek, hol izgalmi állapot egyáltalában nem váltható ki.

Ha egy lymphatikus egyén cornealis fekélyesedő folyamatánál e szert használjuk, másnapra a legtöbb esetben a szem, mely még tegnap erősen fénykerülő volt, már jól tűri a fényt és a fekély, melynek szélei a környezetbe elmosódottak voltak és a tovaerjedés jeleivel bírtak, körülírtá válnak; a könyezés szűnik, fájdalmak szintén és így a beteg subjectiv érzése is lényegesen javul. Oly feltűnő az elért eredmény, hogy nem lehet elzárkózni annak elismerése elől, hogy a dioninban egy nagy hatású szerrel rendelkezünk.

Wolffberg és az eddigi összes megfigyelők szintén a cornealis affectióknál tapasztaltak legfőképen eredményeket és pedig a cornea összes bántalmainál, feltéve, hogy azok nincsenek a conjunctiva megbetegedése által előidézve és fentartva.

Igen renyhe gyógyulási hajlammal bíró fekélyek, melyek daczolnak az összes eddigi gyógymódokkal, aránylag gyorsan gyógyulási hajlamot kezdenek elárulni, feltisztulásnak és kitelődésnek indulnak. Az acutabb jellegű kóresetek pedig különösen akkor gyógyulnak rohamosan, ha görvélyes alapon fejlődtek és a szemnek környezetét: a kötőhártyákat, az arcz bőrét és az orr nyálkahártyáját is kellőképen kezeljük, bár e nélkül is előidéz bizonyos fokú javulást a dionin, de sok esetben a teljes gyógyuláshoz ezen lényegükben igen fontos mellékkörülmények tekintetbe vétele okvetlenül szükséges, mert a dionin úgy az izgalmi tünetek létrehozásában, a melyeket egyszerűen dionin ophthalmiának nevezhetünk, valamint gyógyhatásában is napról-napra csökken, s így ha ezen bajokat nem gyógyítjuk párhuzamosan a szemmel, úgy az elért javulást csakhamar visszaesés váltja fel. Az orr szorgos átvizsgálása, esetleg adenoid vegetatiók eltávolítása az orrgarat-boltozatból, az orrnyálkahártyának fecskendéssel vagy jodtinctura ecseteléssel történő kezelése tehát a dionin mellett sem hagyható figyelmen kívül. Az eredménynek ily körülmények mellett nem szabad kimaradnia. Számos oly esetet ismerek, hol a hosszantartó fájdalmak, fénykerülés a különben is rossz szul táplált gyermek egészségi állapotát, kedélyét teljesen alá-

ásták és a dioninnal elért gyors javulás folytán csakhamar összeszedték magukat.

Egyéb cornealis bajok közül a *keratitis superficialis vascularis*nál a gyógyulás úgy folyik le, hogy előbb a finomabb edények tűnnek el, majd a vastagabb ágak is, míg a szem végre halvány lesz.

Az *interstitialis keratitis* egy friss esetében szintén igen feltűnő gyors feltisztulást észleltem, míg a régebbi hegedések-nél, a cornea centrumába összehúzódott homályoknál már nem bir eclatans hatással.

A hurutos alapon létrejött *marginalis fekélyek* megkivánják feltétlenül a conjunctivitis gyógykezelését is.

*Trachomás pannus* egy esetében, hol secretio alig volt, sikerült pusztán dioninnal a corneát feltisztítani, ott pedig, hol virulens trachoma mellett nagyobb cornealis megbetegedés is volt jelen az általunk használt sublimat-kezelés mellett, mint adjuvans kitűnő szolgálatokat tett. Külföldi észlelők, hasonló eredményre jutottak. Magára a conjunctivalis folyamatra persze semmi befolyással sincs.

A szaruhártyának azon sajátos megbetegedésénél, mely abban áll, hogy előrement sérülések után rövidebb-nagyobb időközökben rohamokban és pedig rendszeren az ébredés pillanatában igen heves fájdalmak lépnek fel, a mely betegség *erosio corneae traumatica recidivans* néven ismeretes, szintén megpróbálkoztunk vele. E baj lényege Szili tanár úrnak ugyanezen helyen közölt dolgozatában kifejtett klinikai megfigyelései szerint a szaruhártya felhám-lazulásában rejlik (disjunctio epithelii Szili), az epithelnek az alaphoz való hiányos odatapadásában, minek következtében a corneára fekvő szemhéj az ébredés pillanatában, illetőleg a szem kinyitásakor a felhámot felemeli. A tapasztalat azt bizonyította, hogy az epithel művi leemelésevel, a melyet némely esetben 2—3-szor ismételni kellett, újabb vitalisabb epithel fejlődik és a rohamok kimaradnak. A lecsupaszított cornea néha tetemes fájdalmakkal jár együtt, ily esetekben a dionin, mint analgeticum, igen jól látszik beválni. Ugyanazon egyén, ki 2 művi hámleválasztás után a megfelelő első éjjeleken igen heves fájdalmak miatt álmatlan volt, a harmadik leemeléskor, hol a leválasztás után dionint adtunk a szembe, az éjet egész zavartalanul töltötte. Újabb rohamok, bár hosszabb időn át megfigyelésünk alatt állott a beteg, nem jelentkeztek. Hogy a hámnak gyorsabb regenerációját a dionin befolyásolná, nem constatalhattuk. Wolffberg úgy nyilatkozik, hogy nem ismer szert, mely a fájdalmakat oly gyorsan, mintegy specificum szüntetné meg, mint a dionin éppen ezen bajnál.

Egyszerű tiszta *sebzéseknél* a gyors gyógyulást nem tulajdoníthatjuk a dioninnak, mert aseptikus esetleg antiseptikus kezelés mellett eddig is gyors gyógyuláshoz vagyunk szokva. Minden esetre felemlítendőnek tartom, hogy egy esetben, hol sérülés után kis hypopyon lépett fel e szer adagolása mellett, az már másnapra eltűnt és az infiltrált seb is néhány nap alatt teljesen hegedt.

*Ulcus rodens* egy esetében a negyedik napon a terjedő fekély duzzadt szélét lelapultnak találtuk és a cornea hám-fosztott felső fele már gyógyulási hajlamot árult el, a mi fokozódott egy ideig, de a beteg — foglalkozására nézve kocsis — nem tartotta magát az előirt rendeletekhez és igen hanyagul kezelte magát, úgy hogy teljes gyógyulást nem érthtünk el nála.

A cornea *herpetikus eruptióinál*, hol kötés, mydriaticum, cocain és belső szerek adagolása daczára sem tudtuk a folyamatot megszüntetni, dionin mellett már másnap a hólyagsák eltűntek, a fájdalom teljesen megszűnt. Néhány nap után újabb hólyagsák léptek fel, de a kitartóan nyújtott dionin következtében fájdalmak nélkül. A 11-dik napon a cornea-felület egész sima volt és recidivák sem jelentkeztek többé. Ugyanezen esetben figyelemreméltó azon körülmény, hogy a tágitásnak ellenszegülő pupilla dionin mellett a mydriaticumokkal kapcsolatban ad maximum tárgult.

Nem kevésbé érdekes azon eset, hol a conjunctiva nagy része *xerotikus* volt és a corneán *ulcerosus* folyamat kezdődött. A dionin a szemben nem okozott izgalmi tüneteket, a conjunc-



tiva száraz maradt és a baj is rosszabbodott oly mértékben, hogy a dionin-kezeléssel kénytelenek voltunk felhagyni és a szokott kezelési módokra áttérni, a melyekkel a száruhátya-fekély meg is gyógyult.

A tavaszi hurut ellen 2 esetben alkalmaztuk. A conjunctiva classikus elváltozásai mellett a corneára hajló jelen-  
tekeny nagyságú sarjak voltak jelen. Az egyik betegnél igen  
kinos viszketéssel járt együtt. Hosszasabb dionin-kezelés követ-  
keztében a száruhátyaszélt fedő daganat lényegesen meg-  
kisebbedett, de teljesen nem tűnt el; a gyakran esillapíthatat-  
lan viszketéstől a beteg első alkalmazásra megszabadult. Maga  
a conjunctivalis processus változatlan maradt. Tekintve, hogy  
e baj ellen tulajdonképpen gyógyszerrel nem rendelkezünk, azt  
tartom, hogy a dionin a conjunctivitis aestivalis kezelésében  
kiválóbb figyelmet érdemel.

A bulbus mélyebb megbetegedéseinél, hol az uvealis tractus  
is a bántalom keretében volt vonva, egy esetben a dionin ki-  
tűnő hatást mutatott. Kis cornealis fekély mellett nagy peri-  
cornealis injectio, a mit erős heveny iridocyclitis okozott, úgy  
hogy a leggyengébb érintésre is a szem igen fájdalmas. A  
pupilla szűk, scopolaminra kissé tágul, a mi által több hátsó  
synechia válik constatalhatóvá. Háromszori dioninalkalma-  
zásra a fájdalmak teljesen megszűntek, a szem halványodik  
és a pupilla tágul. Néhány nappal ezután az összes synechiák  
feloldódtak és a pupilla körkörös lett. Darier teljesen hasonló  
megfigyeléseket tett úgy hypopyon keratitis, mint iridocyclitis  
eseteiben. (La Clinique Ophthalmologique. Nr. 6. Avril 1900.)

Az elsorolt therapeutikus megfigyelések közben azt tapasztal-  
tam, hogy a dioninnal kezelt szem gyógyulása mögött messze  
hátramaradt a szokott gyógyeljárásoknak alávetett párhuzam-  
os szem.

Egyéb megbetegedéseknél: mint a chorioidea affectioinál,  
nevezetesen üvegtesthomályoknál említésre méltó eredményt  
nem értünk el.

Glaucománál egyesek szerint szintén fájdalomcsillapítólag  
hatna és a pilocarpinnak tensioeszkentő hatását támogatná,  
mi ezen tényt nem erősíthetjük meg, mert daczára a dionin  
alkalmazásának, a belnyomás emelkedését és a fájdalmak  
növekedését tapasztaltuk, úgy hogy nem akarván időt veszi-  
teni, a műtéthez kellett folyamodnunk.

Ablatio retinae-nél gyógykísérleteket nem eszközöltünk,  
de eleve sem várunk azoktól valami pozitívot.

Röviden ki fogok térni Wolffberg azon ajánlatára, hogy  
a dionin hályogkivonások után is alkalmaztassék. A műtét  
után a conjunctivába juttatott dionin szerinte „a sebet védi  
egyrészt az által, hogy a cornea vitalitását fokozza, másrészt a  
kötőhártyatractus chemosisa és a bő könnyfolyás által. Közve-  
tett előnnyel birna a szemhéj megdagadása is“. Esetei mind  
igen szépen gyógyultak és nézete szerint a seb gyorsabban  
hegedt. Ezen tény egymagában nem elegendő a dionin nyuj-  
tásának okadatolására, mert hiszen szükségét oly szernek,  
mely a hályogműtét után jobb gyógyulási eredményeket idézne  
elő, mint az eddigiek, nem érezzük. A hályogstatistika ma  
már alig hagy fenn kívánni valót. A hályogműtétnél létre-  
hozott seb szélei néha egy óra múlva az operatio után már  
tapadnak, mely csarnokvíz is lehet jelen és ha zavaró körü-  
lmények nem lépnek közé 5—6 nap után a sebet gyógyult-  
nak tarthatjuk. Graefe A. Wolffberg ajánlatára kipróbálta  
4 esetben a dionint. Az első 2 esetben normalis lefolyástól  
semmiben sem tért el az eredmény, míg a másik 2 eset közül  
az egyikben a dionin-por alkalmazása után beállott tüsszentés  
következtében a seb megrepedt és a 4-dik esetben 5 perc-  
czel a becseppentés után a csarnok telve volt vérrel, minek  
következtében utóhályog jött létre, melyet később discindálnia  
kellett. Tüsszentést 2 esetben magam is láttam oly egyének-  
nél, kiknek szeme nem volt fénykerülő és kik a szemrés nyi-  
tása és egyszerűen mydriaticumok cseppentése mellett nem  
tüsszentettek. Daxenberger szintén említ 2 ily esetet. Graefe  
40 esetben néha 30-szor egymásután következő tüsszentést is  
látott. Wolffberg a tüsszentés okai után kutatván, arra a con-  
clusióra jutott, hogy az alkalmazás módja az, mely meg-  
magyarázza Graefe nagy számadatait. T. i. nézete szerint por-

hintó igénybe vételével tényleg tüsszentés váltható ki, mert a  
corneára jutván a dionin-por ez reflectorice hozna létre  
tüsszentést, különösen akkor, ha hirtelen éri az ingerület a  
száruhátyafelületet, míg a conjunctivazsákba juttatva kölcsö-  
nyi mennyiségű port, sohasem jó létre. Ezzel szemben áll  
azon 2 eset, melyre hivatkoztam, hol Wolffberg szokott el-  
járását alkalmazván, szintén tüsszentettek a betegek, bár csak  
ennyihányszor egymásután. Ezen körülmény egymagában is  
elegendő volna arra, hogy a dionint hályogkivonásoknál ne  
alkalmazzuk; de még egy aggályom van, t. i. a nyitott  
cornealis seben keresztül a dionin a csarnokba szívároghat be,  
különösen akkor, ha folyadék alakjában adjuk és vajjon a  
dionin nem okozhat-e oly heves izgalmi tüneteket, melyek a  
szemre esetleg végzetesek lehetnének? Erre a feltevésre fel-  
jogosít a dioninnak a kötőhártyára gyakorolt igen erőlyes  
hatása, másrészt azon egyszerű kísérletem, mely abban állott,  
hogy házinyúl csarnokjába 5% dionin-oldatból fecskendeztem  
be. Rögtön utána iritikus hyperaemia és exsudatio jött létre  
a pupilla területén, mely csak másnapra tűnt el. A mily  
bátran használjuk e szert a cornea legkülönbözőbb megbetege-  
déseinél, ép oly félve merném nyitott cornealis seb mellett  
nyujtani. Maga Wolffberg egy esetben szintén igen heves  
tüneteket látott (tartós duzzadás, igen nagy fájdalmak) hályog-  
kivonás után alkalmazván dionint, de ezt annak tulajdonította,  
hogy a rögzítő csipő a conjunctivát megsebezte és a szerből  
a nyílt seben keresztül felszívódás történt. Mennyivel inten-  
sivebbek lehetnek a tünetek, ha az iris localis sebjén történik  
a felszívódás.

Elemezzük már most a dionin ophthalmia létrejövételé-  
nek okait, hogy ebből gyógyhatását is megmagyarázhassuk.

A dionin a szembe jutván, idegen test érzését kelti és  
könyvezést indít meg. E könyvezés létrejön akkor is, ha folya-  
dék alakjában használjuk és minden valószínűség szerint reflec-  
torikus eredetű. Pár pillanat múlva már megtelődni látjuk a  
finomabb capillarissokat és a nagyobb edényeket, a melyet  
csak mint helybeli hatást foghatunk fel és pedig a peripheri-  
kus vasomotorikus centrumok hűdítése által. A véredények  
endothel-sejtjeinek izgalma következtében gyors és energikus  
nyirokátszűrődés indul meg a véredényeket körülvevő sub-  
conjunctivalis lymphürökbe, a mi chemosis képeben jelenik  
meg. Ennek képzéséhez a szükséges folyadék minden esetre a  
szomszédságból nyerhető csupán és így a conjunctivalis izga-  
lom elvonólag hat a cornea, a szivárványhártya és sugártest  
nyiroktartalmára és a száruhátya felragyogása a nyirokpangás  
megszűnését jelenti. Azt hiszem, helyes nyomon járok akkor,  
midőn az inflammatorikus glaucománál előforduló cornea-  
homályosulást szintén lymphkeringési zavarokon alapulónak  
vélem, míg a száruhátya rögtön feltisztulását iridectomia  
után a zavarok hirtelen kiegyenlítődése gyanánt fogom fel.

Abban, hogy a beteg szemén a dionin ophthalmia kifejezet-  
tebb tünetekkel jár mint egészséges szemén, hol sokszor alig okoz  
valamelyes jelenséget, nagy részt kell tulajdonítanunk a beteg  
szem ingerlékenyebb voltának. Különböztetendőnek tartom azt is,  
hogy ugyanazon viszonyok közt juttatva külön-  
böző egyének szemébe dionint, az ophthalmia különböző inten-  
sítást fog előidézni. Olykor a szemhéjak is megdagadnak,  
edényei kitágulnak és a fültő előtti mirigy is érezhető. Tehát  
bizonyos mértékben az általa kifejtett hatásban az egyéniség-  
nek is jut szerep.

A dionin ophthalmia objectiv szövettani vizsgálatát eddig  
tudtommal senki sem végezte, miért is szükségesnek tartom e  
térén szerzett tapasztalataimat is e helyen közölni. Tanul-  
mányozás céljára az anyagot az emberből úgy lehet nyerni,  
hogy enucleatio előtt dionint csöppentünk a szembe és a limbus  
duzzanatát keskeny csik alakjában kivágjuk, úgy hogy a beteg  
megmaradt conjunctivája bőven elég lesz helyes műszem be-  
illesztésére. Házi nyulak dionin-kísérletezésre nem alkalmasak,  
mert conjunctivájuk alig reagál dioninra. Ellenben kutyán már  
eddig is történtek kísérletek.

A dioninos conjunctivának képe az oedema összes jeleit  
tünteti fel. A görcső alatt már kis nagyítással feltűnik min-  
denekelőtt az edények tágulata, úgy hogy első tekintetre úgy



látszik, mintha megsaporodtak volna. A főjellegét a szöveti elváltozásoknak a nyirokürök néhol abnormis, mondhatnám óriási tágulata képezi. Láthatók kisebb és nagyobb üregek, részben egymás mellett vékony fal által elválasztva, részben távolabb egymástól. Egyes nyirokürök főleg a vénák szomszédságában levők az edény nagyságának 5—10-szeresével érnek fel, szabálytalan alakúak, birnak és telve vannak durván szemcsés anyaggal, melyben határozott alakelemeket látni nem lehet. Természetszerűleg, ezen anyag nem más, mint a hirtelen kitágult edények falán átszűrődött véredv. A fokozott vérodavítással nem áll arányban a vér elfolyása, minek következtében a nagyobb edények és capillarisok falán keresztül transsudatio jön létre az azokat körülvevő nyiroküregekbe, melyek szintén csakhamar megtelődnek, egész tócsákat képeznek. A nyirokkeringésben is pangás áll be, a mely individualiter ideig-óráig tart, végre az edények normalis viszonyainak helyreálltával a felszaporodott nyirok lassanként elfolyást talál és létrejön a status quo ante. Hogy ezen processust nyirokpangásnak nevezzük-e, vagy nyirokelárasztásnak, szerintem másodrendű dolog. Különbséget azonban kell tennünk a véredények falának nagyobb átbocsátási képessége és a nyirokpangás között, mert az utóbbit, mint következményt, tehát másodlagos úton létrejött tünetként foghatjuk fel. Tény az, hogy a szemet kitéve ily folyamatnak, a táplálkozási viszonyok kedvezőbbébbé lesznek és a corneának, valamint az uvealis tractus mellső részének kóros állapotai javulásnak indulhatnak. Megjegyzendőnek tartom e helyen, hogy egy dionin-adagolást követő szemtekekiirtáskor a hátsó ciliaris edények átmetszésénél oly erős arteriosus fecskendező vérzést kaptam, a melytől még enucleationál nem láttam. Nem lehetetlen, hogy ezen tény, mint a dionin mélyre hatásának egy jele fogandó fel.

(Nem tudom, történtek-e direct localis vizsgálatok a dionin belső adagolásánál? Azt tartom, nem volna egészen érdektelen dolog az állati gyomor nyákhártyájának állapotjára kiterjeszteni a figyelmet.)

Darier szerint a morphium, heroin, codein és acoin is a szem conjunctivájára alkalmazva hasonló hatással bírának, mint a dionin. Kipróbálván ezen szereket, mindössze az edények megtelődését észleltem, de oly ophthalmiát, mint a szóban forgó szemnél, korántsem.

Pick a dionin ophthalmiát traumatikus conjunctivitisnek tartja. E szerint csakis maró dolgokra lehetne gondolnunk, mint pl. a savakra. Kétségtelen tévedés ez Pick részéről. A maró savak által okozott tünetek szöveti elváltozásokkal, ronesolásokkal, pörkképződéssel járnak együtt, míg itt ilyenekről szó sem lehet, azonkívül a szem nem szokhatja meg ezeket, mint a dionint és még hozzá nem hatnak analgetice, miként azt a dioninnal tapasztaljuk.

A dioninnak eddigelé tárgyalt lymphagóg tulajdonságában rejlik hatásának legfőbb kriteriuma, nem szabad azonban kevésre becsülnünk e szer analgetikus hatását sem, melyben kételkedni a közölt esetek és mások észlelése alapján is lehetetlen.

Gondolnom kellett arra is, vajjon a dioninnak nincs-e antiseptikus hatása és a gyógyeredmény vagy annak egy része nem tudandó-e be ennek? Ennek eldöntése céljából dioninos táptalajokat készítettem agar, gelatin és bouillonnal. Eljárásom a következő volt: vízfürdőn fölolvastva, pl. a normalis agart saját kémcsövében annyi dionint juttattam hozzá oldott állapotban, míg körülbelül 10%-os dionintáptalajt nyertem, gondosan figyelvén persze arra, hogy a levegőből fertőzés ne jusson a táptalajhoz. Ezután a szokott módon ferde felületet állítottam elő. Hasonlóan bántam el a gelatinnal. A bouillonnal való eljárás természetesen egyszerűbb. Az így készült dioninos táptalaj fertőzéstől óva szintén steril marad, mint az érintetlen talaj; talán mindössze egy kissé sötétebb sárgás színárnyalatot kap. Kísérleteimnél minden esetben dioninos és normalis talajon történt a beoltás ugyanazon anyagból ugyanazon időben, sok esetben több példányban.

Tapasztalataim oda zárulnak, hogy a dionin bizonyos fokú antiseptikus értékkel látszik birni. Vizsgálataimat azonban ez irányban nem tekinthetem befejezetteknek, mert a kérdés

eldöntése hosszú és sokoldalú megfigyeléseket igényel. Annyi tény, hogy több talajon feltüntetett eredmény az, hogy míg pl. az egyszerű tápanyagon a blennorrhoea sacci lacrymalis beoltott váladéka már másnapra jelentékeny vitalitással bíró culturát hozott létre, addig a dioninoson sok esetben vagy egyáltalában nem jelentkezett vagy jóval később és ez esetben sem mutatott oly gyors fejlődési hajlamot. Impressióm az, hogy a dioninnak a culturák kifejlődésével szemben gátló hatása van. Azonban nagyobb jelentőséget a dioningyógyhatásban ebbeli tulajdonságának nem volnék hajlandó betudni.

A dionin alkalmazása keresztülvihető többféleképen. Mindenekelőtt oldat alakjában 5—10% concentrációban naponta 1—3-szor. Jobban oldódik mint a peronin és ezen előnye van fölülte, de azért az üveg falán a dugó körül kissé lecsapódik. Hatását illetőleg azonban messze átmarad a poralakban való adagolás mögött. Csöppentés után olykor alig jön létre izgalom ugyanazon egyénél, kinél a por vastag chemosist okoz. Kölesnyi mennyiséget vevén föl megnedvesített sondavéggel a legalkalmasabb módon juttathatjuk a kötőhártyára. Wolffberg kis dioninpálczikákat készített, melyek csipeszszel a conjunctivára téve gyorsan elolvadnak és hatásukat teljes mértékben kifejtik. Nálunk ezek elkészítése igen költséges és a poralakban való nyújtással egészen meg vagyunk elégedve. A Darier által ajánlott subconjunctivalis injectiókat dionin-oldatból nem ajánlanám. Külső alkalmazásnál semmi esetre sem láttam eddig intoxicációs tüneteket, míg subconjunctivaliter könnyebben jöhetnek létre. Bloch 5% dionint juttat az 1%-os sárga higanykenőcsöz és lefekvés előtt alkalmaztatja. Régi maculák föltisztításában igen jó eredményeket jelez.

A beteg a conjunctivalis duzzanat keletkezésére minden esetre figyelmeztetendő, nehogy ettől megijedjen. Az adagolásnál érezhető égetést könnyen ellensúlyozhatjuk 2—3% cocainbecsepegtetéssel, úgy hogy maga a gyógyeljárás a beteget nem igen zaklatja.

Nem hagyhatom említés nélkül, hogy recidivákat a dionin által kigyógyított esetekben nem egyszer észleltem, de ilyenkor mindig kimutatható volt az alapbántalom exacerbatiója (görvélyes állapot: a nyaki mirigyek duzzadása, az ajk és orrczimpák puffadása, nátha), a mi természetesen nem irandó a dionin gyógyértékének rovására.

Kísérleteimet és megfigyeléseimet tovább folytatom és ninesz kizárva, hogy a dioninalkalmazás indicatióit még pontosabban körülírhatom. Eddigi tapasztalataim szerint a dionin haszna kétségen felül áll, mindenféle eredetű szaruhártyabántalomnál (kivéve a kötőhártya megbetegedései által föltételezettek) és a szivárványhártya és sugártest bántalmainál, hol mydriaticumokkal kapcsolatban nyújtandó.

A dioninnal eddigi hathatós szereinkhez egy új igen jelentékeny szer csatlakozik, a melynek nem szabad hiányozni egy szemorvos szertárából sem és mely nemcsak pótszere valamely eddiginek, hanem hiányt tölt be.

Kedves kötelességem hálás köszönetemet kifejezni volt főnökömnek Szili tanár úrnak a beteg-anyag átengedéseért és azon figyelemért, melyet kísérleteim iránt tanusított.

Közlemény a székes-fővárosi szent Margit-kórházból.

### Myxo-sarcoma retrobulbare operált esete.

Fejér Gyula dr. kórházi rendelő orvostól.

A szemteke mögötti daganatok egyik főtünetét az exophthalmus képezi. Annak fokából, irányából ítéljük meg a szemteke mögötti daganat nagyságát, helyét. Az orbita felső részében székelő daganat a szemteket lefelé tolja, alul székelő felfelé irányítja és csak az izomtölesér közepén helyet foglaló képlet nyomja egyenes irányban előre a szemteket.

A szemüreg daganatai elég ritkán kerülnek megfigyelés alá. Billroth az 1860—76-diki időközben a zürichi és bécsi klinikákon 2058 daganat között csak 18-at észlelt az orbitában, alig tesz ki tehát egy perezentet. Hasner a szemre vonatkozó általá-



nos statistikát állított össze, melyből megtudjuk, hogy 8 év alatt megfigyelt 162 eset közül 40 a szemtekén, 86 a szemhéjakon és 36 a szemüregben fordult elő, azaz a szemén jelentkező daganatoknak csak 28%-ja észleltetett a szembűdörben. A mi a kort illeti, az orbita daganatai leggyakrabban a gyermekkorban fordulnak elő, azaz 36 közül 1–10 évig 11, 11–20-ig 9, tehát az észlelt eseteknek több mint a fele a 20-dik év előtt fejlődik. Alorvosi szolgálatom alatt körülbelül 30,000 szembeteget észleltem, de szemteke mögötti daganattal nagyon ritkán találkoztam, úgy hogy egyetlenegy műtetre sem emlékszem vissza, eltekintve azon esettől, melynél a cornea-scleralis határon fellépő sarcoma a szemteke enucleatiója után recidivált és a szembűdör tele volt puha sarcomatosus metastasisal.

Eltekintve azon daganatoktól, melyek a szem belső hártájából erednek, a túlkhártját áttörik és a szembűdörben tovább nőnek, a szemüregben található mindenféle szövetből indulhatnak ki daganatok. Izomzat, kötőszövet, látóideg, látóideg hüvelye, esont és esonthártja, könnymirigy, mind alapul szolgálhatnak egy daganat keletkezésére. Legtöbbször egy oldalon szokott fellépni, nagyon ritka a kétoldali lymphoma. A szemüreg körülvevő melléküregek, a sinus frontalis, sphenoidalis, Highmori-ból szintén indulhatnak daganatok, áttörve a falat, az orbitában tovább fejlődhetnek.

A szemüreg sejtszövetéből kiinduló daganatok leginkább cysták, e csoportba tartoznak az encephalocoelek is. Veszélyesnek a belső szemzúgban, a könnyesont tájékán fellépő daganat hullámzik, bizonyos áttetszőséggel bír és ha nyomásra feltűnően kisebbedik és agynyomás tünetei lépnek fel, úgy a diagnózishoz kétség nem fér; ily fajta daganatoknál óvatosságnak kell lenni, mert agyhártyagyuladást okozhatunk. A dermoid, olajcysták és nagyfokú vérzések után fellépő cysták szintén e csoportba tartoznak. Echino-coccus-hólyag, cysticercus az orbitalis kötőszövetben ritkán fordul elő. Az angioma több fajtája fejlődhetik a szemüregben, érdekes jelenséget képez az „Exophthalmus intermittens” név alatt leírt daganat, mely a retrobulbaris vénáknak nagyobb nyomás alatti kitágulásán alapszik. Lipoma a szemüregben nagyon ritka, *Carron du Villards* leírása hitelt nem érdemel. A kötőszövet csoportjaihoz tartozó daganatok közül leggyakrabban a sarcoma, valamint annak több faja. A sejtek alakjától, festenyzettségétől függ elnevezése, leggyakrabban fordulnak elő a kerek- és orsóalakú sejtekkel bíró sarcomák. A daganat consistentiája a kötőszövet mennyiségétől függ, sok kötőszövet keménységet kölcsönöz a daganatnak. A melanotikus sarcoma ritkán haematogen eredetű, sokszor az érhártyából kiinduló primaer daganatnak képezi metastasisát. A kereksejtű sarcomák fiatal egyéneknek, gyermekeknek gyakoriak, puha consistentiával bírnak, néha fluctuálnak, gyorsan nőnek, recidiválnak, rossz prognossissal bírnak. Az orsóalakú sejtekkel bíró sarcomák a negyvenes évek körül szoktak fellépni, lassan fejlődnek, a recidivára kevés hajlandósággal bírnak, kivéve a melanotikus daganatokat, melyek gyorsan okoznak metastasisokat.

Az orbita kötőszövetéből kiinduló daganat a szemteke hártájára soha át nem terjed, kivételt egyedül azon esetek képeznek, midőn a daganat a látóidegből indul ki. *Goldzieher* gliomatosus folyamat egy esetében a daganatnak a látóideg intraocularis részletére és a reczeshártja szomszédos részleteire való áttérjedését constata. Epithelialis rák szintén áttérjed a szemtekére.

Az irodalomban sok operált és gyógyult eset van közölve, mely esetek részint a szemteke megtartásával lettek műtétvé, részint exenteratio orbitae végeztetett, midőn minden kóros anyag el lett távolítva. A Krönlein-féle műtét, mely az os zygomaticum, az orbita külső falának ideiglenes resectiójában rejlik, szintén alkalmas arra, hogy a szemteke mögötti daganatokat a teke épségben hagyásával távolítsuk el.

*Berlin* a Graefe-Saemisch kézikönyvében az orbitalis tumorokról írott értekezésében myxosarcoma 9 esetét tudott felsorolni, melyek közül három 10 éven aluli korban, három 20–30 éveseknél, egy 55 éves és egy 67 éves egyénnél fordult elő. Az észlelők egyike 4 évig recidivát nem látott, többen erről említést nem tettek, míg mások metastisokról és gyors exitusról tettek jelentést. Öt esetben anatómiai, azaz görösövi vizsgálatok állanak rendelkezésünkre, orsó-, azaz csillagalakú sejteket találtak mucin-tartalmú folyadékban. Rendkívül érdekes *Recklinghausen* esete, ki a látóidegfőben szintén daganatot talált, a nélkül, hogy az

orbitalis daganattal összefüggésben állott volna. *Prochnov* Kovács klinikájáról három esetet közölt. Kétszer sarcoma, egyszer osteoma volt a diagnosis. Az egyik sarcoma 29 éves nőnél, a másik 36 éves orvosnál fordult elő. Mindkét esetben sikerült a daganatot eltávolítani a szemteke épségben tartásával, a betegek teljesen meggyógyultak és látóképességüket sem veszítették el. Igen érdekes a második eset, mert orvosnál fordult elő, ki magát kellőképp megfigyelte. Leírja, mennyi idő alatt fejlődött a daganat, mennyit szenvedett látóképessége és a szemmozgatási képessége, a szemteke eltolása következtében. Az eltávolítás könnyen sikerült, a seb gyorsan gyógyult, a látóképesség visszatért, dupla képek nem léptek fel többé. Mindkét esetben a daganat közel volt a szembűdörkívhöz, az első alul, kívül, a második esetben felül belül, az eltávolítás nehézségekre nem ütközött. A görösövi lelet alapján a diagnosis bizonyos, további megfigyelések azonban rendelkezésre nem állottak és recidiváról mitsem tudunk. *De Vincentis* a foramen opticum környékéről egy szilvanagyságú, betokolt myxosarcomás daganatot távolított el; a belső egyenes izom tenotomiája után a szemtekét kifelé luxálta és így fért hozzá a képlethez. A szemteke épségben maradt, egy 7 mm. hosszúságú idegcsomakkal.

A „British Medical Association” 63-dik Londonban tartott congressusának szemészeti szakosztályában nagy vita fejlődött az orbitalis tumorok diagnostizálásáról. *Swanzy* behatóan tárgyalta a kérdést, főleg három szempontból. Van-e egyáltalában daganat a szemteke mögött, a szemüregre van-e szorítkozva vagy a melléküregek is meg vannak támadva, végül a daganat melyik fajtájával van dolgunk. A sarcomát illetőleg elfogadta *Berlin* definitióját, azaz ha egy solid dudorzos felülettel bíró daganatot látunk, mely nem fluctuál, nem pulzál, össze nem nyomható, nem kökemény, az agyállományal, a szemhéjakkal, a szemtekével, a könnymirigygyel, a látóideggel, a melléküregekkel össze nem függ, akkor biztosan orbitalis sarcomával van dolgunk. Ugyanezen szakosztály ülésében tartott előadást *Panas*, az orbita ál-rosszindulatú daganatairól. Azon megfigyelésből indult ki, hogy léteznek biztosan kórismézett orbitalis daganatok, melyek egy véletlenül hozzácsatlakozott orbánez vagy belsőleg adagolt gyógyszer alkalmazása után eltűnnek, azaz meggyógyulnak. Ilyen alkalomkor luetikus alapon fejlődött daganatra gondoltak. Több esetet közöl, melyeknél kimetszés alapján görösövíleg megállapították a kereksejtű sarcomát és mégis jodkali belső adagolása után meggyógyultak. Ilyen eseteknél az orrból vagy annak melléküregeiből származó infectiót és ez által okozott lymphadenoma képződést tart lehetségesnek. Végül azon conclusióra jut, hogy sarcomának tartott orbitalis daganatoknál, még a görösövíleg megállapított diagnosis esetén is, az infectióra gondolni kell és műtéthez csak akkor kell fogni, ha a belső gyógykezelés sikerrel nem járt. Az infectio okát mindig az orrban, garatban vagy a melléküregekben kell keresni. Mint gyógyszerert higanyt, jodot, arsen, infectio esetén az orbánez culturáiból nyert serumot ajánl. *Argyl Robertson* támogatja *Panas* nézeteit minden tekintetben. *Spencer Watson* kétoldali exophthalmust észlelt, mely az alsó kagylók eltávolítása után teljesen gyógyult. Magam is közöltem a „Közkórházi Évkönyv” 1897-diki évfolyamában egy 53 éves nő esetét, kinél a 2–3 mm.-nyire ki-dülledt szem harmadfél hónap lefolyása alatt nagy adag jodkali adagolása után teljesen visszafejlődött, az izmok visszanyerték működési képességeket, a szárhártya érzékenységet. Egy daganatot vagy gyuladást vettem fel, mely az izomtöleserben székelt és luetikus alapon fejlődött. Erre mutatott nemcsak a jodkalium gyors hatása, hanem a szájpaddlason jelenlevő hegesezés és a felső álkapocs mellső csontfalának és a járomcsontnak objective és villamos átvilágítás útján kimutatható megvastagodása, mely tünetek a lues harmadik időszakában szoktak fellépni, tehát a supponált retrobulbaris kötőszöveti gyuladással együtt egy kórképhez tartoznak. Ki kell emelnem, hogy az orr, garat, melléküregek teljesen szabadok voltak, tehát *Panas* szerinti infectióra gondolni sem lehetett. Igazsága van *Panasnak*, hogy az olyan esetekben, midőn a retrobulbaris daganatok kiindulási pontja, eredete nem látható, mindenkor kísérletet kell tenni belső gyógykezeléssel, mert esetemben is műtét beavatkozással csak kárt okozhattunk volna. Nem is fogtam fel ál-rosszindulatú daganatnak, hanem mint „luetikus alapon fejlődött és gyógyult exophthalmus” esetét írtam le.

Fontos tehát a rosszindulatú és ál-rosszindulatú daganatok



közötti differentialis diagnózis, a kórjóslat és a műtévest, azaz gyógykezelést illetőleg. Emlékezetemben van egy eset, melynél a külföld egyik legjelesebb klinikáján egyoldali supponált retrobulbaris daganat miatt a Krönlein-féle műtétet végezték jelenlétemben, de kitágult vénákon kívül semmit sem találtak. Bizonyosan sok mindenféle gyógykezelést végeztek a betegnél, mielőtt e súlyos beavatkozásra határozták el magukat.

Közlendő esetemben a diagnózis megállapítása nehézséggel nem járt, a daganat rosszindulatához kétség nem fért.

Egy 9 éves cigány gyermeket vettem fel május hó 31-dikén a szent Margit-kórházba. Anyja elbeszéli, hogy a gyermek jobb szeme már négy év óta kezd kidülni, a szemteke lassanként mindjobban előretolódik. Fájdalmas nem volt soha, szemhéjait mindig be tudta csukni, látása nem volt nagyobb mértékben zavarva. Egy héttel felvétele előtt forrósága volt, köhögött, feje fájt, és a szeme annyira előredüledt, hogy alsó szemhéja kifordult és szemét becsukni nem tudván a szaruhártya alsó fele még alvás közben is fedetlen maradt. Ezen idő óta szeme zavaros lett, látását elvesztette. A gyermek állítólag sokszor volt lázas, fájdalma volt, de étvágya, széke rendes.

Felvételkor azt találtam, hogy a gyermek jobb szeme erős mértékben kidüledt és felfelé van tolva, az alsó szemhéj annyira ki van fordulva, hogy a szemhéj bőréből mit sem látni, mert a vérdús, megvastagodott kötőhártyával fedett, hurkaszerű, az egész szemrész hosszában kiterjedő, solid tapintattal bíró képlet által teljesen luxálódott. A szemteke mozgása minden irányban akadályozott, csak ki- és befelé végez kisebb excursiókat. A felső szemhéj alatt, ha a felső szemöldökív alatt mélyebben benyulunk, szintén egy kemény tapintattal bíró, homályosan batárolt képletet érzünk.

Csekély ciliaris injectio, a szaruhártya alsó fele genyiesen beszűremkedett, felső fele szintén zavaros, csarnok nincs, az íris lapjával oda van tapadva. A szem fényérzéssel nem bírt. Bal szem teljesen ép.

Pár napig megfigyeltem a beteget, mielőtt műtetre határoztam el magam, hiszen a szemteke, látóképesség úgyszólván vesztve volt. Több szempontból kellett az esettel foglalkoznom; először a helyes diagnózis szempontjából, bár semmi kétség nem fért hozzá, hogy retrobulbaris daganattal van dolgom. Nem tudtam persze meghatározni azt, hogy a szemüreg melyik szövetéből indul ki. Daganatra mutatott a lassú fejlődés — négy év óta; gyulladás jelenségei, fájdalom teljesen hiányzott, agyi tünetek sohasem léptek fel, mely körülmények arra engednek következtetni, hogy a daganat a szemüregre van localizálva, az agyalapra még nem terjedt át. Szerettem volna a szemtekét megmenteni és a daganatot a Krönlein-féle műtét segítségével eltávolítani, de egy genyedésben lévő szemnek értéke úgy sincs, inkább feláldoztam, hogy annál gyökeresebben irtsam ki a daganatot.

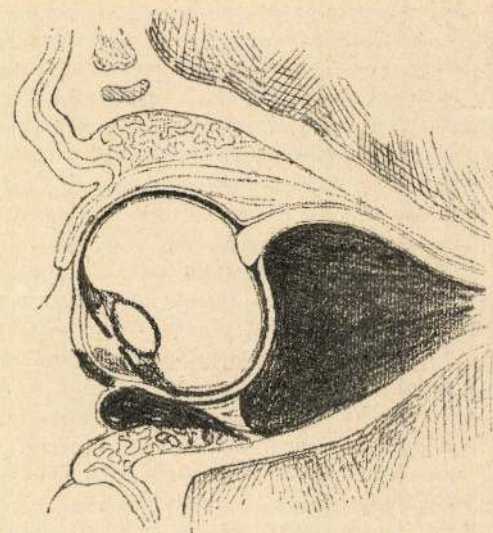
A szaruhártyában fellépett genyedést — magától értendő — a mechanikai úton támadt lagophthalmus következtében kell magyaráznunk. A szájpaddáson, orrban minden rendes. A melléküregek vizsgálatát *Irsai* tanár volt szíves végezni, mely alkalommal kiderült, hogy a frontális üregek villamos fénynyel átvilágíthatók, a Highmor-üreg mindkét oldalon sötét marad; e jelenséget azonban kórosnak jelezni nem szabad, mert mindkét oldal sötét marad és valószínűleg a csont megvastagodása akadályozza meg a fénysugarak áthatolását.

A műtétet június 9-dikén mély narkosisban végeztem. Elővigyázat szempontjából a kifordult alsó szemhéjon Pravaz-fecskendővel próbapunctiót végeztem — eredmény nélkül. A szem enucleatióját rendes úton hajtottam végre, csak a nagyfokú vérzés következtében gyorsan akartam végezni, a szemtekét — három oldalon való felszabadítás után — kézbe fogtam, véletlenül megnyomtam, mire az elgenyedt szaruhártya szétesett, a szemteke megpukkant és tartalmának csekély része kinyomódott. A szemteke eltávolítása után alul a kötőhártya által fedett szilvamagnagyságú képletet távolítottam el, mely a csonthártyával, kötőszövettel, de a sclerával is erősen össze volt kapaszkodva. Metszlapja lobularis jelleggel, sárgás színezettel, göbös consistentiával, kemény tapintattal bírt. Az orbita mellső részéből több ilyen részletet távolítottam el. A szemteke eltávolítása után kutattam az exophthalmus valódi oka után és ujjal a szemüreg mélyében egy az üreget

teljesen kitöltő, az orbita falához odasimuló, kemény tapintatú, több helyen dudorzos, fénylő tokkal bíró képletre pukkantunk, mely elől gömbölyded alakú, hátul vékonyodott és a foramen opticumhoz oda van rögzítve. A daganatot felül ujjal körül lehetett tapintani, de alul az orbita falához annyira odasimult, hogy körülfogni nem lehetett. A tokot felhasítottam, de a daganatot egy darabban kifejteni nem lehetett, több részletben távolítottam el nagy nehézséggel. A kimetszett darabok hasonló jelleggel bírtak, mint az előbb leírt, de vele összefüggésben nem volt. A szemüregre a kóros anyagtól lehetőleg megtisztítottam, a foramen opticum táját éles kanállal kikapartam és a vérzést csillapítva tüzes vassal óvatosan megpörkölttem. Az üreget jodoformgazzal kitöltve a szemet bekötöttem.

A daganat kisdiónyi nagyságú, hátul vékonyodott és a foramen opticum táján alul rögzítve volt. A szemüreg kitágult, mert rendszerint az orbitai falai töleszerűleg összejönnek a foramen opticum körül, de jelen esetben a lassú és hosszantartó nyomás következtében a gyermeki fiatal csontfalak kitágultak és a szemüreg hátul öblös formával bírt. A daganat a csonthártyából indult ki, még pedig két helyen, hátul és elől, de a két helyen fellépő daganat egymással összefüggésben nem volt.

A nagyfokú vérzés miatt a műtét 1½ óráig tartott, de mindennek dacára beteg a narkosist jól tűrte. Az első három napban az esteli hőmérsék 38 fokra felment, a szemüregben csekély fokú genyedés mutatkozott, de negyedik napra a gyermek teljesen láztalan lett és a genyedés is megszűnt.



A sebfelület szépen granulált, az alsó szemhéj az égetés után támadt hegesezés következtében kissé behúzódott. A gyermek július hó 28-dikán hagyta el kórházunkat granuláló sebfelülettel.

Október hó 1-sején — két hó után — gyermeket újra láttam, a szemüreg mélyéből a sebtülesér közepén egy kis lencsenagyságú puhatapintatú granulomát távolítottam el.

A szem boncsolásánál kitűnt, hogy alsó szemhéj conjunctivája által fedett daganat a sclerával össze nőve nem volt, onnan könnyeden lehetett leválasztani. A szaruhártya alsó fele genyiesen beszűremkedett, mellső csarnok tele volt genyennel. A szem bel-sejében rendellenességet találni nem lehetett, a szemteke külső hártájára áttörve sehol sem volt. A bulbussal összefüggésben le-metszett látóidegrészleten kórosat felfedezni nem tudtam. A há-tulsó daganat egyes darabjaiban itt-ott kocsányos színezetű gom-bostüfejnői nagyságú részleteket lehetett látni. Egy jellegzetes darabot átadtam *Minich* dr.-nak, a szent János-kórház boncnok-főorvosának, ki szíveskedett azt górcsővel megvizsgálni. A da-ganatot oly *myxosarcomának* tartja, a melyben aránylag nagy kötőszöveti sejtek mellett igen kevés kötőszöveti rostnyaláb is található; a sejtek nagyobbbrészt nyálabos elrendezései és hol sűrűbben, hol ritkábban fekszenek és ez által myxomás terü-letek kifejezetten sarcomás részletekkel váltakozva fordul-nak elő.

A gyermekeknél előforduló sarcomák esetei rosszindulatúak. *Lawford* négy esetben tudta a lefolyást követni. Az első esetben



egy négy éves fiúnál a daganat két év alatt fejlődött, öt hóval a műtét után recidivált és nemsokára a halál agyi tünetek között következett be. A második eset egy 10 éves leánykánál fordult elő, kinél a diónagyságú kemény daganat a szemüreg felső negyedében lépett fel. A daganat eltávolítása után az exenteratio vált szükségessé. Az esetet még 15 hónapig gyógyult állapotban volt alkalma megfigyelni. A harmadik megfigyelés egy két éves fiúcskát illette, kinél esés után egy a szemtekét felfelé toló daganat mutatkozott. A szemüreg teljes exenteratiója nem akadályozta az exitust, mely négy hónappal későbbben meningitis következtében állott be. A negyedik esetben egy 10 éves leánykánál a könnymirigy niveaujában egy lebenyes, a csonttal összefüggő és a foramen opticumig nyúló daganat mutatkozott. Az exenteratio után két hóval a gyermek agyi tünetek között meghalt.

A göröcsövi vizsgálatnál mind a négy esetben sarcoma fusicellulare-t állapítottak meg.

E négy esetből is látszik, hogy a gyermekkorban fellépő sarcomák milyen súlyos prognossal bírnak. Esetemet negyedik hónapja figyelem, a gyermek jól érzi magát, persze további sorsáról biztosat mondani nem lehet.<sup>1)</sup>

A mellékelt schematikus rajz nagyjában akarja feltüntetni a daganatnak a szemtekében való viszonyát. A metszet iránya sagittalis. Elöl a szaruhártyában feketével rajzolt terület a beszűmkedett részletet jelzi. A mellő csarnok alsó felén látható gyengyülem, szintén sötétben van rajzolva.

A daganat a látóideget felfelé tolta, szorosan odasimul a szemüreg alsó és felső falához. Nagyságára nézve is kellő felvilágosítást ad e rajz, mert a daganat nagysága a szemteke nagyságának majdnem megfelelt. Elöl látható a periosttal és a sclerával szorosan összefüggő, de a hátulsó daganattal összekötésben nem álló daganat átmetszete.

## Közlések a szent Rókus-kórház szemészeti osztályáról.

### I.

#### Gonorrhoeás endogen fertőzés esetei.

A mióta a figyelem a gonorrhoeás általános fertőzésre fordult, szaporodnak azon közlések, melyek a gonorrhoea által endogen úton keltett szembajokra vonatkoznak. Egészben véve azonban a gonorrhoea mint aetiologikus momentum még mindig nem foglalta el az orvosi közönség előtt megillető helyét.

A következőkben három esetet ismertetünk, a melyek a gonorrhoeás fertőzés különböző localisatióját jól illusztrálják.

#### *Conjunctivitis et keratitis gonorrhoeica.*

K. P., 20 éves férfi 1900. október 16-dikán jelentkezett a szent-Rókus kórház szemészeti osztályának ambulanciáján. Akkor azt találtuk, hogy mindkét szem héjai duzzadtak, kötőhártyák vörösek, lazultak, kevés nyákos váladék, élénk ciliaris injectio, cornea, iris: épek, pupilla középtág, fényre jól reagál. Friss bő váladékú gonorrhoea urethrae-je van, melynek kapcsán arthritise is fejlődött. Még aznap felvételt nyert Farkas László főorvos osztályán, honnan naponta ájtárt a szemészeti osztályra. A kötőhártya gyuladása 1% arg. nitr. ecsetelésre, majd enyhe adstringentiákra javult. November 3-dikán jobb szeme megfájult, élénk ciliaris injectio keletkezett, november 5-dikén a cornea felszínes rétegeiben számos pontszerű homály keletkezett, melyek fölött az epithel kissé kiemelkedik. A kórfolyamat a keratitis subepithelialis punctata képét adja. November 15-dikén hasonló tünetek mutatkoznak a bal szemén, míg a jobb szem javult, 23-dikán a foltok eltűntek s a szem megbékült. A gyógyítás meleg boroga-

tásokból és scopolamin-szemecseppekből állott. Ez alatt gonorrhoeája is megjavult, arthritise is gyógyult.

A kórkép nem felelt meg sem a catarrhalis, sem a direct infectio útján keletkező gonorrhoeás conjunctivitisnek. Sajátságos jelleget ad a kórképnek a keratitis subepithelialis keletkezése. Nem lehetetlen, hogy ezen complicatio rendes kiegészítője a gonorrhoeás conjunctivitisnek, miáltal értékes diagnostikus jel birtokába juthatunk.

Az endogen úton keletkező conjunctivitis gonorrhoeicáról Haltenhoff<sup>1</sup> és van Moll<sup>2</sup> részletesebben irtak.

#### *Iritis gonorrhoeica.*

G. F. 36 éves férfi, a szent Rókus-kórház szemészeti osztályán 1900. október 2-dikán nyert felvételt. Ezt megelőzőleg 14 héttel szerzett gonorrhoea urethrae, izületi bántalmak nem voltak. Szemei 7 hete fájnak. Mindkét szemén élénk ciliaris injectio, cornea hátsó felszínén finom praecipitatumok, csarnokvíz zavaros, pupilla szűk, iris bágyadt, elmosódott szálazatú. Havas Adolf tanár főorvos által megejtett vizsgálat kiderítette, hogy a beteg szervezetében luesnek nyoma sincs. Polyarthrititis rheumaticája sem volt. Közelfekvő a gondolat, hogy a serosus iritis gonorrhoeás eredetű. E mellett szól a lefolyás is, a gonorrhoea javul-tával párhuzamosan az iritis is javulni kezdett, synechiák nem keletkeztek s gyógyulva hagyta el a kórházat.

Hasonló esetet Scholtz Kornél<sup>3</sup> közölte a Szemészet hasábjain.

#### *Retinitis gonorrhoeica.*

Sch. M. 25 éves férfi első ízben 1900. október 26-dikán ama panasszal jelentkezett, hogy jobb szemén nem lát tisztán olvasni. E szemén kiskokban mindig rövidlátó volt, míg másikon messzelátó. A jobb szem látása 1.5 D, myopiája javításul 5/5, a balé 5/7 s e szemén convex 0.50 D üveget elfogad. Objective a szemek épek voltak, legfeljebb a jobb retina vérbőnek mutatkozott. Október 29-dikére a látás 5/10-re süllyedt s ekkor a retina borús-nak, a papilla határai leplezetteknek s a vénák telteknek látszottak. A jobb szemén retinitis diffusa képe állt előtünk. A meg-ejtett vizeletvizsgálat negatív eredményt adott, a luesnek nyoma sem volt s szervezetében az egyedüli kóros jelenség egy kiskokú gonorrhoea volt. Ragaszkodva azon felfogáshoz, hogy localis okból retinitis diffusa vagy egyáltalán nem, vagy a legritkábban fejlődik, a gyanu arra irányult, hogy a retinitis gonorrhoeás eredetű. Ez okból a beteg nem is kapta a szokásos bedörzsöléseket vagy pilocarpin-injectiókat, hanem a therapia jodkalium szedésére s a gonorrhoea urethrae kezelésére szorítkozott. November 2-dikán nyirokérnyúlada keletkezett a gonorrhoea virusa tovaterjedésé-nek jelölül. November 10-dikén a látás 5/15-re javult, a retina borúsága csökkent, november 24-dikén a látás teljes, szemfenék ép, nyirokérnyúladas meggyógyult. Az egész idő alatt a jodkaliumon kívül, valamint a kankó kezelésén kívül más gyógy-eljárásban nem részesült, szemeit ugyan kimélte, de nem volt sötét szobára kárhoztatva. A lefolyás és az eredmény igazolták az összefüggést és az eljárás helyességét.

Gonorrhoeás eredetű retinitist eddig csak egy-két esetben irtak le, valószínű, hogy több eset elkerülte a figyelmet. Ráskai-nak a közkórházi orvostársulatban a gonorrhoeás általános fertő-zésről tartott előadása alkalmas arra, hogy a gyakorló orvosok figyelme a rejtettebb gonorrhoeás betegségekre is irányuljon.

Kaldrovits Andor dr.,  
Szent-Rókus-kórházi orvos.

### II.

#### Ophthalmoplegia externa oculi utriusque.

N. M. 28 éves napszámos folyó év október 31-dikén vé-tetett fel a szent Rókus-kórház szemészeti osztályára. Beteg-ségére vonatkozólag előadta, hogy körülbelül egy év előtt azt vette észre, hogy szemeit kellőképpen kinyitni nem tudja, baja másnap rosszabbodott és a rosszabbodás körülbelül két hétig

<sup>1</sup> E közlemény correcturájánál az eset további sorsáról akarok pár szóban megemlékezni. Pár nap előtt beteget a kórházba újra felvettem, a daganat recidivált, a szemüreg hátsó része puha sarcomatosus daganattal van kitöltve, a szemhéjak, — különösen az alsó — hegzővet által befelé húzódtak; a gyermek jól érzi magát, agyi tünetek hiányoznak, a melléküregek szabadok. Talán sikerülni fog egy újabb kikaparrással a gyermek életét pár hónappal meghosszabbítani, mert a megmentéshez reményt nem fűzök.

<sup>1</sup> Ueber Conjunctivitis gonorrhoeica ohne Infection. Archiv für Augenheilk. XIV. 103. 1889.

<sup>2</sup> Gibt es eine metastatische Conjunctivitis? IX. Congrès international d'ophtalmologie d'Utrecht 1899.

<sup>3</sup> Az iritis gonorrhoeica. Orvosi Hetilap Szemészet. 1897. 2. sz.



fokozódott, azóta pedig betegsége egy stadiumban van, sem javulást, sem rosszabbodást nem vett észre. Beteg soha sem volt szemhajától eltekintve, jelenleg is teljesen jól érzi magát. Családjában ideg- vagy elmebeteg nem volt.

A beteg mindkét szemén ptosis van jelen, a bal szemrést 3 mm., a jobb szemést 5 mm.-re képes csak kinyitni; a szemek középállásban maradnak, a bal szem abból egyáltalában nem térhet ki, a jobb szem rángatózás alakjában bal aláfelé csekély, alig számbevehető kitérést végezhet. A pupillák egyenlők, közep-tágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Látás mindkét szemén teljes, accomodatio korának megfelelő, látótér-szabad, szín-érzés normalis, szemfenék ép.

Betegünknek tehát mindkét szemén az összes külső szemizmok hűdtek, míg a belső szemizmok működése teljesen ép.

Kérdés tárgyát képezi első sorban a bántalom székhelye. A szemizomhűdés egyenlőre létrejöhetnek a szemmozgató idegeknek peripherikus vagy centralis megbetegedése következtében. Vannak tehát 1. peripherikus szemizomhűdés, midőn az idegek extracerebralis lefutásukban a szemüregben vagy pedig az agyalon vannak megtámadva. Az orbitalis hűdés egyoldaliak és a szemmozgató idegek összenyomtatása folytán keletkeznek, a mi az orbita álképletei, vérzése, periostitis vagy caries következtében jöhet létre. Esetünkben már a bántalomnak kétoldali volta kizárja az orbitalis eredetét, a mit megerősít még azon körülmény, hogy látászavar, exophthalmus avagy a bulbus hátranyomásánál fájdalommasság nincs jelen, a melyek pedig az orbitalis eredetű szemizomhűdés rendes kísérői.

Ha az idegeknek az agyalon történt megbetegedése következtében keletkeznek a szemizomhűdés, a mi az idegeknek agyalapi daganatok, meningitikus agyalapi izzadmányok, aneurysmák, vérzések, agyalapi törés stb. folytán történt összenyomtatása következtében jöhet létre, akkor a szemizomhűdés lehetnek egy- vagy kétoldaliak és ezeknek megkülönböztetése a centralis eredetű hűdésektől sok esetben igen nehéz. Esetünkben, eltekintve attól, hogy az említett agyalapi bántalmaknál rendszeren még más agyi ideg is meg szokott betegedni, különösen gyakran az opticus (neuritis optica), a mi pedig betegünknek ki nem mutatható, az agyalapi eredet ellen döntő azon körülmény, hogy míg az oculomotorius által ellátott összes külső szemizmok hűdtek, addig ugyancsak az oculomotorius által ellátott belső szemizmok működése teljesen ép.

2. Cerebralis szemizomhűdés, melyek lehetnek corticalisak, midőn az agykéreg és idegmagvak közötti rostok, nuclearis hűdés, midőn magok az idegmagvak és fascicularis hűdés, midőn az idegmagvaktól a periphéria felé haladó rostok a fehér állományban vagy a pyramis pályákban vannak megbetegedve.

A corticalis eredet ellen szól az, hogy betegünknek semmi más agyi megbetegedésre mutató tünet nincs jelen. Fascicularis eredetre mutatna a szemizmok conjugált bénulása. Olyan esetekben azonban, és ezekhez tartozik betegünk, a hol a szemgolyók teljesen mozdulatlanok, eszik ezen vizsgálati módszer annak eldöntésére, hogy vajon a bántalom a fehér állományban, avagy a szürke magvakban van-e. Igen értékes vizsgálati módszert nyertünk ennek eldöntésére Högyes vizsgálataiból. Högyes ugyanis az associált szemmozgásokról szóló közleményeiben kimutatta, hogy ha a bántalom a fehér állományban a pyramis pályák mentén van, akkor ha a beteg fejét jobbra-balra mozdítjuk, a szemgolyók ezen jobbra-balra mozgást reflex úton bizonyos szabályszerű ugrásokban követik. Betegünknek ezen szemtekeugrások nincsenek jelen, kizárhatjuk tehát a kórfolyamatnak a fehér állományban való létezését is.

Mindezek után betegünknek a kórfolyamat csakis a szürke állományban, magokban a szemmozgató idegmagvakban lehet. Jogosult tehát a nuclearis ophthalmoplegia felvétele.

Az ophthalmoplegiák lehetnek heveny és idült lefolyásúak.

1. A heveny lefolyású ophthalmoplegiát Wernicke mint önálló heveny gyuladást írta le, a mely gyuladás a szemmozgató magvak táján folyik le és 10–14 nap alatt súlyos agyi tünetek kíséretében halálhoz vezet. Eseteiben gombostűfejnyi haemorrhagiák az Aqueductus Sylvii és IV. agygyomrocs felső részének szürke állományában volt a kórboneztani lelet, miért is a bántalmat poliencephalitis superior acuta haemorrhagikának

nevezte el. Wernicke három esete közül kettőben alkoholismus, egyben kénsavmérgezés volt a bántalom oka. Hasonló lefolyású eseteket közöltek infectious bántalmak kíséretében Gayet, Ulthoff-Oppenheim, melyek szintén többnyire 10–14 nap alatt letális kimenetellel végződtek és csak egyes esetekben következett be gyógyulás.

2. Idült lefolyású ophthalmoplegiák, a melyeknél több szemideg egyszerre vagy gyors egymásutánban megbetegszik, azután a bántalom hosszú ideig stationær marad. Ezen bántalom kórboneztani elváltozásait Westphal, Boedeker, Siemerling, Dufour stb. közölték és vizsgálataik végeredménye az volt, hogy a nuclearis ophthalmoplegiákat egyrészt a szemmozgató idegvak secundaer laesiója daganatok, lágyulás vagy vérzések következtében hozza létre, vagy pedig az ophthalmoplegia eredménye a szemmozgató idegmagvak primaer megbetegedésének, poliencephalitis chronica superiorinak, egy idült degeneratív lóbfolyamatnak a III. agygyomrocs és az Aqueductus Sylvii alján, a mely lóbfolyamat végeredménye a dúcszejteknek elpusztulása az idegmagvakban.

Megemlítendő még, hogy van a szemizomhűdésnek egy harmadik alakja is és ez a világhozott ophthalmoplegia.

A szemizomhűdés aetiologiája igen változatos. Csatlakozhatnak a szemizomhűdésnek valamely heveny megbetegedéshez, különösen a diphtheritishez, továbbá scarlatina-, influenza-, pneumonia-, typhushoz, mindezeket betegünknek az anamnesisből kizárhatjuk. Gyakran csatlakoznak az ételmérgezésekhez, hús-, hal- és kolbásmérgezésekhez, ezekre azonban jellemző, hogy ilyenkor első sorban a belső szemizmok a m. ciliaris és m. sphincter pupillae szoktak bénulni és csak azután a külső szemizmok. Ezt tehát kizárhatjuk, valamint kizárhatjuk vizsgálatunk alapján a diabest is, a melyhez szintén elég gyakran társulnak szemizomhűdés.

Gyakran részjelenségét képezik a szemizomhűdés a központi idegrendszer egyes betegségeinek, ilyenek a Basedow-kór, tabes, paralysis progressiva, sclerosis polyinsularis, apoplexia és progressiv bulbaer paralysis; betegünk idegrendszerében azonban annak megvizsgálásakor a patellar reflexek csekély fokozottságán kívül semmiféle kóros elváltozást nem találtunk, a mely leletünket megerősítette a Szent Rókus-kórház ideggyógyászati osztályán végzett vizsgálat is.

Leggyakoribb oka a poliencephalitis chronica superiorinak a syphilis és alkoholismus chronikus, az esetek nagy részében azonban egyáltalában nem sikerül a bántalom okát kiputálni. Betegünk syphilit és alkoholismust tagad és semmi objectiv elváltozást nem találtunk nála ezen bántalmak felvételére.

Esetünkben tehát a bántalom aetiologiája homályos s talán azon ritkább esetek közé tartozik, melyeknél az ophthalmoplegia mintegy előhírnökét képezi egy később fellépő központi idegrendszeri bántalomnak, nevezetesen a tabes, paralysis progressiva vagy progressiv bulbaer paralysisnek, a mely bántalmaknál több ízben észlelték az ophthalmoplegia fellépését már oly időben, midőn még semmi más tünete ezen megbetegedéseknek nem volt jelen.

Davidovics Jenő dr.,  
Szent-Rókus-kórházi segédorvos.

### A XIII. nemzetközi orvosi congressus szemészeti osztályának tárgyalásaiból.

Az ez évi párisi orvosi congressus szemészeti osztálya, mint azt a „Szemészet“ mult számában is jeleztük, az előadások nagy számát az által csökkentette, hogy néhány fő themát állított előtérbe, melyekre a referenseket eleve felkérték.

Az első tárgy a szemteke eltávolításának s pótló műtéteinek értéke volt. Pflüger a következő következtetésekre jutott: A szemteke enucleálása az esetek jelentékeny számában nem helyettesíthető. A klasszikus technika (Bonnet) egyszerű s gyors, de kicsiny s korlátolt mozgékonyaságú csonkot eredményez. A vendég-szem tökéletesebb alakjai haladást képviselnek, a kötőhártyát is jobban kimélik, de mozgékonyaságuk nem jelentékenyen nagyobb. A műtét technikáját kell tehát tökéletesíteni abban az irányban, hogy mozgékonyabb legyen a csonk. Erre szolgál a) az egyenes



izmoknak a kötőhártya közti — részéhez való varrása b) valamint golyó beillesztése a Tenon-tokba.

A kosmetikus eredmény kedvezőbb az evisceratio után, különösen, ha golyócskát illesztenek a sclerába.

A neurectomia optico ciliaris glaucoma absolutum eseteiben a beteg kinézését épenséggel nem érinti.

Az enucleálás különösen panophthalmitis eseteiben nem teljesen veszélytelen, mert nem egyszer meningitis követte.

Az evisceratio bulbi után is észleltek meningitist, de sokkal ritkábban. Nem szabad feledni, hogy a panophthalmitis operatív beavatkozás nélkül is halálössé lehet.

Az enucleálás nem képes a sympathikus gyulladás kitörését minden esetben megakadályozni, mégis ez a módszer nyújtja még a legnagyobb biztosítékot.

A sérülés után három héttel végrehajtott evisceratio a sympathikus gyulladás kitörését megakadályozza. Azon esetekben, a midőn enucleálás vagy evisceratio után tört ki a másik szemén a gyulladás, ezek aránylag jóindulatúak voltak s gyógyulással végződtek. A neurectomiának csekély prophylaktikus hatása van s ezért sympathikus gyulladás veszélye esetén alkalmazása nem tanácsos.

A staphyloma lemetzése, a cornea teljes eltávolítása olyan esetekben is forrása lett a sympathikus gyulladásnak, a melyek különben nem disponáltak a baj keltésére.

Az enucleálás indiciói: a szemteke rosszindulatú daganatai, sympathiás gyulladás, phthisis bulbi dolorosa. Ugyancsak indicált sympathikus irritatio, súlyos sérülések, idegen test a szemtekében, több napos panophthalmitis stb.

Az evisceratio indiciói: friss panophthalmitis, súlyos sérülések, staphyloma corneae.

A neurectomia indiciói: glaucoma absolutum, leucoma totale corneae.

A cornea lemetzésének indiciói: staphyloma partiale et totale esetei, különösen ha fényérzés van jelen.

Snellen correferens főleg a műtétek technikájával foglalkozik, úgyszintén részletesen leírja a Müller wiesbadeni gyáros által készített úgynevezett „reform műszemeket“.

Schweinitz conclusioi: Azon szemeket, melyek sympathikus gyulladás kezelésére alkalmasak, vagy a melyek rosszindulatú daganatokat tartalmaznak, el kell távolítani. A genyedésben lévő szemek is eltávolíthatók, a meddig az orbitalis szövetre nem terjedt át a gyulladás, ez esetben az evisceratio biztosabb eljárás. Olyan sérülések eseteiben, a midőn a sclerotica nagy terjedelemben elszakadt, valamint akkor, a midőn a kiterjedt sérülés már három hetes, az enucleálás a biztosabb eljárás. Ellenben friss sérülések eseteiben az evisceratio is alkalmazható. Staphyloma eseteiben az ablatio elégséges, ellenben a phthisises szemek operatívja az enucleálás. A glaucomában s chronikus iridocyclitisben megvakult szemek eviscerálhatók. Ez utóbbiak számára való a neurectomia opticoiliaris is.

Nagyon öreg egyénekben jó a leggyorsabban gyógyuló eljárást alkalmazni s ez az enucleálás. Kosmetikus szempontból a Mules (sclerotikába varrt golyó) operálása adja a legjobb eredményt, de a jó kinézés nem tartós.

Az enucleálást egyetlen pótló műtétele sem teszi feleslegessé s technikájának tökéletesedésével kosmetikus szempontból is mindinkább kevésbé kifogásolható.

Swanzy referens hangsúlyozza, hogy a sérülés után 3 héttel rövidebb időközben végzett Mules-féle eljárás a sympathikus gyulladás megelőzésében egyenrangú az enucleálással. Még az esetben is, a midőn a sympathikus gyulladás már kitört, az evisceratio bulbit elégségesnek tartja. A szemteke külső részének lemetzését veszélyesnek tartja, épen így nem terjedt el Angliában a neurectomia sem.

A vitában 16-an vettek részt, de sem a referensek, sem a hozzászólók nem hoztak fel olyan tapasztalatot vagy olyan érvet, mely alkalmas lenne azon indiciókon változtatni, melyeket a budapesti egyetemi szemklinika szerzett tapasztalatok alapján 1894-ben felállítottam (Orvosi Hetilap, Szemészet 1894. A szemteke kifejtésének indiciói).

A második főtárgy a toxikus eredetű neuritis optica volt. Nuel referens mindenekelőtt a bántalom kórboneztanával foglal-

kozik. Szerinte az idegrostok elsődlegesen betegednek meg s ellentétben az összes szerzőkkel az interstitialis szövetnek csak alárendelt szerepet tulajdonít. Ő a tabeszes, a sérülésszerű atrophiat, sőt a pangásos papillitist is parenchymás neuritisnek tekinti. Nézetét azon kórboneztani leletekre alapítja, a melyeket extractum filicis marissal megvakított állatok látókészülékében talált. A referatuma második része az ismert gyógymódokkal foglalkozik.

Uthoff referatuma két főrésze oszta, az elsőben az exogen intoxicatiókat tárgyalja, a másodikban az antointoxicatiókat, utóbbi csoportot két fejezetre oszta: intestinalis és hystiogen eredetűre. Az első főcsoportot az alcohol és dohány uralja, ezen kívül az arsenicumot, jodoformot, datura stramoniumot, ólmot, chinint, ergotint, pelletierint stb. tárgyalja. Az intestinalis endogen intoxicatiók még kétségesek. A hystiogen intoxicatiók közül a diabest, köszvény, carcinomát említi.

Az infectiós neuritisek csoportjáról azt tartja, hogy főleg a toxinok játszanak szerepet.

Megjelenési alak szerint két typust különböztet meg, úgy mint a centralis skotomával járó neuritis retrobulbaris, a melynél a folyamat partialis marad (alcohol, dohány, arsenik, jodoform, diabetes, köszvény stb.). A másik typusban a vérerek játszanak főszerepet (chinin, salicyl, extractum filicis maris). A prognózis kedvezőtlen, gyakori a teljes sorvadás.

A látás corticalis centrumáról Angelucci, Bernheimer és Henschen értekeztek. Bernheimer az anatómiai és kísérleti részt dolgozta fel. Egyetértően Munk-kal a látás centrumát a nyakszirti lebeny kérgét tekinti. Bernheimer újszülöttek és 1—2 éves gyermekek agyát vizsgálta a velős hüvelyfejlődésének számbavételével, úgyszintén segítségül vette a másodlagos degeneratio tanulmányozását. Beigazolta, hogy a keresztezett s körülbelül hasonló számú keresztezetlen rostok előbb a pulvinar thalami opticeba, a mellső ikertelepekbe s a corpus geniculatum externumba süllyednek.

Az ezen dúczokból tovább induló látórostok szétterjednek a nyakszirti lebeny egész kérgébe, bár a corpus geniculatumból jövő legfontosabb rostok a lebeny belső felszínére törekesznek. B. szerint a macula luteának nincs körülírt corticalis centruma.

A Henschen referatuma kimerítő monographiát alkot. Szerinte a primaer agydúczok közül csak a corpus geniculatum externum tartalmaz látórostokat, a másik két dúcz reflexganglionok. A corticalis központ helyéül a fissura calcarinát tekinti (tehát nem a nyakszirti lebeny egész kérgét). A macula lutea körülírt corticalis központját elismeri. Egyetértően Willbranddal azt hiszi, hogy a tárgy- és színlátásnak közös központja van.

Schloetz referatuma a nyitott sebkezelésről a Szemészet ez évi 5-dik számában már ismertettük. Hess ismert dolgozatainak eredményeképp Helmholtz alkalmazkodási theoriája mellett foglal állást. Vele szemben Tscherning és Schön a Helmholtz theoriájának tarthatatlanságát vitatták, de azt megdönteniök nem sikerült.

A főreferatumon kívül számos előadás volt. (Rapport de la section d'ophthalmologie. XIII. Congrès international de Médecine.) G. E.

## A vakság és rossz látás simulálása.

Wick K. összefoglaló szemléje nyomán.

A vakság és rossz látás simulálásáról s annak leleplezéséről gondosan összeállított és bíráló megjegyzésekkel kísért összefoglaló cikket közöl Wick. A simulálásokat 3 csoportban tárgyalja, a szerint, a mint: 1. egy vagy mindkét szem rossz látásának simulációja forog fenn, de csak oly fokban, hogy az olvasópróbának legnagyobb betűit még olvassák; 2. az egyik szem nagyfokú rossz látása vagy vaksága állítatik s végül 3. mindkét szem teljes vaksága vagy nagyfokú rossz látása forog szóban.

Az első csoportba tartozó simulálások leleplezésére több mód van. Legtöbbször sikerül a leleplezés, ha nem egy, hanem többféle olvasópróbát használunk, melyeknél a betűk különböző nagysága a vizsgálandó előtt ismeretlen lévén, hamar ellentmondásokba keveredik. Cél szerű az olvasópróbáknak sorait egyenként kívágni vagy mindig csak egy betűt mutatni a vizsgálandónak, úgy hogy a sorok vagy betűk különböző nagysága feltűnő ne legyen. Hasonló-



képen zavarba hozhatja a vizsgálandót, ha az olvasó-táblán különböző nagyságú betűk bár vízszintes sorrendben, de szabály nélkül következnek egymásután.

Másik mód az, hogy a látásélességet különböző távolságokból vizsgáljuk; erre nézve ajánlatos, hogy a távolságokat nagy különbségekkel változtassuk. Nagy segítségünkre lehet a leleplezésnél oly vizsgálati mód, melynél a távolság a vizsgálandó előtt ismeretlen. Ha például egy hengeralakú csővön át olvastatjuk a csővel szemben levő olvasópróbát akképen, hogy a cső maga el legyen fűdve, a vizsgálandó hamar zavarba jön s több látásélességet vall be, mint a közönséges vizsgálatnál. A távolságot illető megtévesztésre irányul a tükörrel való vizsgálat is, mely azon alapszik, hogy a vizsgálandó a tükörből olvasván egy bizonyos távolságban levő olvasópróbát, a betűket éppen kétszer oly nagy távolságból nézi, mint a hogy azt a legtöbb vizsgálandó gondolja. Nem is szükséges, hogy fordítva nyomtatott olvasópróbákkal rendelkezünk, mert elégséges, ha oly betűink vannak, melyek tükörképeikkel azonosak (A, H, T); természetesen megfelelnek a pontokból és kampókból összeállított olvasópróbák is.

Ha mindezen eljárásokkal egyszeri vizsgálat alatt célhoz nem jutottunk, úgy a különböző időkben megéjtett vizsgálat sokszor mégis eredményre vezet. Csak arra kell ügyelnünk, hogy minden egyes alkalommal lehetőleg ugyanazon világítás mellett végezzük a vizsgálatot. Ha e feltétel mellett más-más alkalommal különböző nagyságú betűket vagy olvasópróbákat alkalmazunk, a leleplezés többnyire sikerül. Ügyelnünk kell természetesen, hogy a betűk különböző nagysága feltűnő ne legyen.

Egy másik mód, melylyel a simulatiót gyakran sikerül leleplezni, az, hogy a vizsgálandó szeme elé üvegeket teszünk. Nem számítva azon eseteket, midőn az üveg mint a vizsgálandó fénytörési hibáját javító üveg szerepel, az üvegek elébe helyezésének az a hatása van, hogy a vizsgálandót, főleg a kevésbé értelmeset, a látásélességét illetőleg könnyen zavarba hozza. A vizsgálatot ilyenkor rendesen úgy végezzük, hogy valamely erős convex vagy concav sphaerikus vagy cylindrikus üveget helyezünk a szem elé, a mely a vizsgálat által bevallott látásélességet biztosan megrontja, ezután mindig gyengébb üvegeket cserélünk, melyekkel a látásélesség fokozatosan javul, míg végre rendszerint valamely igen gyöngye convex vagy concav üveg, vagy sokszor egyszerű plan üveg is a látásélességet tetemesen fokozza, sőt nem egyszer teljesre ( $\frac{5}{5}$ ) hozza.

Sikerrel alkalmazható a simulatio bizonyítására a látótereknek különféle viszonyok közt való vizsgálása is. Ha ugyanis mindig nagyobb távolságból történik a látótér felvétele, akkor a legtöbb simuláns nemhogy szélesebb körű látótérrel jelezze, hanem ellenkezőleg, a növekvő távolsággal lépést tartva, folyton szűkebbnek vallja azt. Ugyanezen távolságból, de többszörösen s különböző időben végzett vizsgálatoknál is nem ritkán kiderül az ellentmondás, illetve a hamis bemondás. Gyanút kelt az is, ha a vizsgált egyén látótérét minden irányban egyforma kiterjedésűnek mondja s így pl. egy bizonyos fokig körkörösén szűkült látótérrel nyertünk; akárhányszor a szűkület foka megfelel az eszközön látható valamely jelzésnek (pl. egy szög), melyet a simuláns állandó támpontul használ a vizsgálat közben; ügyes fogás, éppen ezért szándékosan valamely nem nagyon kirívó jelet alkalmazni a periméteren; a simuláns könnyen lépze megy általa.

A Wolffberg-féle színkészlékekkel való vizsgálat is elég biztos következtetéseket enged meg. Ha pl. fekete alapon egy 2 mm. átmérőjű vörös vagy 7 mm. átmérőjű kék korongot nappali világítás mellett  $5\frac{1}{2}$  m. távolságból még meg tud különböztetni valaki, de teljes látásélességet nem vall be, akkor, ha csak nem astigmatikus az illető, biztosan simuláns. Ép annyira simulálásra vall azonban az is, ha a színérzék a táblázatban jelzett megfelelő látásélességnél jobb, valamint az is, hogy ha a vizsgált rossz látást mond be és még a nagyobb színes felületeket sem tudja észrevenni, annak dacára, hogy a szem közegei tiszták s a szemfenék is ép.

Végül a fényérzék vizsgálata is szolgáltathat támogató adatot a simulatióra vonatkozólag. Mindenesetre gyanút kelt, ha a photometerrel oly rossz fényérzékletet mutatunk ki, mely a vizsgált egyén viselkedésével egyébként nincs összhangzásban, pl. ha ennek

daczára este jól tájékozódik vagy ha a sötét vizsgáló helyiségben pl. a szándékosan félretett pápaszemét könnyű szerrel megtalálja.

Ezek volnának azon eszközök és módszerek, a melyek az egyik vagy mind a két szem színelt gyenge látásának (amblyopia) leleplezésére rendelkezésünkre állanak. Mindezekhez még a vizsgáló részéről türelem és a szem gondos előzetes objectiv megvizsgálása szükséges, hogy az esetleg fényleg jelenlevő oly hibákat a szemén, melyek a látást ronthatják, kellőleg számbavehessük és mérlegelni tudjuk; cornealis folt esetén például a priori nem várhatunk a szemtől teljes látásélességet.

A simulatiók második csoportjának (az egyik szem vakságának vagy nagyfokú gyenge látásának) leleplezésére objectiv és subjectiv vizsgálati módokkal rendelkezünk.

Az objectiv vizsgálat a pupillák fényreakciójára s a binocularis fixálásra vonatkozik, minthogy a pupillák nemcsak a direct beeső fényre reagálnak, hanem consensualisan a másik pupillát ért fény útján is, nem is szükséges, hogy a vaknak állított szem pupillája mozgékony legyen. Ha valamely szem pupillája fényre alig vagy éppen nem reagál, míg a másik szem pupillareactiója jó, úgy az előbbi szem nagy fokban amblyopiás, vagy egészen vak. Ha mindkét pupilla fényreakciója egyenlően jó, akkor az egyik szem állított vaksága nem lehet igaz. Rossz látásra vagy vakságra enged következtetni, ha az illető szem pupillájának fényreakciója a másik szeméhez képest határozottan rosszabb vagy egészen hiányzik.<sup>1</sup> Mindezen vizsgálatoknál ügyelnünk kell azonban, hogy a pupillák fényreakcióját az esetleges convergentiával, illetve alkalmazkodással járó reakcióval össze ne tévesszük.

A binocularis fixálás vizsgálatánál úgy járunk el, hogy a vaknak állított szemet felváltva elföldjük és kitakarjuk, miközben valamely tárgyat, pl. egy gyertyalángot oly közletről nézetünk az el nem takart szemmel, hogy az eltakart szem kiterő kancsal állásba jusson. Ha most kitakarjuk a szemet s ez a divergáló állásból rögtön a rögzítendő tárgyra befordul, akkor a vakság ki van zárva. Másik módja a vizsgálatnak az, hogy élével be- vagy kifelé álló hasábot teszünk az állítólagos vak szem elé s ugyancsak valamely tárgyat rögzítettünk mindkét szemmel. Legjobb 8–12°-os hasábot alkalmazni. A hasáb kettős látást okoz, melyet az, a ki mindkét szemével lát, igyekszik kizárni az által, hogy a hasáb állásának megfelelően azt a szemet, mely előtt a hasáb van be- illetve kifelé kancsalító állásba hozza; a hasáb eltávolításával a kancsalító szem azonnal a helyes állásba ugrik be. Ha ez a tünet észlelhető, akkor a bemondott vakság ki van zárva. Ez eljárás azonban nem egészen biztos, mert lehet, hogy a simuláns a kettős látást nem akarja vagy nem tudja megszüntetni, mert az alkalmazott hasáb talán túlerős volt.

Az egyoldali vakságot leleplező eljárások másik nagy csoportját a subjectiv (functionalis) vizsgálatok egész sora alkotja. Valamennyinek az a célja, hogy a vizsgálandót abba a tudatba helyezze, hogy a jól látó szemével néz, holott különféle úton éppen azt érzük el, hogy a jónak mondott szemet a látásból kizárjuk s a vaknak állított szemmel olvastatunk vagy nézetünk. Legkönnyebben sikerül ez, ha mindkét szem látása egyenlően jó, míg ha a két szem látásélessége közt tényleg nagyobb különbség van, akkor nehezebb elérni azt, hogy a vizsgálandó a manipulációt észre ne vegye. Ilyenkor úgy segíthetünk a dolgon, hogy mindkét szem elé szürke vagy más színes üveget teszünk, de a jó szem elé megfelelően sötétebbet.

A vizsgálatra felhasználhatjuk a sphaerikus üvegeket. Látásolag mindig az ép szemmel foglalkozva, olvastatjuk az illetőt; ezután pápaszemes keretet teszünk fel, melynek egyikében plan üveg van, míg a jó szem előtt eleinte gyenge concav vagy convex üvegeket változtatunk, a melyek a látást nem befolyásolják; ha most feltűnés nélkül valamely erős convex üveget rakva a szem elé, a vizsgálandó ugyanazt látja, a simulálás nyilvánvalóvá lesz. Hasonló az eljárás a cylindrikus üvegekkel is. Különösen ügyes a Jakson módszere, mely abban áll, hogy a „vak” szem elé plan üveget rakunk, míg a jó szem előtt két cylindrikus üveg, egy convex s egy concav, üveg van, melyek azonban úgy vannak egymás felett elhelyezve, hogy a hatásos tengelyük párhuzamosan

<sup>1</sup> A pupillák fényreakciójából vonható következtetések elesnek a simulatiók leleplezésénél, ha reflectorikus pupilla-merevség, s esetleg a tabes egyéb tünetei is jelen vannak. Ref.



áll s így az együttes törő értékük = 0. Így olvastatunk; ha már most a cylindrikus üvegeket egymás fölött 90°-val elcsavarjuk s a vizsgálandó ugyanazt látja, mint előbb, bizonyos, hogy ezt csak a vaknak mondott szemével láthatja.

Egyszerű és könnyen kivihető vizsgálati módszer a színes betűkkel és színes üvegekkel való vizsgálás is. Többféle változatban van alkalmazásban. Az alapelv mindegyiknél az, hogy fekete alapon nyomtatott vörös betű zöld üvegen át nézve s viszont zöld betű vörös üvegen keresztül olvashatatlan (Stilling), ép úgy nem látható fehér alapon a vörös betű vörös üvegen át s a zöld betű zöld üvegen keresztül (Holmgren). A vizsgálandó 5 m. távolból olvassa a Stilling-féle táblát szabad szemmel; ezután színes üveget teszünk a jó szeme elé és pedig vöröset, ha a betű zöld s zöldet, ha a betű vörös s ha így is ugyanannyit lát, mint előbb, a simulálás le van leplezve. Természetes, hogy mielőtt a vizsgálatot eszközöljük, az üvegeket jól meg kell válogatnunk; a vörös üvegnek pl. olyannak kell lenni, hogy a vörös alapon a vörös betű, fekete alapon pedig a zöld betű teljesen láthatatlan legyen, míg esetleg más színű betűk jól olvashatók maradnak.

A hasáb is felhasználható az egyik szem állított vakságának leleplezésére. A látó szem elé alapjával felfelé vagy lefelé helyezett 10–12°-os hasáb diplopiát okoz, ha a másik szem is lát. Minthogy azonban a simuláns a kettős látást legtöbbször nem vallja be, ha a vaknak állított szeme is nyitva van, ezélszerűbb, bár nehezebben kivihető eljárás az, hogy a „vak” szemet eltakarjuk s csak a látó szem elé helyezzük a prizmát olyképen, hogy az alapja a pupilla közepének síkjába essék, midőn monocularis diplopia áll elő. Ha most a másik szemet kitarjuk s a hasábot kissé feljebb vagy lejjebb toljuk s az illető mégis kettősen lát, akkor a leleplezés sikerült, mert a hasáb ez utóbbi helyzetben már nem okoz monocularis diplopiát s a kettős látás csak mindkét szem látásának eredménye lehet. Mivel nehezebb dolog a hasábot épen úgy állítani a szem elé, hogy annak alapja a pupilla területének épen közepére essék s így elérni, hogy az egy szemmel való kettős látás előálljon, e célra külön eszközöket is szerkesztettek, melyek között a legelméletesebb s a legelőnyösebben kezelhető a Baudry-é. (Kapható Achere és Brunner látszerészknél Lille-ben.)

Minden eddigi említett eljárásnál egyszerűbb és jobb a stereoscopus vizsgálat, ha arról van szó, hogy egy szem állított vakságát leleplezzük. Minthogy a stereoscopus testies látást okoz, melynél lehetetlen megkülönböztetni, hogy a látott kép, alak vagy betű egyes részei melyik szemtől percipiálódnak, legtöbbször könnyen és gyorsan kiderül a simulálás. Ily vizsgálatokra számos nyomtatvány van alkalmazásban, melyek stereoscopuson át nézve vagy a látóterek vetélkedését, vagy testies látást vagy pedig a színek elegyedését mutatják. Kis körültekintéssel mindegyikkel sikerül a valóság kiderítése; arra kell azonban ügyelnünk, hogy a vizsgálandó a vaknak állított szemét el ne takarja, illetve be ne húnnya, s így előre ne tájékozódjék arról, hogy mit szabad a jó szemével látnia s mit nem. Burchardt oly táblákat készített, melyek gyorsan elmozdíthatók a stereoscopusban s így nincs ideje a vizsgálandónak a tájékozódásra. Jól használhatók a közönséges szekrényalakú stereoscopusok; újabban az amerikai nyitott készülékek hódítanak tért.

Megemlíthetők még azon készülékek, melyek alkalmas tükörbeállításal arra szolgálnak, hogy a vizsgálandót félrevezessék; ily készülékben ugyanis a jobb oldalt látott kép a bal szemhez tartozik s viszont. E fajta eszköz többféle módosításban ismeretes, az elv azonban mindegyiknél ugyanaz. Egyszerű módot ajánlott a leleplezésre Herter, melyhez semmiféle berendezés sem szükséges. A vizsgálandó sötét szobában lámpa mellé ül s mi egy közönséges szemtükörrel, mely azonban lehetőleg ne legyen nagy, fényt vetítünk felváltva és gyorsan majd az egyik, majd a másik szembe. A vizsgálandó feladata gondolkodás nélkül jelezni, hogy melyik szemét érte a fény. Tapasztalat szerint még a jól látó szem sem képes a pontos jelzésre; a leleplezés tehát azon alapszik, hogy a vizsgálandó olyankor is jelez fényt, a mikor az az állítólagos vak szemét érte.

Egyszerű és elmés eljárás az is, a melynek eszméjét Javal adta meg. Valamely olvasmányt 30–35 cm. távolból olvas a

vizsgálandó s e közben vonalzót vagy egy ujjunkat vagy egy írónt tartunk az olvasmány s a vizsgálandó közé körülbelül a közepre; ha tényleg nem lát az egyik szem, akkor az olvasásban az eltakart részeknek megfelelően fennakadás fog beállni, míg ha az illető folyékonyan olvas tovább, akkor a simulálás nyilvánvaló.

Vannak eszközök és eljárások, melyek az említettek többjét is egyesítik. Így pl. a Barthélémy eszköze mint stereoscopus, tükörkészülék s mint optometer használható.

Azon esetre, ha semmikép sem boldogulnának a simulánssal, még a mioticiomok s a mydriaticumok is rendelkezésünkre állnak. Ha ugyanis valamely erősebb mioticiomot, eserint vagy phystostigmint esepentünk a jól látó szembe, úgy a bekövetkezett alkalmazkodási görbes miatt képtelen lesz a vizsgált 5 m.-ből olvasni s ha mégis olvas, úgy ez csak a másik „vak” szemmel lehetséges; ugyanez áll az atropinra vonatkozólag is, midőn azonban a közelbe való látás válik lehetetlenné; az atropint feltűnés nélkül úgy alkalmazhatjuk legjobban, hogy ujjunk hegyével kenünk egy keveset oldatban vagy in substantia a jó szem kötőhártyájára, míg a másik szemet esetleg tiszta vízzel érintjük; ezután sötét szobába ültetjük az illetőt, míg az atropin hatása bekövetkezik, hogy a változásról maga tudomást ne szerezhesen. Ezután olvasmányt adunk kézbe s miután a vizsgált kifogástalanul olvasott néhány sort, eltakarjuk a jó szemét s ily módon őt magát is meggyőzzük előbbi állításának valótlanágáról.

Cuignet ajánlatára a látóterek, illetve a nézőterek (Blickfeld) vizsgálata is megejthető. Mindkét szem nyitva hagyásával eszközöljük a vizsgálatot s ha ily módon az orri oldal felől oly határokat nyerünk, melyek az orrgyök miatt a valóságnak meg nem felelhetnek (50°-on túl), akkor az egyik szem teljes vaksága nem lehetséges. A fejet ezen vizsgálatnál természetesen jól kell rögzíteni.<sup>1</sup> Kevésbé értékesíthető már a Hering-féle kísérlet, melylyel a mélységi megítélést vizsgáljuk; miután azonban jó binocularis látás mellett is akárhányszor megtörténik, hogy az eső golyó helyzetének megítélésében tévedünk, azért még többszöri tévesztést sem vehetünk a simulálásra nézve bizonyító adatnak.

Néha egyszerűen oly módon sikerül a simulánst leleplezni, hogy jó szemét bekötve, a vaknak állítottal foglalkozunk egy ideig; s most hirtelen távozunk s felszólítjuk, hogy kövessen. Megtörténhetik, hogy a vizsgált nem gondol rögtön arra, hogy jó szeme el van takarva s elárulja magát.

Mint látjuk, az egyoldali vakság leleplezésére számos eljárás áll rendelkezésünkre; hogy melyiket alkalmazzuk adott esetben, az a vizsgáló belátásától, a körülményektől, illetve a jelenlevő eszközöktől függ. Minden esetben ajánlatos bizonyos rendszert követni; functionalis vizsgálattal kezdjük rendszert s azután térünk át egyik vagy másik objectiv vizsgálatra. A ki nagyobb számú eszközzel nem rendelkezik, legtöbbször a stereoscopus egyedül is célt érhet.

A III. csoportot alkotó kétoldali teljes vakság és nagyfokú rossz látás simulálásának kiderítésére már sokkal szegényebbek vagyunk eszközeinkben. A simulálások e faja maga is sokkal ritkább az előbbieknél s az illető részéről sok leleményességet, lemondást és makaességet kíván.

Hogy a kétoldali vakságot, mely alatt a fényérzés teljes hiányát értjük, leleplezhessük, 4 pontra kell irányítanunk figyelmünket, és pedig: 1. a szemtükri leletre, 2. pupillák reakciójára, 3. a binocularis fixálásra s a szentengelyek állására különböző viszonyok között s végül 4. a vizsgálat alatt álló egyén viselkedésére általában.

Igaz ugyan, hogy teljes vakság esetén is találkozhatunk ép szemfenékekkel; ha azonban a bekövetkezett vakság óta legalább 1/2 év már eltelt, úgy a szemfenéken is látható elváltozásoknak (atrophia n. opt.) kellett kifejlődniök. Eredménynyel járhat a macula lutea tájékának hosszabb ideig való megvilágítása tükörrel; ilyenkor ugyanis, ha látás van a szemben, gyakori pislogás s esetleg könnyezés következik be.

A pupillák részéről, a mennyiben fényreactio nem volna jelen, vizsgálat tárgyát kell hogy képezze az alkalmazkodás, illetve

<sup>1</sup> A nézőterek vizsgálatának eredménye csak akkor értékesíthető, ha a szemizmok működésében zavar nincs (hűdés). Ref.



convergentiával járó reactio is; ha ez utóbbi jó, akkor 3 eset lehetséges, t. i.: 1. tényleg nincs fényérzés, 2. a fényreactio hiányát valamely alkalmazott szer (mydriaticum vagy mioticum) okozza s 3. reflectorikus pupillamerevség (tabes) van jelen. A két utóbbi esetben teljes látásélesség sincs kizárva. A különbségtétel kellő óvatosság és körültekintéssel (anamnesis, általános állapot) legtöbbször nem okoz nehézséget. Mint ritkaságot, észleltek oly eseteket is, midőn a pupillák fényreactiója megvolt, annak dacára, hogy fényérzést egyik szemem sem lehetett kimutatni; e tünetény csak úgy magyarázható, hogy a bántalom székhelye a pupillát mozgó centrum felett van a látópályákban s a reflexív retina, illetve opticus s az oculomotorius közt sértetlen. Az ily eset azonban oly kivételes, hogy a simulatio kérdésénél úgyszólván számba sem jöhet.

A két szemmel való fixálás s a látótengelyek állásának vizsgálata ismét oly momentum, mely a simulációs leleplezését elősegítheti. A vizsgálandót, ki mindkét szemét vaknak állítja, felszólítjuk, hogy saját kezére irányítsa szemeit; a valóban vak izomérzése segítségével e felszólításnak elég tökéletesen meg szokott felelni, de legalább is a jó akarat, a fixálásra való törekvés mindig meglátható rajta. Simulánsok ellenben rendszerint épen a leleplezéstől való félelmükben szemeiket mindenfelé forgatják, de saját kezük fixálását kerülik; ez a tény már maga alkalmas a simulálás gyanúját felkelteni, illetve megerősíteni. Biztosan kizárja a vakságot a következő kísérlet. A vizsgálandót egyenesen maga elé a távolba néztetik, felszólítva, hogy szemeivel mozgásokat ne végezzen; erre rendszerint hajlandó a simuláns is, sőt hogy mozdulatlan maradjon a szemeivel, még a távolban álló valamely tárgyat is rögzíti; ha ilyenkor az egyik szem elé alaplával kifelé vagy befelé álló 10—12-os hasábot teszünk s a szem a diplopia elkerülése végett a hasáb hatását kirekesztő ugrást végez, úgy az állított vakság minden esetre kizártnak tekintendő.

A mi a vizsgálandó viselkedéséből általában vonható következtetéseket illeti, az a tapasztalat, hogy hirtelen megijesztés a szemek felé irányított tárgyakkal vagy erős fényvel nem sok eredménnyel jár, mert a ki kétoldali vakságot simulál, az rendszerint előre elkészült mindenre s ha magát vizsgálat alatt tudja, rendkívül óvatos és hidegvérű. Azért inkább vezet célra a simuláns megfigyelése oly módon, hogy az a vizsgálódás látszatát ne keltse. Magaviselete járás közben (vakok széles alapon járnak, kezöket előrenyújtva tapogatóznak), esetleg útjába kerülő akadályokkal szemben való viselkedése, a külvilág egyes jelenségeinek, különböző tárgyakkal (pl. újságok, hirdetések), melyek véletlenül kerültek eléje, reá gyakorolt hatása nyomára vezethet az igazságnak.

Ha mindkét szemnek nagyfokú rossz látása, de nem teljes vaksága képezi leleplezés tárgyát, akkor ugyanazon szempontok követendők, mint a simulatio első csoportjánál.

A simulánsokkal szemben általában legjobb eljárás az, ha nem éreztetjük rögtön a gyanunkat; s ha jóakaratot mutató vizsgálatunkkal mi magunk meg is győződünk állításainak valótlanságáról, végezetül még gyógyító eljárást (sötét szoba, kötés a szemre, pilocarpin-injectio stb.) is megindíthatunk. Sokszor sikerül ily módon egerutat nyitni simulánsok számára, a kik most a gyógykezelés alatt rohamosan gyógyulnak, míg a vizsgálatok idején makacsul vakok voltak.

Leitner Vilmos dr.

## VEGYESEK.

— Új könyvek.

Atlas seltener Ophthalmoskopischer Befunde, zugleich Ergänzungstafeln zu dem Atlas der Ophthalmoskopie von Hofrath Dr. J. Oeller. Wiesbaden, Bergmann. Ára 8 M. Az 1899-dik év folyamán befolyezést nyert Oeller-féle Atlas folytatásaként teljesen hasonló kivitelben s alakban pótfüzet jelent meg, mely ritkább szemfenéki képeket ábrázol, és pedig: 1. Apoplexiae retinae, endarteritis obliterans. Thrombosis venae temporalis inferioris; retinitis circinata. 2. Striae retinae et membranae vitreae. 3. Chorioretinitis albuminurica, sanatio sublationis retinae spontanea. 4. Staphyloma posticum congenitum. Vena vortiosa chorioidae. 5. Discus et conus optico hyaloideus.

Az Oeller-féle Atlas változatosságban meghaladja, a kivitel tökéletességében pedig megközelíti a Jaegerét. Ez a legnagyobb dicséret, a mit ez idő szerint Atlasról mondhatni, a pótfüzet előbbi előnyét természetesen jelentékenyen növeli.

Die Funktionskrankheiten des Auges. II. Theil. Ursache und Verhütung der Erkrankungen der Netz- und Aderhaut, sowie des Ciliarmuskels von Dr. W. Schoen, Professor an der Universität in Leipzig. Mit eingeleitetem Atlas von 37 Tafeln. Wiesbaden, Bergmann. Ára 20 M.

Schoen könyvének első része, melyben a zöld és szürke hályog keletkezését és megelőzését tárgyalja, heves ellenzésre talált. Mint a szerző könyvének címe is mutatja, a megkezdett úton tovább haladt s a szem működéséből s annak akadályaitól magyarázza a szembajok mind nagyobb tömegét s a szem alkotási hibáinak javításával igyekezik azokat gyógyítani. Minden túlzása ellenére a könyv sok érdekes fejtegetést tartalmaz, melyek olvasása azok számára, kik a szemészet tudományában már járatosak, tanulságos. Kezddőnek azonban a felfogás egyoldalúságánál fogva nem ajánlatos.

Die Krankheiten des Sehorgans in der Armee von Dr. A. Roth, Oberstabsarzt in Hamburg, mit 9 Textabbildungen. Leipzig, Georgi 1900. 3.50 M.

A hadseregben a szemek állapota mindinkább nagyobb figyelemben részesül. A burok bántatos biztos lövéseiben bizonyára kitűnő látásélességük is nagy szerepet játszott. Roth könyve a katonai orvos igényeit tartja szem előtt, s aránylag nagy tért szentel a szem vizsgálásának s a fénytörési hibáknak. A szem betegségeit röviden, de érthetően tárgyalja.

Die Blinden in der Schweiz. Medizinal-statistische Untersuchung nach den Ergebnissen der Zählung (Sondererhebung) von 1895/96, von Dr. Laurenz Palz prakt. Arzt. Bern. 3 M. A könyv értékes adatokat tartalmaz, mert azokat orvosok szolgáltaták s 2107 vak egyénre vonatkoznak. Az eredmény 7:10,000-re. Hasonló számaránya van Németország, Olaszországnak, kisebb Dánianak (5), Hollandnak (4), nagyobb Franciaországnak (8), Angliának (8), sokkal nagyobb Oroszországnak (19), Spanyolorzágnak (14), Bulgáriának (31).

Ueber Simulation von Blindheit und Schwachsichtigkeit und deren Entlarung von K. Wiek, Oberstabsarzt. Berlin, Karger. M. 1.50. Részletesen ismerteti a jelen számban.

Die Arbeiterschutzbrillen, ihre Arten, Konstruktionen und ihre Verwendung von Hartmann und Villaret. Berlin, Heymann. 1 M.

Németország socialis politikájának gyümölcse a munkás szemének védelme, melynek érdekét szolgálja a most megjelent füzet. A charlottenburgi műegyetem tanára és a porosz hadsereg vezértörzssorvosa állottak a jó ügy szolgálatába. A kis füzet lefordításával a kereskedelmi ministerium jó szolgálatot tenne.

Die Gesundheitspflege der Augen von Dr. Georg Crenicéanu. Augen- und Stabsarzt in Bukarest. Tübingen. Pietzcker. Szerző Schulek Vilmos tanár tanítványa, a mennyiben évekig az egyetemi szemklinikán szolgált, a hol kiképzésére bő alkalmat nyert s így joggal mondhatta volna, hogy Schulek iskolájához tartozik, vagy mint előszavában mondja „Arl-Schulek“ iskolájához.

Contagious ophthalmia by Sydney Stephenson. London, Baillière, Tindall and Cox. 3 korona.

The Ophthalmic Patient. A Manuel of Therapeutics and Nursing in Eye Disease by Percy Friedenberg. New-York, London.

Augenheilkunde. Handbuch der Thierärztlichen Chirurgie und Geburtshilfe. V. Band von Dr. Jos. Bayer. Braumüller, Wien und Leipzig.

Budapest székes főváros közpórházainak évkönyve 1899. A fővárosi törvényhatóság megbízásából közreboesztják a székes főváros Duna bal- és jobbparti közpórházak igazgatóságai. Budapest, Pesti könyvnyomda részvénytársaság 1900.

A szent Rókus-kórház szemészeti osztályán az 1899-dik évben 633 szembeteget ápoltak, kiken 313 műtétet végeztek, a hályogoperálások száma 171, az iridectomiáé 69.

A szent István-kórházban 373 szembeteget ápoltak, kiken 173 operálást végeztek, a hályogoperálások száma 9, iridectomia 32.

A szent János kórházban 349 szembeteget ápoltak, kiken 196 műtétet végeztek, ezek között 65 hályogoperálást, 41 iridectomiát.

A szent Margit-kórházban 34 szembeteget ápoltak, 5 hályogoperálást, 5 iridectomiát stb. végeztek.

A Tudományos részben Fejér Gyula a szent Margit-kórház rendelő szemorvosa „Mozzanatok a szürke hályog operálása terén“ czímmel cataracta operálásairól számol be s vázolja a műteti technika változásainak phasisait.

— Arany János és Goethe látása. A Budapesti Szemle folyó évi június havi füzetében cikk jelent meg (Arany János szembaja, Grósz Emil), mely a legnagyobb magyar epikus szembajával foglalkozik. Mint Arany János versei és levelei igazolják, nagy mértékben rövidlátó volt, 1877-ben ehhez úgy látszik az érhártyában sorvadós foltok társultak. A Bolond Istók II. éneke, valamint hátrahagyott versei, úgyszintén levelei — mint az a cikkben olvasható — a rövidlátás classikus leírásait s hanyatló látásának megható panaszait tartalmazzák. A Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges november 22-diki számában Cohn boroszlói tanár kimutatja, hogy Goethe is myopiás volt. Ezt a Goethe hagyatékában talált concav szemüvegekkel igazolja, s ugyanezt bizonyítja a Goethe műveiben talált s rövidlátására vonatkozó megjegyzések is.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenttartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Pertik Ottó: Tapasztalatok a glasgowi pestis-járványról. 815. l.

Tóvölgyi Elemér: Közlemény J. Wolff berlini poliklinikájából. J. Wolff rhinoplastikai műtétéről két eset kapcsán. 819. l.

Huber Alfréd: Görcsöi készítményeknek tömeges festésére szolgáló új készülék-ről 821. l.

Tárcza, Pekár és Heim: Orvosi dolgok a párisi kiállításon. 822. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Körmöczy Emil: Ujabb munkálatok a haematologia köréből. 824. l. — Könyvismertetés. Albert Bing: Die Prophylaxe der Ohrenheilkunde. (Ifj. Klug Nándor.) — Lapszemle. Orr-, torok- és gégebajok. Weinlechner: A homloküreg cholesteatomája. (Tóvölgyi E.) —

Kisebb közlemények az orvostudományról. Poppesul: Eclampsia gyógyítása. — Walther: Néhány újabb gyógyszer használata a nőgyógyászatban. 826. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az Erzsébet-sanatorium. — A magánorvoslás díjazása. — Oklevélbemutató. — Kitüntetés. — Megjelent. — Elhunyt. — Herczel dr. — Eladó vizgyógyintézet. — Szt. Lukácsfürdő. — Krondorf. 826. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. Tartalomjegyzék.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

#### Tapasztalatok a glasgowi pestis-járványról.

Pertik Ottó ny. r. tanártól.

(Vége.)

7. William Williamson 44 éves. Lakik: Govan-külvárosban. Megbetegedett 4 héttel a kórházba való felvétele előtt, körülbelül VIII. 22. táján, állítólag fejfájással, apathiával, baloldali inguinalis buboval.

Ezen 4 hét alatt bubóját odakünn kétszer megoperálták, de az orvos pestisre nem gyanakodott.

IX. 19-dikén a Westend-infirmary-be vették fel, a hol a genyben a pestisbacillushoz hasonló bacillust találtak s azért a pestis-kórházba küldötték.

Itt a IX. 20-dikán felvett status praesensből kiemelendők a nagy apathia, a bal inguinalis tájékon nagyon fájdalmas, igen sok genyet ürítő bubo; a genyben pestisbacillussal egyező bacillusok.

Kapott egyszer 30 kem. Yersin-serumot subcutan és jóformán haldokló állapotban 50 kem. savót a vénába.

Felvétele óta genyedésszerű láza volt.

Meghalt október 6-dikán d. u.

Boncoltam október 7-dikén este 9 óra után.

Boncolási jegyzőkönyve:

Külső vizsgálat. A tetem magasabb termetű, elég gazdag zsírpárnával, mely a felső karokon 2,5, a csombokon és a hasfalakon 3 cm. vastag és lipochromban gazdag: aranybarna.

Szemek félig csukottak; alsó állkapocs merev. Nyak hosszú, vékony, részarányos. Mellkas domború. Hasfalak kevésbé behúzódtak. A hát középmentességű halvány rózsás viola hullafolt.

A bal csomb felső fele duzzadt; a Poupart-szalag alatt mintegy 5 cm.-nyire a „trigonum crurale”-ban nagy diónyi, kiemelkedő, a bőrrel összekapaszkodott gócc, melynek kúpja tetején a bőr

vékonyodott, szürkés-zöldesen elszínesedett s mogorónyi terjedelemben áttört; a folytonosság hiányát alsó szélén 6 cm. hosszú haránt-metszés. A nyílásból már nyomás nélkül takonyoszerű, nyúlós, szentes sárgás-hamuszürke geny nagy mennyiségben ürül.

Situs: Rekeszállás rendes, inkább 1/2 bordaközzel feljebb tolt. A belek igen puffadtak. A hasiir száraz.

A máj a bordaívaktól elfedett.

A mellső gátorban sok zsírszövet.

A gége s a légcső nyálkahártyája belövelt, sok genyes nyálkával takart.

A tüdők mellső részei puffadtak, légpárnatapintatúak és anyag-szegényebbek; lassan húzódnak vissza.

A szívburokban 40 kem. tiszta sárga savó.

A subepicardialis zsírszövet igen hájdús. A szív haránt-irányban megnagyobbodott, igen petyhüdt; mindkét gyomrocs diastolában.

A myocard rendkívül porhanyó és törékeny, halvány, barnás-sárga, egészen főtthús küllemű, homályos.

A bicuspidalis pitvari színén, a záró vonalon és pedig a mellső vitorlán mintegy 8 mm., a hátsón 6 mm. hosszú, sárgás pirosas, szemesezett, száraz, törékeny, friss felrakódás, és ezek szomszédságában két különálló gombostüfejni vérvész. A szívben rostonyás alvadékokkal kevert híg vér.

Az aorta belső színén számos gombostünyi egész kis len-esényi, sárga, átlátszatlan elzsírosodási petty; hasonló finom csíkok a carotisokban.

Mindkét tüdő felszíne egyenetlen: igen puffadt, dunnatapintatú, vérszegény kiemelkedések mellett mélyen besüppedő, vérdús, részben vagy egészen légtelen szigetek. Seholy beszűrődés, lobularis sem. A szövet, főleg hátul alul, igen vérdús, vizenyős, egészben kissé anyagszegény. A metszlapról nyomásnál a kis hörgőcsökből finom, genyes nyálkás cseppek ürülnek.

Bőséges genyes-nyálkás váladék a felmetszett hörgők és hörgőcsök ürterében.



A lép mérsékelten megnagyobbodott; méretei 14:6:4,5 cm.; burka vékony, ráncos; metszslapja síma, barnás-piros s ezen alapon élesen tűnnek fel a megnagyobbodott, sötét barna-piros, vérdús folliculusok. Pulpa nem könnyen vakarható ki, a trabecularis rajzolat jól látszik.

A máj valamivel nagyobb, törékeny, halvány sárgás-barna, homályos, a késpengén kevés zsíros csíkot hagyó.

Az epehólyagban mintegy 60 cm. hígan nyákos, barnás epe s benne egyetlen mogorónyi epekő. Epeutak szabadok.

A gyomor puffadt, ürében túros váladékkal kevert sárga hig bennék, nyálkahártyája halvány; submucosus vénák tágultak.

A vesék valamivel nagyobbak; burkuk könnyen levonható, az egyiknek felületén borsónyi, tiszta bennéki tömlő. Kéreg halványabb, homályos, igen kevésbé kiduzzadó; velő ennek megfelelően besüppedt. A bal vesékelyhek submucosájában három gombostüfejni véromleny.

A bal musculus sartorius egész lefutásának belső szélén ejtett hosszú mély metszés a trigonum cruraléban jó másfél öklönyi eves-geyes góczot tár fel, melynek falzata szentes szürkés-zöldesen elszínesedett és takonyszerű, nyúlós, szürkésárga evvel takart. A külső vizsgálatnál említett bőrbeli áttörés helyén egy nyirokmirigypamat, mely egész kisalmányi, szürkésfehér, velőszzerű, kaparásra sok tejfelszerű nedvet adó mirigyekből s evesen beszűrt kötőszövetből áll; lefelé a csomb közepén túlig az izom közötti kötőszövet szintén a már mondott takonyszerű lesülyedt geny-nyel beszűrt.

A vénák szabadok; ezek folytatásában azonban nevezetesen az iliacalis nyirokmirigyek diónyiak, velős metszslapúak, majdnem szétfolyók.<sup>1</sup>

Kisebkek s kevésbbé lágyak a vena cava inf. és aorta abdominalis bal oldalán fekvő retroperitonealis nyirokmirigyek is. Polyadenitis nem volt kimutatható, a csontvelő pedig külső okokból nem volt vizsgálható.

Górcsői vizsgálat: A nyirokmirigyek, különösen az el nem genyedett, velős küllemű iliacalisok metszetein itt-ott gömbsejtesen beszűrődött kötőszövetkegek kisebb-nagyobb fészkeket zárnak körül, melyeknek gömbölyű vagy ovalis sejtjei igen feltűnő alak- és nagyságbeli eltérést, vagyis kifejezett polymorphismust mutatnak: a legkülönbözőbb átmenetek találhatók a leukocytá nagyságával bíró egymagvú sejtektől az ezeknél tízszer nagyobb óriássejtektől. E sejtek egy része egyetlen, gyakran beszűrődött magot, más része több magot és számos kettős és többes oszlást enged felismerni.

Ezen lelet, nevezetesen polymorph sejteknek fészkekben való elrendeződése, az alveolaris sarcoma diagnosist kétségtelenné teszi; a jegyzetben említett heterotopias burjánzás a rosszindulatúságot már makroszkopikusan is bebizonyítja.

Diagnosis: A bal cruralis, inguinalis, iliacalis és retroperitonealis nyirokmirigyek elsődleges alveolaris velős sarcoma.

Bronchitis chronica, bronchiolitis, emphysema alveolare levioris gradus részleges atelektasiakkal.

Pestis-infectio. Myocard, máj és vesék parenchymás homályosodása, endocarditis recens verrucosa, szívbénulás.

Bakteriologiai vizsgálat: Az esetet október 7-dikén (vasárnap) éjjel boncoltam. Hétfőn (X. 8.) jelentést tettem róla Buchanan dr. úrnak, a főorvosi hivatal bakteriologusának, ki az ilyen boncolásokkal meg volt bízva, de a Williamsonénál nem volt jelen. Erre hétfőn d. u. a szolgál az általam alkohollal megnedvesített vattába burkolt praeparatumokat Buchanan dr. városi laboratóriumába vitte, hol este a máj, lép és mirigyeken ejtett friss metszslapok annyira jól conserváltaknak mutatkoztak, hogy belőlük culturalis átoltásokat közösen végeztünk. A culturák szemem elé nem kerültek, de Buchanan dr. a bubokból nyert tiszta tenyészetet adott át a következő napok egyikén. A lépből és buboból pozitív eredménnyel oltott Cairns dr. úr is, a ki a bubokból pestis-bacilluson kívül még pyogenes aureust is nyert.

<sup>1</sup> A készítmény egyik felét haza hoztam. Midőn előremet keményítés után azt itt újból feleztem, a „cavum ischio rectale“-ig terjedően a zsírszövetben szürkés-fehér, egyenmő, a megnagyobbodott mirigyek szövetével mindenben egyező, elágazódó kötegeket találtam, melyek találkozásuk helyén nagyobb csomópontokká folynak össze, egészben tehát heterotopias fekvések.

Epikritikus jegyzet: Williamson hetekkel a kórházba való felvétele előtt betegedett meg. Orvosa a „bubo“-ba kétszer bele is metszett, de genyét nem kapott. Most pedig górcsőileg kiderül, hogy alveolaris nyirokmirigysarcoma forog fenn. A bemetszés felett a mirigyek utóbb a bőrt is áttörték.

Kórházba való felvételekor a sebváladékban gyakorlott kártársak a pestis-bacillusoz hasonló bacillust találnak; halála után pedig pozitív pestis-culturákat kapott Buchanan dr. és Cairns dr. Így minden valószínűség szerint még a kórházban kívül lett a lymphosarcomás ember pestissel fertőzve. Vajjon a metszett seben át? Lehet, tán valószínű is, de be nem bizonyítható. A kórtörténet szerint Williamson VIII. 22. táján betegedett meg fejfájással, apathiával és baloldali inguinalis bubóval. A mondott mirigysarcoma ez időtájt már bizonyára megvolt; elég tanulság arra, hogy pestis idején a mirigymegnagyobbodás megítélésénél teljes elfogulatlansággal járjunk el.

8. R. Muir, a kórboncztan tanárának egyetemi laboratóriumában volt szerencsém megismerkedni Charles Workman úrral, a St. Mungo College kórtani tanárával és a Royal Infirmary kórboncznokával, a ki velem eddig előttem ismeretlen esetet közölt, mely a fennebb adott chronológiában ninesen felsorolva. A górcsői anyag és praeparatumok, melyeket leköttelező szívességgel rendelkezésemre bocsátott, kétségtelenné teszik, hogy ez esetben valódi bubo-pestis forgott fenn.

Az eset 9 éves fiút illet, a ki Govan külvárosban lakott és augusztus 29-dikén, szerdán hajnali 2 órakor hányással, fejfájással, lázzal, jobboldali axillaris bubóval betegszik meg és meghal pénteken, augusztus 31-dikén.

Prof. Workmann a halott bonczolását annak lakásán (!) szeptember 1-én végezte; a hely szűke miatt csak az agy, az axillaris bubo és a hasüreg lett vizsgálva. Lelet: jobboldali haemorrhagiás axillaris bubo a szomszédos kötőszövet savós-véres beszűrődésével. Mérsékelt lépduzzanat. A fodormirigyek mérsékelt megnagyobbodása. Agy ép.

Culturák pozitív eredményűek a lépből és az axillaris bubóból; utóbbi górcsői metszetein, melyeket itt bemutatok, az ismert óriási bacillus-tömegek a nyirokpályákban.

#### Epikritikus záradék.

I. Az itt közölt 8 esetről, melyek boncztoni, szövettani és bakteriologiai vizsgálatnak tárgyát képezték, tisztán bubos alak volt: Malloy, Mrs. Morisson, Bogan és Prof. Workmann névtelen esete. Septichaemiába átment bubos alak volt: Baby Morisson és Hill esete. Bubóval complicált pneumoniás alak volt: Robert Muir és ugyancsak Baby Morisson esete. Williamson esete külön áll, egyrészt mert az elsődleges megbetegedés nagysejtű mirigysarcomának bizonyodott, másrészt mert a másodlagosan hozzászegődött pestis-infectio sem volt tiszta, hanem pyogenekkel kevert vegyes fertőzés.

Ezek szerint a bubos alak, mely átlag mindenütt az eseteknek legalább egyharmadrészét szokta képezni és a melyet levantei pestisnek is neveztek, Glasgowban nemcsak a leggyakoribb, hanem voltaképen bonczolásra került esetekben az egyedüli alak is volt, melyhez néha általános fertőzés vagy tüdőlob is szegődött.

A bubos alak legnagyobb gyakoriságának magyarázata tudvalevően az, hogy összhangzó tapasztalások szerint a pestis-méreg behatolásának leggyakoribb kapuját a köztakaró képezi, de csak ritkán teszik azt felismerhetővé localis anatomiai elváltozások.<sup>1</sup> Legtöbbször észre nem vett, szabad szemmel nem látható hámozsolások vagy féregcsipések szolgáltatják a kaput, úgy hogy a méreg a nyirokárámmal, a szövetnedvekkel tovább sodorva, az illető táj regionalis nyirokmirigyekben szüretik meg. E mirigyek képezik a méreg tovaterjedésének útjában az első állomást, a hol a bacillusok elszaporodva, az illető testtájék bubóját okozzák. Ez az oka, hogy a mirigymegnagyobbodás székhelye a méreg behatolási kapujának tájkára utal. Férfiak gyakrabban betegsznek meg inguinalis bubóban, mint az inkább ülő életmódot folytató asszonyok, a kiknél az axillaris bubo a leggyakoribb, vagy a mindent

<sup>1</sup> Wissokowitch és Zabolotny bombay-i kísérleteik szerint a pestis-bacillus fertőzött tűnek szúrása a majmok bőrén helybeli reactio nem okoz; de a megfelelő nyirokmirigyek bubója el nem marad.



szájukhoz vezető gyermekek, kiknél a parotistáji, submaxillaris vagy cervicalis bubokkal találkozunk. Leggyakoribb a lágyéki, a hónalji, a cervicalis és submaxillaris bubo; ritkább a térdaljárakbéli, a könyök- és parotistáji.

A mély nyakmirigyek igen veszedelmes bubója tonsillaris pestis után mutatkozik. Az arány inguinalis, axillaris, cervicalis bubo között megközelítőleg olyan, mint 50:30:15.

A mirigyduzzanat mogorónyi, diónyi; a mirigyek vérdúsak, haemorrhagiásak, beléje szórt szárazabb coagulatio necrotikus góczokkal, vagy nedvűsabbak, puhulók, majdnem szétfolyók és mindenkor igen fájdalmasak. Könnyű eseteknél duzzadás, hyperplasia, hyperaemia és kisebb fokú oedema képezik a bonczatani substratumot. Ilyenek 6—10 nap alatt gyógyulhatnak. A nehéz esetek vagy igen gyorsan, 2—3 nap alatt vezetnek halálhoz, vagy hosszú tartamú, 4—6 hetes convalescentiával végződnek, és nagy gyengeség, vérszegénység, idegzavarok, hűdés, vak-ság, szívbeidegzési zavarok vagy secundaer genyedések és genyedések lázak útján válhatnak halálosakká. Fontosak a mirigyek és a véredények körüli kötőszövetnek, a *periglandularis* és *peri-vascularis kötőszövetnek*, valamint az izomzatnak elváltozásai, a melyek nagy lobos-savós ömlényeknek vagy igen kiterjedt haemorrhagiáknak válhatnak székhelyeivé, miáltal egy-egy mirigy-csomag ökölnyi és még nagyobb egyetlen daganattá alakulhat, mely az élön a mirigyek nagyságának megítélését megakadályozza. Két ilyen praeparatumot volt szerencsém bemutatni, jól megtartott színekkel: a Malloyét és Hill-féle bubo haemorrhagicust, melyek, különösen az utóbbi, másfél ökölnyi bubot képeztek és a metszlapon az egyes mirigyek mégis csak mogorónyiak egész diónyiak voltak, míg a bubot magát a mirigyeken kívül az erősen haemorrhagiásan beszűrt kötőszövet és izomzat szolgáltatta.

A mirigyek körüli lobos, részben haemorrhagiás oedema óriási kiterjedéseket ölthet. Így a lágyékbeliéknél a czomb, a regio glutea, a megfelelő testfél hasfalzata, az axillaris bubonál a mellkas felső fele, oldalt le a csipőtarajig, hátfelől a scapuláig, cervicalisnál az egész nyak kötőszöve lehet a beszűrődés székhelye, a mi utóbbi esetben a trachea compressiójára vezethet. A localis bubot, azaz azt, a mely a méreg megszűrésének első állomáshelyét képezte a behatolás kapujának regiojában, nevezzük *elsődleges, primaer bubonak*. Az ennek révén a vérpályák útján való fertőzés eredményeként fellépő mirigydaganatok képezik a *másodlagos, secundaer bubot*, a melynek főjellemze, hogy ennél a periglandularis kötőszövetben és általában a szomszédságban soha semmiféle elváltozás nem mutatkozik. Primaer bubo után a test összes nyirokmirigyei szenvedhetnek másodlagos duzzadást, azaz a localis primaer duzzadáshoz *polyadenitis* csatlakozhatik, mint ez legszebben Baby Morisson esetében volt látható, melynek tarkó-mirigyeiből anatómiai praeparatumot volt szerencsém bemutatni.

A bubo rendszeren már az első rázóhidegnél nem szokott hiányozni és vele karöltve járnak az esetet jellemző, súlyos *intoxicatio jelenségek*. A pestis bacillus culturáiból elég könnyen előállítható *toxinok* hatása csak újabban lett méltányolva és bizvást mondhatni, hogy ezek adják meg a kulcsot a pestis klinikai tüneteinek megértéséhez is; mert bizonyára előidézői azon *általános symptomáknak*, melyek a pestisnek egyik alakjánál sem hiányoznak, azaz úgy a bubos, mint a pneumoniás vagy septicaemiás alaknál is fennállanak. Sőt Zabolotny toxinhatásból magyarázza magának a bubonak keletkezését is.

Soha nem hiányzó toxikus tünetek pl. az arczkifejzés, mely eleinte aggodalmat, utóbb rémületet, később apathiát árul el; émelygés, hányás, rendkívül gyötrő fejfájás, álmatlanság, prostratio, eszméletlenség, delirium, dadogó beszéd, melyek együttesen a súlyos részegség benyomását keltik. Azután nyughatatlanság, állandó vándorlási ösztön, vagyis a helyváltoztatás leközdölhetetlen ösztöne, a mit különben pestisjárványokat megelőzőleg patkányokon is észleltek, úgy hogy ezek szokásaik ellenére a lépcsőket, folyosókat, udvarokat, lakosztályokat lepik el. Végre a dyspnoé, a szabálytalan pulsus, a lepedékes nyelv tiszta csúcsal és tiszta szélekkel.

A hol a pestisbacillus, mint pl. a mirigyekben vagy a tüdőben, elszaporodik, ott van természetesen a toxinok képzésének színhelye is és azért a bacillusok fejlődésének maximumával összeesik a láz és egyéb általános tüneteknek maximuma is.

A toxinok vasomotorikus hatásából magyarázandó Zabolotny szerint a kötőhártyának állandó belőveltsége is, úgy hogy ez pathognomonikus tünetnek tekinthető, továbbá a gyenge, szapora vagy intermittáló pulsus és a szívbénulás. Anatómiailag megnyilatkozó toxinhatások a pestisnél az oly gyakran látható parenchymás és zsíros elfajulások a szív húzában, a májban és a vesékben, nemkülönben a lépben, májban vagy a bőrben mutatkozó miliaris szövethnecrosisok is.

Azonban a toxinoknak nagy hatásuk van magára a *vére* is: a) A vér összetételében megváltozik, ami a *leucocytosis*ban nyilvánul, melyet a különböző expedíciókon kívül újabban Zabolotny, a kivel a Pasteur-intézetben dolgoztam és a ki itt velünk Glasgowban együtt volt, tanulmányozott. A polynuclearisok száma 10—12 ezerre emelkedhetik, a mi a pestis septikaemiás alakjánál a legkifejezettebb. Közlöm pl. Zabolotny szívességéből Mary Gray kis leányánál talált leucocytosist, a ki a glasgowi esetek között legtöbb serumot (100 cm<sup>3</sup>-t) kapott, de mégis meghalt, és atyja engedelmének híján nem volt bonczolható. E leánykánál a leucocyták száma következő volt:

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| szeptember 20-dikán . . . . . | 11,200 |
| 21-dikén . . . . .            | 13,500 |
| 22-dikén . . . . .            | 32,500 |
| 23-dikán . . . . .            | 9,900  |
| 24-dikén . . . . .            | 7,700  |
| 25-dikén . . . . .            | halál. |

Ugy látszik, hogy pestisnél is áll tehát a fertőző betegségeknek tett azon általános tapasztalás, hogy a leucocytosis a halál felé rapid módon esik.

b) Megváltoznak a toxinhatás alatt a vérsavó tulajdonságai is, a mi a *vérsavónak* a pestis-bacillussal szemben *agglutináló képességében* jut kifejezésre. Zabolotny régebbi pestis-tanulmányai-ból vett 50 esetből így foglalja össze agglutinációs vizsgálatainak eredményét:

| normalis vér | pestis első napjai | első hét vége | második hét | harmadik hét | negyedik hét |
|--------------|--------------------|---------------|-------------|--------------|--------------|
| 1/5          | 1/5—1/10           | 1/10          | 1/25        | 1/40         | 1/50         |

A vérsavó agglutináló képessége tehát a betegség első napjaiban hiányzik, csak az első hét végén vagy a második hét elején jelen meg jellemzőnek mondható fokban, azért az agglutinációs képesség a betegség felismerésére, azaz serodiagnosissra nem alkalmas, de a későbbi időszakban, oszladozó vagy elgenyvedő buboknál, melyekben már nincsen pestis-bacillus, nagy szolgálatot tehet, a mennyiben retrospective engedi meg a pestis-diagnosist felállítását. Pestis-reconvalescensek seruma egyúttal praeventiv hatású is: 1/50 cm<sup>3</sup> megvédi az egeret a halálos adag ellen.

Glasgowba mi voltaképen elkésve érkezünk és bár húsznál több eset volt a kórházban látható, egyikünknek sem volt alkalma friss pestis-esetet elejétől fogva végig észlelni, mert ott-létünk alatt újabb megbetegedések már nem fordultak elő. Ez az oka, hogy a pestisnél a phagocytar jelenségeket tanulmányozni nem volt alkalom. Hogy halálos kimenetelnél a phagocytosis elmarad, gyógyulás esetén pedig egyszerű phagocytosis lép fel, azaz a pestis-bacillusokat eleintén a makrophagok, később a mikrophagok óriási tömegekben felfalják és a bacillusok a bubokban ez úton tűnnek el, ezt figyelemmel kísérem nem lehetett. A phagocytar reactionak korai fellépése ezek szerint kedvező prognostikai jelt tenne, a mint hogy legrégibb idők óta ismeretes a pestis-bubok elgenyvedésének kedvező jóslata és az a nagy subjectiv megkönnyebbülés, a mi a bubok elgenyvedését kísérni szokta.

II. A pestisnek ú. n. pneumoniás alakja = *indiai pestis* = *pali pestis* és a bubos alak = *levantei pestis* hosszú ideig két külön betegségeknek lett tekintve. Aetiologiai egységüket a bakteriologia derítette ki. A pneumoniás alak voltaképeni megalapítója az 1896-diki bombayi járványban Child volt. Ezen járvány alatt, épen úgy mint a középkori fekete halál idejében, a pestis-pneumoniás alakja nem volt ritka. Az osztrák commissio azonban 44 bonczolásnál csak 9 pneumoniás esetet látott és pedig 3 elsődleges pneumoniát, 2 aspiratio és 4 másodlagos alakot. *Salimbeni* Oportóban 47 bonczolásban egyetlen primaer alakot sem látott. Magamnak a bonczoló asztalon két pneumoniás esetet volt alkalmam látni és pedig a Baby Morisson és az általam bonczolt Robert



Muir esetében. Sticker újabban 11, Wissokovitch és Zabolotny 6 esetet észleltek.

A pestis-pneumoniának két főalakját: az elsődleges és a másodlagos alakot kell megkülönböztetni.

a) Az elsődleges *pestis-pneumoniánál* a tüdő a pestis-bacillus első localisatiojának a helye, azaz a vírus belépésének a kapuját a légző utak szolgáltatják, azért az *elsődleges pestis-pneumoniánál hiányzik a bubo*, a mi a diagnoszt nagyon megnehezíti és bizonyossággal csak bakteriologiai alapon teszi lehetségessé, annál inkább, mert a klinikai symptomák a közönséges vagy broncho-pneumoniáéitól nem sokban különböznek (pl. Barisch bécsi laboratoriumi szolgálata esete). Tekintve, hogy bacillusoknak a légesőbe való belövelése (Wissokovitch és Zabolotny), vagy pestis-culturának a sértetlen orrnyálkahártyára való beecsetelése (Roux és Batzaroff) által a pestis-pneumonia kísérletileg előidézhető és pedig az utóbbi módon biztosabban, mint az első: a légutakon és nevezetesen az orron át való fertőzés lehetősége kétségbe alig vonható.

Körbontataniilag az elsődleges alakok *typikus confláló lobularis pneumoniát*, azaz *confláló broncho-pneumoniát* képeznek. Elsődleges tehát a bronchitis és a pneumonia voltaképpen lobularis pneumonia, de nem disseminált, hanem egy lebenynek lobulusai sorra megbetegesnek, conflálnak és a lobaris pneumonia képét adják. Az elsődleges alakok tehát rendszeren egész tüdőlebenyt foglalnak el és pedig a lobularis pneumoniás góczok successiv összefolyása következtében. A metszslapon nem látni a lobaris pneumonia szemcsézetttségét, hanem alig észlelhető igen finom szemcsézettséget, úgy hogy Gohn szerint „ist die Schnittfläche nicht fein gekörnt, sondern chagriniert“. Ellenben az egyes lobulusok contourjai élesen látszanak az interlobularis kötőszövet gyenge retractioja folytán. Górcsővel az izzadmány kevés, a bacillustömegek pedig óriásiak. Klinikailag a symptomák csekélyek, a köhögés kevés vagy semmi, a köpet is csekély vagy teljesen hiányzó és sokszor haemoptoészerű, rendszeren savós, nem nyúlós, nem tapadós.

b) A másodlagos *pestis-pneumoniánál mindig van primær bubo*. Itt a tüdő nem első localisatioja a bacillusnak, hanem az bármely kapun behatolva, a keringéssel a tüdőben localizálódik. A pneumonia itt tehát a pestisnek egy complicatioja, egyik kísérő jelensége.

Fel lehet tételezve pestis-bacillus által vagy pneumococcus vagy influenza-bacillus által vagy e kettő a pestis-bacillussal kombinálódik.

Eredésére lehet a másodlagos pneumonia *metastatikus*, azaz nyirok- és vérpályák útján előidézett, vagy *aspiratios*, pl. tonsillaris bubonál, a kihányt anyagnak az orrba való kerülésénél vagy pestises conjunctivitis könnyei által előidézve. Mindkét utóbbi esetben a Batzaroff-féle kísérleti eljáráshoz hasonlóan a bacillus az orrba kerül és így aspiráltatik, a mit nem szabad összekeverni azon eshetőséggel, mikor ép egyén az orron át kap elsődleges pestis-pneumoniát (bubohiány).

Az én két esetem ilyen másodlagos pneumonia volt. Baby Morissonnál cervicalis bubo, polyadenitis forgott fenn; a bacillus a vérből ki volt tenyésztendő, azaz másodlagos septicaemia állott be és ez úton kerültek a bacillusok a tüdőbe, a hol dissemináltak, finoman szemcsés, barnás-piros, azaz a piros májasodás stadiumában lévő, friss broncho-pneumoniás góczok keletkeztek. Górcsőleg a tüdő nyirokpályái majdnem belöveltek voltak tiszta pestis-bacillussal, a perivascularis, peribronchialis nyirokpályákban nagyobb kötegek és csapok alakjában. Az alveolusokat kitöltő izzadmány sejtes jelleme mellett Weigert-festéssel könnyen kimutatható, gyenge fibrinreczét is tartalmazott.

Robert Muir esetében a disseminált broncho-pneumoniás góczok jellemét nevük adja: *broncho-pneumonia haemorrhagica disseminata necrotica*. Az egyes góczok mogorónyiak voltak, metszslapjuk pedig annyira száraz és átlátszatlan, hogy sajtosodásra kellett gondolni. A górcső vizsgálat igen kiterjedt coagulatio necrosist mutatott ki, sőt a tüdő basisán itt-ott ikaalakú hasonló góczocskák is mutatkoztak, a melyek a vérpálya localis elzárulására utaltak. Az igen kiterjedt necrosisok mellett a capillariskban pestisemboliák nem voltak kimutathatók, azonban *kiterjedten csontvelősejtek emboliáját találtuk*, egy különben a pestisnél eddig nem constatált lelet, a melynek magyarázata a

csontvelőnek olyszzerű elváltozásaira utal, minőket az elsődleges fertőző genyes osteomyelitisnél látunk. Zsíremboliákat azonban nem találtam, de ez az alkoholban való keményítésnek és a további kezelésnek is lehetett eredménye.

Általában a *secundær pneumoniák* disseminált lobularis góczokban szoktak fellépni, a központban necrosissal vagy ritkábban lágyulással, detritus-, sőt kisebb cavernaképzéssel. Az ily góczok körül pedig a tüdőszövet igen erős, congestiv haemorrhagiás reactiot szokott mutatni, a mi (pl. a középkori fekete halál eseteiben vagy 1896-ban Bombayban is) halálos tüdővérzéseket okozhat.

III. A *pestis septicaemia* a megbetegedéseknek egy igen virulens typusa, melynél a nyirokmirigyek feltűnő duzzadást nem mutatnak, azaz a bubo hiányzik. Azonban boncztanilag kimutatható kisebbfokú polyadenitis foroghat fenn. A fertőzés igen gyors generalisatioja a jellemző, úgy hogy mirigybeli localisatioira és bubora voltaképpen idő sem marad. Nagyon jellemző a lefolyás rapiditása, a halál legkésőbbben a harmadik napon áll be. Boncztanilag nagyobb fokú lépduzzadás és igen kiterjedt vérzések (orr, vese, bél, gyomor stb.) jellemzők; az életben pedig az intoxicatio jelenségeinek rendkívüli súlyossága: apathia, extrem, legnagyobb fokú ideges prostratio, izomgyengeség, delirium, stupor és coma. Salimbeni a halált a piros vértestecek súlyos laesiojából magyarázza. A vér ily esetekben tényleg olyan, mint lépfenénél. Zabolotny ez alakot Indiában és Mongoliában még feltétlenül halálosnak találta, míg Salimbeni tapasztalásai a gyógyulás lehetőségét igazolják, ha a gyógsavó idejekorán kellő mennyiségben vitetik be a vénákba. Ilyen intravenosus fecskendezéssel 18 esetből nyolczat sikerült megmentenie, a mikor is constatálta, hogy a bacillusok a vérből csakhamar eltűnnek.

Saját eseteinkből kétségtelen tiszta pestis-bacillustenyészetet kaptunk Baby Morisson és Hill eseteinek vérből; mindkét eset azonban bubos alak volt, melyhez csak másodlagosan szegődött a vérbeli fertőzés, mely a maga részéről különösen az első esetben igen kifejezett polyadenitist vont maga után.

IV. Egészen különös alakot ír le újabban Tchistowitch (Annales de l'Institut Pasteur, 1900. 3. 132. l.). Astrahan kormányzóságban, 8 werstnyire Tsarewtől fekvő Kolobovka faluban lépett fel egy atypikus, igen rosszindulatú pestis. A falunak 3500 lakosából az aratás tartama alatt csak 550 egyén maradt otthon. Ezek között július 16-dikától augusztus 9-dikéig huszonegyen betegedtek meg és huszonhárman haltak el. Tizenhétnek volt köhögése, igen bőséges, *hígan folyó*, véres köpettel. Tompulat hiányzott, csak kevés szétszórt szőreszőreje. E mellett hányás, nagy főfájás, igen magas láz és néha petechiák. Néha csekély mirigyduzzanat, de *soha bubo*. A bonczolásoknál exsudatum pleuriticum vagy disseminált gelatinosus haemorrhagiás góczok, echymosisok, *léptumor*, de *soha valódi pneumonia*. Pestisbacillusok minden esetben ki lettek mutatva. A betegség lefolyása rendkívül gyors volt, 2–3 nap alatt ölt, mielőtt helybeli jelenségek kifejlődhettek volna. A kolobovkai járványnak különlegességét éppen a bacillus szerfeletti virulentiája képezte és az orosz szerző ebből magyarázza a jelenségeket. Mellékesen hozzátehetem, hogy e járvány a legradikálisabb prophylaxis eredményességének is példáját adja, a mennyiben, a mi Oroszországban leginkább lehetséges, drákói szigorral 195 werst hosszú kettős kordon lett vonva, a fertőzött házak egyszerűen lepecsételve és felgyújtva, a szomszédságos házak fertőtlenítve, a betegek és az azokkal érintkezett egyének izolálva, a halottak külön temetőben oltott mérszrétegek alá temetve és az összes lakosság, körülbelül négyezren, praeventive beoltva. Ez úton a járvány az augusztus 1-én fellépett utolsó és kedvező kimenetelű esettel véget ért.

V. A *pestis pustulák alakjából* a kórtermekben egyetlen esetet láttam, a mely bonczolásra nem került és a melyről dr. Wenhardt János fog referálni. A közfelfogással szemben, mely a pustulát a pestisméreg belépési kapujának tekintti, Zabolotny azok keletkezését úgy magyarázza, hogy pestisbacillusokkal telt fehér vérsejtek juttatják azokat a bőrbe és másodlagosan idézik ott elő a pustulát. Egyik mongoliai esetében a betegség lefolyása alatt a törzsön nagyobb számú ilyen másodlagos pustula fejlődött ki, melyekről dolgozatában fénynyomatot is ad.



Még azon kórboneztani vizsgálatokról kell megemlékezni, melyek dr. Buchanan, a tiszti főorvosi bakteriologus, laboratóriumában naponként végeztettek a fertőzött házakban összefogdosott patkányok tetemein. A hatóság u. i. napi tíz shillinggel javadalmazott patkányfogdosó embereket alkalmazott, a kik az összefogott és megölt állatok tetemeit ezen laboratóriumba szállították. Naponként 10–20 ily állat boncolását nézhettem végig, a nélkül, hogy ezek közül egyetlen egy is pestisre gyanus elváltozásokat mutatott volna. Különös vizsgálat tárgyát az axillaris, inguinalis, submaxillaris nyirokmirigyek, a lép és a tüdők képezték. Nem láttam oly gyanus boncolási eredményt, a mely bakteriologiai vizsgálatot tett volna szükségessé és *tényleg nem volt megállapítható semmi oly adat, mely Glasgowban a patkányoknak activ közrehatását a járvány terjesztésében beigazolni képes lett volna.* A csatornák az egész városban finom rostélylyal el vannak zárva; patkányok pusztulását sem a járvány előtt, sem utóbb észlelni nem lehetett; a fertőzött házból összefogdosottak hulláinak vizsgálata pedig, mint említettem, teljesen negatív eredményű volt.

E tekintetben a glasgowi csekély pestisjárvány a *Hankin* által *Hurdwarban* leírt járványra emlékeztet, a hol a patkányok megbetegedése szintén elmaradt és a mely esetet *Hankin* azonosképpen értékesít, mint a zoologus *Bell* állítását, hogy ezen rágesálók Angliába csak a XVII. században importáltak és így az 1347-diki nagy fekete halál idejében patkányok Angliában még nem is léteztek.

\*\*\*

Érdekes marad azon eset is, mely a bakteriologiai vizsgálatnak nagy gyakorlati fontosságát élesen állította elő. Egy munkás október 3-dikán jobb axillaris buboval került a kórházba. A bubo igen fájdalmas volt, jókora tojásnyi s midőn délután 6 órakor azon próbapunctio végeztetett, könnyű szerrel lehetett a tejfelszerű genyiből több mint 10 cm<sup>3</sup>-t nyerni. Már a fedőüvegkészítményeken demonstrálhattam tisztán *streptococcusok*nak fenforgását a genyben, a mit a Buchanan dr. laboratóriumában a genyiből nyert culturák utóbb szintén megerősítettek, úgy hogy ezen göcsői és bakteriologiai vizsgálat alapján a pestis ki volt zárható, a mit klinikai alapon lehetetlennek kellett tartani.

Érdekes volt egy pestis-gyanus gyermeknek boncolása is, a ki állítólag cervicalis mirigyduzzadással betegedett meg. *Dittmar* dr. október hó 5-dikén (?) délelőtt a Buchanan-féle laboratóriumban közölte velem, hogy újabb gyanus esethez hivatalos, a hol próbapunctiot készülni végezni. E punctio elmaradt, mert *Dittmar* dr. már csak a gyermek hulláját találta elő, melyet a pestis-kórház hullaházába szállítottatott. Itt boncolta aznap este Buchanan dr. Genyes, eves tonsillitis constatatott, melyből megfelelő ojtások is végeztettek, mert polyadenitis látszott fenforogni. E polyadenitis azonban, mint arról a jelenlévőknek meggyőződnie sikerült, csak egyik tagja volt a *constitutio lymphaticának*, mely a tonsillák, nyelvgökbeli és bélbeli solitaer tüszők és Payer-plaqueok hyperplastikus folyamatában is kifejezésre jutott.

\*\*\*

A Glasgowban elért sero-therapeutikus eredmények iránt a Yersin-serummal gyógyezélelől kezelt glasgowi pestis-betegek.

| Felvétel napja | N é v               | Betegség tar-<br>tama a felvételtől<br>napjaink | Összes        | Intraveno-<br>susan<br>alkalmazott | Bőr alatt<br>alkalmazott | Eredmény |
|----------------|---------------------|-------------------------------------------------|---------------|------------------------------------|--------------------------|----------|
|                |                     |                                                 | savómenyiség  |                                    |                          |          |
|                |                     |                                                 | köbcentimeter |                                    |                          |          |
| 1900.          |                     |                                                 |               |                                    |                          |          |
| IX. 1.         | Thomas Horne        | 9                                               | 40            | 15                                 | 25                       | Gyógy.   |
| " 8.           | Chas. Mc. Menemy    | 2                                               | 40            | 20                                 | 20                       | Gyógy.   |
| " 15.          | Mrs. Morisson       | 2                                               | 60            | 20                                 | 40                       | Halál    |
| " 15.          | Mrs. Muir           | 3                                               | 40            | 20                                 | 20                       | Gyógy.   |
| " 15.          | Mary Muir           | 2                                               | 40            | 20                                 | 20                       | Gyógy.   |
| " 15.          | Robert Muir         | 2                                               | 80            | 40                                 | 40                       | Halál    |
|                | (saját bonczolásom) |                                                 |               |                                    |                          |          |
| " 16.          | Mrs. Brawley        | 3                                               | 40            | 20                                 | 20                       | Gyógy.   |
| " 19.          | Mary Gray           | 2                                               | 100           | —                                  | 100                      | Halál    |
| " 30.          | William Williamson  | ?                                               | 60            | 10                                 | 50                       | Halál    |
|                | (saját bonczolásom) |                                                 |               |                                    |                          |          |

párisi Pasteur-intézetben igen nagy volt az érdeklődés, miért is Roux, Metschnikoff és Salimbeni uraknak a mellékelt táblázatot mutattam be. Kiderül ebből, hogy 9 eset közül 4 halt meg, azaz majdnem 50%. Ha ezzel a legutóbb Oportóban Salimbeni és Calmette-től elért eredményeket szembesítjük, melyek szerint serummal kezelt 142 esetből meghalt 14.78%, serum nélkül a városban expectative kezelt 72 esetből meghalt 63.72%; érthető, hogy a glasgowi eredmények a párisi Pasteur-intézet vezetőit ki nem elégitették. Ezen urak kritikája, melyhez magam is kell, hogy hozzájáruljak, oda concludál, hogy:

1. az alkalmazott adagok túlgengék voltak, mert Calmette és Salimbeni azon eredményre jutottak, hogy egy eset kezeléséhez átlag 150–200 cm<sup>3</sup> savó kell.

2. Az angolok nem jártak el helyesen, midőn aránylag sok serumnak a betegség korai stádiumában és a mennyire csak lehet, intravenosusan való alkalmazását elhanyagolták. Míg a Salimbeni-féle principium az, hogy korán, intravenosusan és sokat fecskendezzünk be, az alatt az angolok csekély subcutan adagokkal kezdték és későn alkalmaztak elégtelen intravenosus befecskendezést. Maga Van-Ermengen is azt tartja, hogy a hat esztendő Mary Gray meg lett volna menthető, ha a láz második exacerbatiojánál újból kap intravenosus serumbefecskendezést. Az esetet e stádiumában mi már nem láttuk, de Van-Ermengen beszéli, mennyire volt ez esetben meglepve a serumbefecskendezés jótékony hatásától. Felvételekor absolute öntudatlan volt, cervicalis, axillaris bubokkal, nagy lázzal. Az intravenosus befecskendezések nem sikerültek, a vénáknak állítólag igen szűk volta miatt, úgy hogy 30 órával a betegség kezdete után 40 cm<sup>3</sup>-t kapott a bőr alá. 6 órával a befecskedés után a láz 4 fokkal szállt alá, az általános állapot javult és a gyermek édesanyját felismerte. Mint a táblázat mutatja, összesen 100 cm<sup>3</sup>-t kapott bőr alá és úgy látszott, hogy meg van mentve, a mikor újabban felszökött a láz. Salimbeni szerint ekkor újabb erőyes savóbefecskendezés volt indicálva, de ezt az angolok, mert a lázat a már adagolt savó hatásának tekintették, elmulasztották és így a gyermek meghalt.

\*\*\*

Van-Ermengen és Zabolotny urakkal eszmecsere folytattunk a glasgowi pestisjárvány összbenyomásairól és azokat körülbelül e pontokba lehetne összefoglalni:

A járvány behurcolásának módja ismeretlen maradt. A forrás valószínűleg tengeri hajó volt.

A járvány typusa a leggyengébbek közé tartozott. Össze nem hasonlítható pl. a kolobovkai 1899-diki astrahani járvánnyal, a hol 24 esetből 23 halt meg, míg itt 33-ból körülbelül 10.

A glasgowi járvány a pestisnek tisztán bubos alakja volt, a mi a pneumoniás alaknál tudvalevőleg sokkal kevésbé veszedelmes.

A betegség klinikai diagnosisánál a bakteriologusok közrehatása nem volt nélkülözhető, különösen a Reception-house-ból került enyhe esetek diagnosisa csak bakteriologiai alapon sikerült.

A boncolt esetek közül egy sem mutatta a pestisnek egészen friss, fondroyans alakját vagy acut képét, a mely 2–3 nap alatt öl, hanem jóformán mindegyik protrahált lefolyású eset volt. Egyik legacutabb eset volt még a Baby Morisson-é.

A járvány terjesztésében a patkányoknak semminemű activ szereplését vagy közrehatását kimutatni nem lehetett, a mivel talán összefügg a betegség korlátozott elterjedése.

A baj terjedésének legfőbb beigazolt módja a halottvirrasztás volt, a hol a közvetlen érintkezés túlszűfolt piszkos helyiségekben a veszély fenyegetésének tudata nélkül volt az elősegítő tényező.

### Közlemény J. Wolff berlini poliklinikájából.

#### J. Wolff rhinoplastikai műtétéről két eset kapcsán.

Közlő: Tóvölgyi Elemér dr.

Ezelőtt tizenegy évvel J. Wolff a berlini sebészek egyesületében egy általa feltalált rhinoplastikai műtétről számolt be és előadása kíséretében bemutatott egy beteget, a kinek egy cavernosus angioma következtében az elülső felerészben tönkrement



orrát az új methodus segélyével megközelítőleg normalissá tette. Eme műtét főjellemvonása abban állott, hogy az orrhiány pótlására szolgáló és a bőrrel összefüggésben hagyott esontlemez áthajlítása nem vált szükségessé. Ez előnyös újítás dacára azonban e methodus, senki által meg nem ismételve, csakhamar feledésbe merült, és maga J. Wolff is csupán a napokban került újlag ama helyzetbe, hogy műtétét két betegénél alkalmazhatta.

Szerencsém volt mind a két operatiót, valamint ezek után a gyógyulás menetét megfigyelhetni és miután a végeredmény igen előnyösnek mondható, szükségesnek vélem, hogy ez eljárás mivoltáról e helyen beszámoljak.

A rhinoplastica a sebészet egyik legrégebben kultivált ágához tartozik és mint tudjuk, már az ó-korban Indiában végeztek hasonnemű műtéteket. Azonban főleg a XV-dik és XVI-dik század tekintendő amaz időszaknak, midőn első ízben tettek komoly tudományos kísérletet az orr részleges avagy teljes hiányainak a pótlására.

Próbát tettek az elpusztult orr helyettesítésére a szomszédságból avagy távolabbi testrésztől vett ép bőrlebenyekkel. A XV-dik században „Branca” siciliai sebész ajánlotta a felkar hajlító oldalából kimetszett bőrlebenyeket. Ez eljárás közel kétszáz évig nagy virágzásnak örvendett és főleg a XVI-dik században „Tagliacozzo”-nál talált pártfogásra. A XVIII-dik század elején rövid időre újra alkalmazásba vették, hogy ezután csakhamar körülbelül nyolczvan évig ismét feledés borítsa. Ez időtől fogva azonban mind maig, habár gyéren, folyton akadtak ez eljárásnak barátai (Gräfe, Dieffenbach). 1894-ben Schmidt Stettinből a berlini sebészek egyesületében egy általa műtett esetről emlékezett meg, hol egy nagyobb fokú orrdefectust a karból vett bőrlebenyvel helyettesített. Az eredmény szerinte tizenegy hét múltán igen szép volt, azonban ugyanekkor már az átplántált lebenyben egy kis zsugorodás volt észlelhető. Bardleben ugyan e gyűlésen azt az ajánlatot tette, hogy a kar bőrlebenyeit csak részleges orrhiányoknál vegyék alkalmazásba, mert nagyobb defectus esetén, bármikép is készítjük a karlebenyt, nagyfokú zsugorodását később ki nem kerülhetjük. Ezzel a nézettel szemben viszont F. Krause egy több hónap előtt hasonló módon operált betegnél a kosmetikus eredménnyel igen meg volt elégedve. 1895-ben Lindner, dacára, hogy betege a gyógyulás tartama alatt igen nyugtalanul viselkedett és e mellett a kar bőrlebeny egy része gangraenescált, mégis jó resultatumot volt képes elérni. P. Berger egy évvel később a kar helyben tartására szolgáló szerkezetet állítólag oly előnyösen módosította, hogy a betegek tíz napig is minden panasz nélkül elviselték kényelmetlen helyzetüket, a minek köszönhető, hogy valamennyi műtét kitűnően sikerült és utóbb maradandónak bizonyult. Samson szintén igen dicséri ez eljárást.

Részleges orrhiányoknál az épen maradt orrfél, avagy a pófák bőrből kimetszett lebenyekkel végezett műtét, a tulajdonképeni ősi indiai methodus, főleg Franciaországban divik (Nélaton). Németországban egy időben viszont Dieffenbach után a homlok bőrért alkalmazták előszeretettel. Blasius a kifordított, azaz a nyálkahártyával kifelé tekintő felső ajkat is bizonyos esetekben felhasználta az orrhiány pótlására.

E műtéteknek a bőrlebenyek későbbi zsugorodása mellett az is nagy hátránya, hogy az arczon, már tudniillik a honnan a ebenyeket vesszük, rútitó hegek maradnak vissza (P. Berger), ezért dacára a több oldalról hirdetett kedvező eredményeknek, ez eljárás nem talál elég pártfogóra, sőt mindinkább kezd kimenenni a divatból. A hetekig, sőt hónapokig is esetleg változás nélkül megmaradó, újból formált orr, épen a bőrlebenyek nagyfokú zsugorodása folytán, később a felismerhetlenségig eltorzul.

Dieffenbach 1828-ban mint első kísérlette meg a részben megmaradt, behorpadt orresontokból az újonnan alkotandó orr számára egy biztos vázat készíteni és ez által megvetette az otalis rhinoplastica alapját. Az ő nyomdokán haladtak Ollier, majd Langenbeck, utóbbi azonban annyira nem volt megelégedve az általa elért eredményekkel, hogy nagyobb orrpusztulások esetében inkább a műlegesen készített prothesiseket ajánlotta.

Korszakalkotó újításnak vetette meg az alapját Ollier 1859-ben, midőn állatkísérleteivel kimutatta, hogy az idegen

helyre átültetett csontthártya esontképző tehetsége megmarad. E felfedezés után remélhetővé vált, hogy végre sikerülni fog a rhinosztomai műtéseknek maradandó eredményt biztosítani. Azonban sajnos, még e felfedezés évének folyamán kitűnt, hogy ez új methodussal, habár minden esetre nagy haladást jelent, mégsem lehet kielégítő eredményt elérni, azon okból, mert a kezdetben meginduló bő és a törési callus folyamatához hasonlítható proceduránál képződő csonttrészeteket ugyanazon szomorú végzet éri később, mint a bőrlebenyeket: azaz jelentékeny zsugorodásnak esnek alá (J. Wolff).

Israel utóbb állította, hogy az újonnan képződött csont zsugorodása nem jön létre és ennek bizonyítására 1893-ban egy műtett beteget mutatott be a berlini sebészek ülésén, a kinél az azelőtt másfél évvel a periost segélyével képezett új orrnak az alakja mit sem változott, sőt a bemutatás előtt két hónappal a csont egy részét a túlságos callusképződés miatt el kellett távolítani.

Igen szép eredményeket értek el az orr képzéséhez transplántált bőrlebeny alábélelésével Volkmann, Hueter és főképen Thiersch. Ez eljárásnak ugyanaz a hátránya, mint az ó-indiai methodusnak, azaz az alábélelésre szolgáló bőrlebeny a pofa bőrből kerülve ki, szintén az arc nagyobb fokú elégtelenítésével jár. 1886-ban König, majd Israel és Rotter ez eljárást annyira tökéletesítették, hogy legalább sikerült az újonnan képezett orrvázat állandóan a kezdetben nyert alakjában megtartani. Ezt pedig úgy érték el, hogy az áthajlításra szánt esontlemez eredeti alapjával csupán a periostnál fogva maradt összeköttetésben, de magán a csonttrészetben egy megfelelő széles bőrdarab rajta hagyott (J. Wolff). Ez újításra König felfedezése adott alkalmat, a ki első ízben vette észre, hogy a transplantálásra szolgáló bőr-esontlemez, mint olyan, új helyén is megmarad, azaz a csontrészek így sem mennek tönkre.

Israel, a rhinoplastikai műtétek egyik kiváló mestere, egy congenital lues folytán kifejlődött orrdefectusnál először a kar bőrlebenyét, hámrétegével befelé fordítva, egy homlok bőr-esontlebenyét pedig kifelé tekintő hámréteggel transplántált, úgy hogy bár utólagos javítgatások nem voltak elkerülhetők, de a zsugorodásnak még a lehetősége is ki volt zárva. Egy más esetben a csontlemez az ulnából véste ki, de az elért eredmény nem volt teljesen kielégítő, ezzel szemben igen kitűnően sikerült két műtete az általa javított König-féle eljárás alapján, a midőn a tibiából kivésett csontdarabból készítette az orrvázat. Israel is, ha csak lehetséges, a homlokból képzendő bőr-esontlebeny elkerüli kosmetikus szempontból.

Dembrowski viszont modificálta a König-Israel-féle methodust és eljárását igen ajánlja oly esetekben, hol az orrhát nagymérvű behorpadása van jelen.

Hacker totalis rhinoplasticánál egy nyolcz millimeter széles és egészen a septum végéig érő periostesontlemez transplántált a homlokból, a csontlebeny alsó végét behajlítja, a mi az újonnan képezett orr számára szilárd támaszként szerepel.

Mondanom sem kell, hogy a homlokot ez az eljárás mód nélkül elcsúfítja. Mikulicz, hogy a homlokhegeket elkerülje, a felső állcsont orrnyúlványának a periosteumát használja fel az újonnan képzendő orr létesítésére.

Meg kell még röviden emlékeznem a különböző műlegesen készített orrvázakról, más szóval prothesisekről is. Megkísérlették különböző fémekből műorrakat készíteni, még leginkább bevált az ezüst, míg az aluminiumot e célra alkalmazni azért nem lehet, mert a könnyvíz csakhamar megtámadja (Dieffenbach). Sokan a borostyánnak adnak előnyt (Leisrink), mások a kemény kaucsuknak.

Ujabban igen ügyes vázakat készítenek némely műszerészek, szemüvegekre odaforrasztva.

Smyth egy esetet a Lancetben rajzban is bemutatott, hol a szemüvegen a műorr mellett még egy műbajusz is helyet foglalt, az arc rútitó hegeinek elfedésére szolgáló.

M. Krassin egy arany drótokból álló apparátust szerkesztett, Lossen pedig kemény kaucsukkal próbált szerencsét. Mindkét eljárással állítólag a részben elpusztult avagy behorpadt orrhát pótlását, vagyis a horpadás kiegyenlítését célozták, és mint állítják, jó sikerrel.



A J. Wolff-féle rhinoplastikai műtét határozott haladást jelent ezen a téren. A többi methodusok mellett megvan az a nagy előnye, hogy egyszerűsége folytán gyorsan végezhető, utólagos javítgatások szükségtelenek és a műtét utáni nyolcz-tizedik napon a beavatkozás végeztélje el van érve. Miután részleges orrdefectusoknál a bőr-csontlebens magából az épen maradt orr-részletből kerül ki, a homlokot és az arcot éktelenítő hegek nem rúttják el. És végül, mint már fentebb említettem, a csontlebens áthajlítására sincsen szükség. Ez eljárás teljes orrdefectus esetén is alkalmazható, de természetesen ily esetekben a homlok-ból vagyunk kénytelenek a megfelelő lebenyt készíteni.

E methodussal be van bizonyítva, hogy a König-féle szabály, a mennyiben a bőr-csontlemez átplantálás után is csontos marad, azon esetre is áll, ha a lebeny magából az épen maradt orr-részletből vétetik.

J. Wolff a műtétet legutóbbi két betegén a következő módon végezte.

A glabellából kiindulól, a bőrön és az összes lágyrészeket át a csontig hatoló metszés, az orrhát közepén két oldalra oszolva, a jobb és bal oldalon egyformán a defectus széléig, egészében egy fordított *gamma* alakban történt. Az így keletkezett, hegyes végével felfelé tekintő, nyelvalakú bőrlebens csúcsának és oldalsó széleinek megfelelően mindkét orrsont a spina nasalis ossis frontis legfeljebb részletével a homlokcsont és a felső állcsont orrnyújtványától véső segítségével leválasztott. A most már felszabadított és az alapján csak két alsó szegleténél összefüggő háromszögű bőr-csontlebens annyira aláhúzták, a a mennyire az az orr eredeti hosszának megfelelt és a felső szabadon álló szegletet, a mely ez által vagy másfél centimeterrel lejjebb került, két oldalt a csontos orrfalakhoz szorosan odavarrták és a sebszéleket azután gondosan egyesítették.

Az operatio tartama alatt a segédek digital compressioval gátolták meg a vérzést, olyaténképen, hogy szorosan a készített sebszélek mentén egymáshoz szorított újjakkal a lágyrészeket a csontos alapjukhoz oda nyomták. Ez az eljárás kellő gyakorlat híján igen fáradtságos, de az operateur munkáját végtelenül megkönnyíti és így a vérvesztés is a lehető minimumra csökkentetik.

A másik betegnél, hol szintén az orr elülső részletén foglalt helyet a defectus, a műtét hasonlóan végeztetett, de a septum hiánya folytán egy második kis műtét is szükségessé vált, a mely az orrsövénynek legalább részleges pótlására szolgált.

Jelenleg, azaz a műtét harmadik hetében, a sebszélek per primam intentionem gyógyulása után elmondható, hogy mindkét esetben az orr normalis alakját majdnem visszanyerte.

*Irodalom.* J. Wolff: Ueber einen Fall von Rhinoplastik mittelst eines ohne Umklappung herabgezogenen Hautknochenlappens. Berliner klin. Wochenschrift. 1890. 24. sz. — *Diakonoff*: Zur Rhinoplastik bei Sattelnase. Centralbl. f. Chir. 1892. — *Czerwinski*: Zur Technik der Rhinoplastik. Centralbl. f. Chir. 1889. — *M. Krassin*: Die Rhinoplastik mit goldenem Stützgerüst. Wratsch. 1892. 2. sz. — *J. Israel*: Ein verbessertes Verfahren der Rhinoplastik bei Sattelnase. D. med. Wochenschrift. 1892. 2—3. sz. — Rhinoplastik. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 1893. junius. — *v. Hacker*: Rhinoplastik mit Verwendung eines Periost-Knochenstirnappens. Wiener klin. W. 1894. 9. sz. — *T. Dembrowski*: Ein Vorschlag zur Verbesserung der Rhinoplastik nach König-Israel. Przegląd chirurgiczny. III. kötet. Centralblatt für Chir. — *Lossen*: Über Rhinoplastik. Centralbl. f. Chir. 1898. — *Keen*: The cases of plastic nasal etc. Med. and surg. reporter. 1896. — *P. Berger*: Rhinoplastie par la méthode italienne. Bull. de l'acad. de méd. de Paris. 1896. — *E. Küster*: Rhinoplastik aus dem Arm. Deutsche Gesellsch. f. Chir. im Langenbeck Hause. 1894. — *v. Samson*: Zur Rhinoplastik. St. Petersburger med. W. 1896. 21. sz. — *v. Hacker*: Zur partiellen u. totalen Rhinoplastik. Beiträge z. klin. Chir. 2. füzet. 1897. — *J. Israel*: Eine neue Methode der Rhinoplastik. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 1896.

## Górcsói készítményeknek tömeges festésére szolgáló új készülékről.

Huber Alfréd dr. bőrgyógyásztól.

A mikroskoppal való tudományos búvárkodásnak mindinkább szélesebb körben való elterjedéséhez mérten szaporodik azon technikai eszközöknek száma is, melyek a górcsóval dolgozó búvárnak fontos, sőt mondhatjuk elkerülhetlen támaszát képezik.

Ezen eszközöknek egy része a vizsgálati eredmények pon-

tosságának veszélyeztetése nélkül első sorban a vizsgálatok gyors eszközzésére fekteti a főszólyt, különösen oly esetekben, a hol a vizsgálandó anyagnak nagy tömege egyáltalában nincs arányban a vizsgálatához megkívántató idő mennyiségével. Ily esetekkel a dolog természeténél fogva első sorban egyetemi kórodákon és kórházakban találkozunk.

A ki nap-nap után foglalkozik nagyszámú górcsói készítménynek átvizsgálásával, az mindenképpen arra fog törekedni, hogy kevés fogással nyerjen használható praeparatumokat, azaz minél kevesebb előkészülettel foghasson tulajdonképeni munkájához, a készítmények átvizsgálásához. Ezen előkészítő műveletknél az oroszlanrész természetesen a praeparatumok festését illeti meg, egyrészt azért, mert a bakteriologiai technikának legfontosabb része, de azért is, mivel a legtöbb időt rabló munka. Sok időt rabol, mert hosszadalmas procedura, de időt rabló azért is, mert a fent említett (mindig csak a bakteriologira vonatkozó) esetekben rendszerint tisztán technikai, mondhatnám gyári munka.

Hogy mennyi időt igényel ezen előkészítő művelet, arról megközelítő fogalmat szerezhethünk, ha felemlitem, hogy például a Róna dr. tanár úr vezetése alatt állott szt. Rókus-kórházi osztályon, a hol készülékemet egy éven át kipróbáltam, naponta átlag 40—50 darab készítmény (váladék) került górcsói vizsgálat alá, a melyek mind-egyikének festése körülbelül 2—3 percznyi időt igényelt. Hogy e munkánál az ember legalább is azon időt óhajtja megtakarítani, a mely egyáltalában megtakarítható, az természetes. És épen ezen viszonyok adták meg első sorban az impulsust arra nézve, hogy egy kis készüléket szerkeszszek, a melylyel legalább a festést „gyárilag” végezhetem. De ne higgye senki, hogy e kifejezéssel le akarom alacsonyítani a bakteriologus művét. Távolról sem! Hiszen a gyári munka mindenkor haladás a kézi munkával szemben, ha talán nem is az egyéni tehetség szempontjából, de legalább is a gazdasági téren.

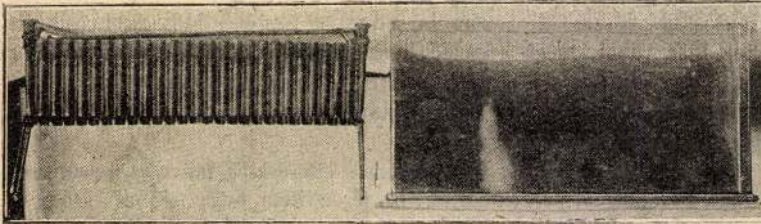
Készülékemnek — a melyet festőkádnak nevezhetünk — az a célja, hogy mindazon esetekben szolgáljon segédeszközzül, a hol (mint a fenn illusztrált példában) arról van szó, hogy egy-nemű, vagy legalább egyforma kezelés alá eső nagyobb számú készítményt (vér, geny, köpet stb.) a bakteriologiai vizsgálat eszközzése céljából minél kevesebb idővesztéssel szolgáltatassunk át a górcsónak. A feldolgozás tárgyát tehát első sorban oly készítmények fogják szolgáltatni, a melyeknek élettartama csak ideig-óráig tart, addig, a míg rajtuk a szakszerű vizsgálat eszközöltetett. Ily vizsgálatokhoz a fedőlemeznek használata teljesen fölösleges, a váladékot egyszerűen tárgylemezre kenjük; ezzel a kezelés is sokkal egyszerűbb és a vizsgálat pontossága e mellett a legkevésbé sem szenved esorbát.

Készülékemmel a legtöbb időt igénylő festési eljárásnak tartamát óhajtom a minimumra redukálni, a midőn egyszerre nem 1—2, hanem több praeparatumot mártok a festőoldatba. A készülék jelen alakjában 25 készítmény festésére van berendezve, de épen így készíthető 50 és több tárgylemezre is. Legfőbb előnye a velejáró munka pontosságán kívül, hogy a készítményeket egyszerre márthatjuk a festéköldatba, egyidejűleg vehetjük ki abból és moshatjuk le. Szerkezete igen egyszerű: áll egy nikkelezett fémkádból, melybe a tömeges festéshez szükséges oldatot öntjük; használhatunk e célra bármely festéköldatot: én rendszerint a Löffler-féle methylenkével dolgoztam. A festéket a kádba öntve, azt állandóan abban tarthatjuk; használaton kívül ugyanis az oldat elpárologásának megakadályozása céljából a kádat a reá illő fémfedéllel letakarjuk, a készítmények festésére szolgáló állványt — a hidat — pedig külön a kád mellé állítjuk, hogy az szárazon és a használatra készen mindig kéznél legyen. Az ily egyszerű módon montirozott készülék így mindenkor készen áll arra, hogy segítségével legfeljebb két percz alatt legalább 25, de esetleg ennél több készítményt megfessünk és leöblítsünk. Mielőtt azonban magára a festés technikájára áttérnénk, legyen szabad a készülék másik részét — a hidat — is néhány szóval vázolni. A híd, mint ez a mellékelt ábrából látható, négy fémlábon nyugvó állvány, a mely ugyanolyan alakú mint a kád, csak hogy ennél kisebb, úgy hogy ez utóbbiba beállítható.

Az állvány két végén fogantyúval bir, két hosszanti oldal-fala hullámos lefutású bádógból készült olyformán, hogy egy-egy



hullámhegy és hullámvölgy egymással épen szembeáll. A híd alsó fele nyílt, úgy hogy a festőanyag a bemártásnál azonnal ellepi az összes készítményeket; lábakon azért nyugszik, hogy a készítmények, az idővel esetleg képződő festécsapadékkal ne érintkezzenek. Maga a festési művelet a következő: a tárgylemezeket a rajtuk elkenet váladékkal a váladékvetel után közvetlenül papirdarabkára tesszük, a melyekre a beteg nevét, esetleg az egyéb tudnivalókat feljegyezzük. Mihelyt a praeparatumok megszáradtak, azokat láng felett egymásután fixáljuk és a lemezekkel megrakott papirlapokat egymásra rakjuk. Ezzel hozzáfoghatunk a készítmények festéséhez. A lemezeket a papirlapokról egymásután leszedjük, a lemezeket balról jobbra haladó irányban a híd



rovatkába helyezzük, a papirlapokat pedig ugyancsak egymásután következő sorrendben egymás fölé rétegezzük, úgy hogy az egyes lemezeknek megfelelő papirlapot bármikor, minden összetévesztés elkerülésével megtalálhatjuk. A tárgylemezeknek a hídra való állításakor igen ajánlatos, ha a készítményeket mindig egyenlő módon rakjuk be; én például a lemezeket mindig úgy helyeztem el, hogy a váladékkal bekent felszín balra, a tiszta üvegfelszín pedig jobbra nézett; ilyképen elkerüljük azt, hogy a tárgylemezt a festékdobozból való kivétel után netalán a bekent felületére fektetjük, a praeparatumot letöröljük. Mihelyt az állványt ily módon megraktuk, azt a fogantyúnál megfogva a kádba helyezzük, a hol addig marad, a míg a készítmények megfestődtek; ezt az időpontot előzetesen egyszer s mindenkorra megállapíthatjuk 1—2 próbafestéssel; a tömény Löffler-féle methylenkék használatánál e célból 1—2 perc teljesen elegendő. Ha a festés megtörtént, akkor az állványt ismét a fogantyúnál fogva kiemeljük és azt a készítményekkel együtt vízzel leöblítjük. Ez megtörténvén, az utolsó művelet abból áll, hogy a lemezeket egymásután következő sorrendben, tehát ismét balról jobbra haladól egy iv itatópapírra kirakjuk, vigyázván arra, hogy a váladékkal bekent, tehát a praeparatumos felület mindenkor felfelé tekintsen. A tárgylemezek így kirakva, vagy maguktól megszáradnak, vagy pedig siettetjük azok száradását az által, hogy a lemezeket láng felett végighúzzuk; megszáradhatjuk azokat végül némi gyakorlattal akként is, hogy az összes lemezeket itatópapírral egyszerre letakarjuk és a fölös vizet leitatjuk. Ezzel a készítmények teljesen alkalmasak arra, hogy azonnal megvizsgáltsanak. Ha a készítményt eltenni akarjuk, akkor a tárgylemezek festett felületére egyszerűen egy fedőlemezt ragasztunk.

A készülék előnye tehát, hogy jól és gyorsan dolgozik, az újjak bepiszkítása teljesen ki van zárva és a készítmények egyenlően festődnek; előnye továbbá, hogy kizárólag tárgylemezek használatának, a melyeknek kezelése is sokkal egyszerűbb, de a melyekkel a vizsgálat is sokkal pontosabban eszközölhető, mivel a tárgylemezekre sokkal több vizsgálati anyag kenhető szét és így nagyobb mennyiségű vizsgálati anyag is áll rendelkezésre.

Megemlítem még végül, hogy a készülék bármely bádogos által olesón előállítható és hogy mindazon t. kartárs urak bizonyossága szerint, a kik eddig vele dolgoztak, a gyakorlatban is igen célszerűnek bizonyult.

## T Á R C Z A.

### Orvosi dolgok a párisi kiállításon

(Folytatás.)

Lássuk a franczia után a többi nemzetek egyetemi kiállításait. Utunk Dánia felé visz. A francziák óriási oktatásiügyi területe után elenyésző kicsinynek találjuk a dánokét. Igen csinos az installatioja, s ragyog minden a tisztaságtól. A mint belépünk, rögtön szemünkbe ötlök a nagy felírás: Finsen „Institut phototherapieque“, melynek ki-

állítására három külön szobát foglal el, úgy hogy az egész dán területnek nagyobb felét tölti be. Nem is gondoltuk előre, mily érdekes orvosi dolgokra akadunk e helyen. Az egyik a himlő kezelésénél szereplő vörös szoba; a másik szoba az ultraviolett sugarakkal való kezelés módjait és eszközeit, a harmadik a fényfürdő berendezését tünteti fel. Szürke kis füzet 16 oldalon adja meg hozzá a magyarázatot, a melyet gyógyult lupusos kisasszony osztogat a délutáni órákban az érdeklődőknek.

E phototherapeutikus intézet 1896-ban alakult Koppenhágában. Az állam és a város együttesen subventionálja. Az intézet igazgatója Finsen R. Niels professor; laboratóriumból és kórházból áll, az előbbinek Bang S. dr., az utóbbinak Forchhammer dr. a vezetője. Az intézet tulajdonképeni célja a fénynek alkalmazása betegségek gyógykezelésénél, de e mellett természetesen a laboratórium foglalkozik minden irányban a fénynek az élő organismusokra való hatásával.

Finsen vizsgálatai alapján már 1893-ban azt állította, hogy variolásoknál a vesiculák elgenyvedését az ultraviolett, azaz chemiai sugarak hatásának kell tekintenünk, melyeknek kifejezetten gyuladást okozó képességük van.

Ha a himlős beteget megóvjuk a chemiai sugaraktól, akkor a vesiculák nem genyvednek el, a minnek eredménye lesz, hogy nem gyulnak hegesen. A chemiai sugaraktól úgy védte meg Finsen a betegeit, hogy olyan vörös szobában tartotta őket, a melyent teljesen berendezve láthatunk a kiállításon. A szoba ablakai sötétvörös üvegből valók, a függönyök, ágytakarók, szőnyegek, vörös posztóból vannak, sőt a szoba tetejét is vörös posztó fedi be. Midőn a kettős vörös függönyön át bebotorkálunk a szobába, első pillanatra alig tájékozódunk benne, oly sötétnek találjuk. Több mint 150 beteg ilyen kezelésre erősítette meg Finsen e felvételét. A legújabb időben Chatinière a kanyaronál kísérlette meg a chemiai sugarak kizárását és azt tapasztalta, hogy ilyenkor a kiütés gyérebb, a láb alacsonyabb, sőt állítólag még a tüdőcomplicatiók is ritkábbak.

A másik szobában egész sorát látjuk az eszközöknek, a melyek viszont nem a chemiai sugaraknak a kizárására, hanem ellenkezőleg azok koncentrálására törekednek, azért, hogy bizonyos esetekben, főképp lupusos betegeknek gyógyításra legyenek használhatók. Finsen a chemiai sugaraknak ezen felhasználását főképp három tényre alapítja: 1. a chemiai sugaraknak minden bizonynyal van bakteriumölő képességük, 2. huzamos alkalmazásnál körülírt hyperaemiát, majdnem gyuladást okoznak, 3. a bőrön és a szöveteken bizonyos fokig áthatolni képesek. Ilyen kezeléseknél fényforrásul felhasználhatjuk a napot vagy erősebb ivlámpát. Teljesen felszerelt ivlámpa áll a szoba közepén, a melylyel egyszerre 4 beteget kezelhetünk. A 60—80 ampères ivlámpa fénye hosszú, nagyobb távolsághoz hasonló tubusokon át jut el a beteg területre. A tubusok tulajdonképen gyűjtői a chemiai sugaraknak. A gyűjtésre Finsen nem üveg-, hanem quarex-lencsét használ, a melyeknek a chemiai sugarakat áteresztő képességük nagyobb; a lencsék között destillált víz foglal helyet a hősugarak lehető kizárására. Ha ivlámpa helyett napfény áll rendelkezésünkre, akkor destillált víz helyett ammoniakban oldott cuprum sulfuricumot használunk a hősugarak teljesebb kizárására. Különben a napfény oly gazdag chemiai sugarakban, hogy az apparatus üveglencsék mellett is kitűnően beválik. Hogy e koncentrált chemiai sugaraknak mily hatalmas a bakteriumölő képességük, kitűnik abból a kísérletből, hogy hatásukra a bacillus prodigiosus culturái 1—2 másodperc alatt életképtelenek lesznek, míg csupán napfény mellett még déli órákban is egy óra szükséges a kulturák elpusztítására. Ezenkívül a lupusos helyen a kezelés alatt kettős falú, belül üres quarex compressorokat alkalmaz, a melyeket odaszorítva a kezelendő területre, azt egyrészt vérteleníti, másrészt pedig hidegvíz folytonos keresztülvezetésével a hősugarak befolyását teljesen megszünteti.

Finsen 1895-ben ajánlotta e methodust lupusos betegek gyógyítására. A falakon természetnagyságú photographiák egész sora 18 arczlupus-estét tüntet fel a kezelés előtti és utáni időből. Más photographiák az intézet berendezését és a kezelési módot mutatják be. Különösen érdekes az a photographia, a hol a napfény behatása mellett nagy számú beteget szabad udvarban kezelnek. Fekete ruhás, fekete szemüveges ápolónöket látunk foglalkozni magas asztalokon fekvő betegekkel, kiknek arca előtt napfény felé irányított lencsék láthatók. A szoba falai körül futó polczokon sok mindenféle lencserendszer látható, melyekkel a kezdő kísérletek történtek. Nagy üvegekben ott áll az ammoniakos rézsulfat-oldat (500 rész víz + 1/2 rész ammoniak + 10 rész cuprum sulfuricum).

A mint a kis füzetből megtudjuk, Finsen methodusát 1895 óta használja és 1898. végéig 622 beteget kezelte így. A kezelés időtartama a betegség súlyosságától függ, átlag véve hat hónap. Az eljárást a teljes gyógyulásig minden nap kell alkalmazni. A napi kezelés tartama egy óra. Finsen 622 esete a következőképp oszlik meg:

1. *Lupus vulgaris*. 462 eset közül, 311 gyógyult, 121 kezelés alatt áll, 30 félbeszakította a kezelést.
2. *Lupus erythematosus*. 34 eset közül, 12 gyógyult, 10 kezelés alatt áll, 12 félbeszakította a kezelést.
3. *Epithelioma cutaneum*. 18 eset közül 9 gyógyult, 2 kezelés alatt áll, 12 félbeszakította a kezelést.
4. *Acne vulgaris és rosacea*. 14 eset közül 9 gyógyult, 1 kezelés alatt áll, 4 félbeszakította a kezelést.
5. *Alopecia areata*. 29 eset közül 22 gyógyult, 1 kezelés alatt áll, 6 félbeszakította a kezelést.

A felsoroltakon kívül még 62 más betegséget kezel Finsen e methodusa szerint,



Az eljárásához szolgáló teljes berendezés négy beteg számára Schjoerring koppenhágai cégénél 310250 frankba kerül.

A harmadik szoba a fényfürdő berendezését tünteti fel, olyan alakban, mint azt Finsen legújabbban használja, azaz még csak kísérletezik vele. Köralakú szoba, melynek közepén két száz-száz ampéres ivilámpa függ és köröskörül elhelyezett 20 kabinba veti fényét, a hol fekvő helyzetben helyezik el a betegeket. A kabin berendezésnek egy része látható a kiállításon. Az eddigi vizsgálatok azt mutatják, hogy a vér regeneratiojára van ezen eljárásnak befolyása és ezért Finsen főképp reconvalescens anaemiásoknál használja.

Felemlithetjük még, hogy az egyik szoba falán kiállították az intézet laboratoriumának thermostat berendezését is, a melynek principuma Bang dr.-tól származik. A melegítés és annak szabályozása elektrikus úton történik. E kiállított berendezés mellett mennyire kapunk állandó meleget és a regulatio mennyire pontos, azt nem mondhatjuk meg, de mindenesetre kényelmesebb, tisztább és kevésbé veszedelemes a gázmelegítésnél.

Közvetlen a dánok mellett még az emeleten következik a norvégok tanügyi kiállítása. Szintén nem igen nagy csoport. A mi belőle minket érdekelhet, az mindössze pár térkép, eszköz, táblázat és könyv. E mellett azonban azoknak, a kik valamely irányban tanulmányt tesznek a kiállításban, hatalmas, szépen kiállított 700 oldalas, művészi rajzokkal telt könyv áll rendelkezésükre: „La Norvège” ouvrage officiel publié à l'occasion de l'exposition universelle de Paris 1900. Christiana. A könyvből megismerhetjük Norvégia történetét, organisatióját, kereskedelmét, iparát, festészetét, irodalmát stb., szóval Norvégia összes intézményeit.

Norvégiának csak Krisztianában van egyeteme, melyet 1811-ben alapítottak, de csak 1813-ban nyitottak meg. Kezdetben 11 tanára és 18 hallgatója volt, a mult század közepén 1856-ban már 22 tanára és 650 hallgatója. A jelen évben 63 professora és 1400 hallgatója van. A tanárokat a király nevezi ki, fizetésük 4500 norvég korona, a mely 5 évenként, de csak háromszor 500 korona korpótlékkal növekedik. A legrégebbi húsz tanár ezenkívül még 600 korona korpótlékot húz. A magántanárok fizetése 2500 és 3800 korona között változik. Idegen nemzetiségű orvos is lehet náluk tanár. Orvosi praxist csak az őzhet Norvégiában, a ki a krisztianiai egyetemen megkövetelt vizsgálatot letette; a király ugyan másoknak is adhat jogot az orvosi gyakorlatra, de ez igen ritkán történik. 1899-ben egész Norvégiában 1068 orvos volt, kiknek 540/o a városokban és 460/o a vidéken működött.

Jelenleg az orvosi facultásnak 14 tanára és — bár majdnem hihetetlenül hangzik — a könyv adatai szerint csak egyetlenegy docense van; a medikusok száma 330. Az előadások ingyenesek, a vizsgadíjak igen mérsékelték, 20—40 korona között váltakoznak. Csak érettségi vizsga után mehet valaki az egyetemre; az orvosi cursus 14 sesterből áll. Már 1882 óta nők is lehetnek orvosok; ezen 18 év alatt 16 nőt promováltak orvossá. A klinikákat az állami kórházakban helyezték el, az orvosi facultásnak gyönyörű, 350.000 kötetből álló könyvtára van. Intézeteinek nagyobb része egészen új. Droebackban külön tengeri biológiai statioja van az egyetemnek. Nem kevésbé érdekesek az ország közegészségügyi adatai is, hiszen a mint jól tudjuk, az emberek középélet-tartama Norvégiában a leghosszabb, a férfiaké 48-7 év, a nőké 51-2 év.

Igen sok érdekes adatot találunk a lepráról. A „Direction générale du service civil de santé de Norvège a Christiana” kiállította 1856-tól kezdve az erre vonatkozó évi jelentéseit. Az egyes évi jelentéseknek resuméja mindig francia nyelven is megtalálható a kötetekben.

Míg 1856-ban 2870 volt a leprások száma, úgy hogy egyes helyeken a lakosság 250/00 része leprás volt, addig 1895-ben már csak 688 a betegek száma, vagyis az arány 60/00-re süllyedt le.

Erdekes a falon függő két nagy térkép is, mely a lepra elterjedését 1856-ban és 1895-ben tünteti fel. Míg régebben az egész tengerpart mindenütt majdnem kivétel nélkül inficiált volt, addig 1895-ben már csak egyes körülírt helyekre szorítkozott a megbetegedés. Jelenleg 5 lepra-kórházuk van, 3 Bergenben, 1—1 Trondhjemben és Moldenben. A kiállításban ott szerepel Lyder Borthen trondhjemi orvosnak a szemlepráról szóló könyve is szép színes ábrákkal.

Nem lesz talán érdektelen a több mint 40 éves tapasztalatoknak adataiból néhányat felemlíteni. Ezen hosszú idő alatt kezelt 6944 leprás esetből 4777 tuberculosus, 2033 anaesthetikus és 134 vegyes típusú volt. Az esetek közül 3000 nő és 3944 férfi volt. A betegség tartama átlag 13 év. A sokkal gyakrabban előforduló tuberculosus alaknál a tartam sokkal rövidebb, mint a ritkábban előforduló anaesthetikus alaknál; az előbbinél 10 év, az utóbbinál 18 év. A leprában elhaltak kora átlag 45 év, t. i. a tuberculosus alaknál 40 év, az anaesthetikus alaknál 50 év, vagyis a legtöbb esetben 30 éves embereknek lép fel a megbetegedés.

Több térkép egyéb betegségek elterjedését mutatja. Ezek közül legfeljebb azt említhetjük meg, hogy a tüdőtuberculosus terjedőben van Norvégiában; jelenleg 1000 lakosra 4—5 esik.

A kiállításban szerepel még Uchermann V. könyve, a mely 886 eset kapcsán a süketnémasággal foglalkozik. Az esetek 320/o-ában cerebrospinalis meningitis, 270/o-ában scarlatina és 80/o-ában otitis media okozta a süketiséget.

Kroogh J. krisztianiai constructeur kiállításában finom kivitelű ophthalmologiai eszközöket találunk Schiötz és Borthen szemorvosoktól.

Igen ügyes Schiötznek regisztráló perimetere, mely a beteg látóterét a vizsgálatnál egyidejűleg nyomtatott blankettára rajzolja fel. Különböző ilyen regisztráló perimeterekkel több helyen találkoztunk a

kiállításban. Érdekes összeállítású prismás eszköz van a többi között szemizom-insufficiencia vizsgálatára.

Norvégiához hasonlóan nagy 650 oldalas könyvet adott ki Svédország is viszonyainak ismertetésére. E vastag, szép köteten kívül, a mely az ország összes viszonyait felöleli, egyéb könyvek is állanak a közönség rendelkezésére. Teljes katalógus a kiállítás bő magyarázatával; külön katalógus az egyes csoportokról és az egész oktatásügyről. Ezenkívül tisztán a felső egyetemi oktatásra vonatkozólag vastag füzet, mely a kiállított összes könyveknek jegyzékét, tartalmát adja. Végre igazán díszes, photogravure-ökben gazdag, ujjnyi vastag könyv jelent meg Svédország második legnagyobb városáról, Göteborgról.

Maga az egyetemi kiállítás kis könyvtár pár photographiai albummal. Eszközöket egyáltalán nem találtunk.

Az egyes intézetek történetét, organisatióját, keletkezését vastag kötetek tárgyalják, sajnos svéd nyelven és így nem állott módunkban ezeket részletesen áttekinteni.

A kiadott brochure-ök szerint Svédországnak 2 egyeteme van Lundben és Upsalában. Mindegyik egyetemnek a mienkhez hasonlóan 4 facultása van, bár a philosophiai kar francia minta szerint lettes és sciences sectionra oszlik. A két egyetemen kívül az országnak Stockholmban a Karolin-intézet képeiben különálló orvosi facultása van. Ugyanott a természettudományoknak is van főiskolája, a mely a faculté des sciences-nak felel meg. Göteborgban hasonló típusú főiskola van a történetre és a philologiai tudományokra. Ez egyetemeken és főiskolákban 1898-ban 2566 volt a hallgatók száma, vagyis minden 10,000 lakosra 3 hallgató esett. Legtöbb hallgatója volt az upsalai egyetemnek (1506). Mind a négy intézetnek együttesen 273 a tanszemélyzete, a melyből 131 a professor. A mint látjuk, az orvosi oktatás három helyen folyik, Upsalában, Lundben és a stockholmi Karolina-intézetben. Ez utóbbinak 22 professora és 320 hallgatója volt. Epen úgy, mint Norvégiában, és a mint látni fogjuk Finnországban is, a tanítás teljesen ingyenes és a felsorolt intézetekre az állam évente 1.500.000 koronát fordít. Meg kell még jegyeznünk, hogy a mondottakon kívül Stockholm-ban külön fogászati és gyógyszerészeti iskola is van.

Göteborg könyvében részletes leírását találjuk a város egészségügyi és kórházi viszonyainak. Ott találjuk a híres Sahlgren-kórház leírását is, mely ebben az évben egész új épületekbe került. A város sok jótkoénysági intézete között felemlítést érdemel az „Üdv hadseregé”-nek éjjeli menhelye. Nálunk e secta meglehetősen ismeretlen, Páris utcáin elég gyakran találkozunk vele. Igen elterjedt Angliában, a hol keletkezett, Svájcban, és úgy látszik Svédországban is. A göteborgi asyumban csekély díjért ágyat és vacsorát kap a látogató. Az asyumban mindenki szabad, semmiféle rendelkezésnek nincsen alávetve, csak az van kikötve, hogy egymást ne zavarják, úgy hogy még részeket is felvesznek, ha csendesen viselkednek, de szigorúan ellenőrzik a dohány- és alkoholtilalmat.

Tovább menve, óvatosan kell elkerülnünk a svéd csoport végét, hol villamos motoros massálógépet állítottak fel, melyet agense, a mint valaki elébe kerül, rögtön be akar mutatni, bőséges magyarázatokkal ismergetve a vibráló mozgások fenomenalis hatását. Szerencsére túlestünk rajta s immár a spanyol csoportban vagyunk.

E csoport közvetlen a svéd mellett helyezkedik a portugállal együtt. Egyikükben sem találunk különösebb adatokat sem az orvosi oktatást, sem az orvosi műszereket illetően.

Legfeljebb a portugáloknál hosszas keresés után néhány tervrajzra, photographiára bukkanunk, melyek a coimbrai, oporto-i és a lissaboni egyetemre vonatkoznak. Valamivel odébb hosszú photographiasor tünteti fel Virgilio Machado orvos várótermét és rendelőszobájának mystikus berendezését, mely eléggé mutatja az elektrotherapia jövedelmező voltát. Maga az orvos is ott szerepel a fényképeken, melyek azt a tanulságot nyújtják, hogy a praktikus orvosnál igen sokszor nem árt, ha színészi talentummal bír.

Felette érdekes és bőven kárpótolt az előbbieket után a belgák kiállítása. A bruxelles-i, a liège-i (Lüttich), a gandi (Gent) és a louvain-i (Löwen) egyetemek kiállításai tágas, nagy szobát töltenek be, sok az eszköz a praeparatumokon, a könyveken, rajzokon és albumokon kívül.

A gandi egyetem, a mely 1817 óta áll fenn, három szép nagy olajfestményt állított ki. Az egyik Leboucq-tól a máj peritoncumának viszonyait tünteti fel, a másik nagy kép Labousssetól való, a beszéd keletkezése psychikai momentumainak érzékítésére, a harmadik végre az agyvelő megfelelő centrumait mutatja az összekötő pályákkal.

A louvaini katolikus egyetem kiállításában 70 oldalas kis füzet az utolsó tanév előadási programját tartalmazza. Igen régi egyetem, a mely már 1425-ben keletkezett. Hubert szülész gynaecologikus eszközöket, Vennemann szemorvos látóterfelvételeket, szemfenékképeket állított ki.

A bruxelles-i egyetemnek öt facultása van: orvosi, jogi, 2 philosophiai, úgymint lettes és sciences, és ezenkívül technikai. Valamennyien részt vettek a kiállításban.

Az orvosi facultás kiállítása jelentős helyet foglal el. Laurent professor sebészi műtétani dolgokat állított ki és pedig gypszmintákat, melyek a dongalábra és annak kezelésére vonatkoznak, továbbá csontvázkészítményeket a patellavarrásra, koponyákat celluloid obturatio feltüntetetésére, ezenkívül teljes emberi csontvázat, melynél átlátszó, valószínűleg gelatina-hártyából megvan a felső és alsó végtag teljes formája. Az átlátszó gelatina-hártyára felrajzolta az amputatio és egyéb műtétek metszészvonalaival, úgy hogy az átlátszó hártyán igen jól láthatjuk a test felszínén vezetett metszészvonalak viszonyát a csontokhoz és izületekhez. Ettől távolabb anatómiai praeparatumokat látunk Yseux professortól, Galtmarts aggregétól, Pauw museumi conservateurától. A praeparatumok



egy része az orbita topographiáját tünteti fel, másik része fül és tüdő corrosio készítményekből áll. Több praeparatum a lólab arteria és vena viszonyaira vonatkozik és a lólab 5 ujjának létezését bizonyítja. Igen szép makroszkopikus agyvelőmetszeteket találunk, a hol a szürke és fehér substantiát az ismert piros és sárga vagy a zöld és barna szín tünteti fel.

Érdekes a Solvay-intézet kiállítása. Ezen intézet privatalapból épült, jelenleg az egyetem annexusát teszi, felerészben élettani, felerészben pedig bakteriologiai és hygieniai intézetet képez. Az élettani intézet kiállításában egész sorát találjuk a metszeteknek a cornea successiv regeneratiojáról és a morphium befolyásáról e regeneratio; a készítmények Bullottól és Lortól valók. Impeus dr.-nak pneumographja és a békaszív vérkeringési viszonyainak tanulmányozására való eszköze is ott szerepel. Legérdekesebb azonban a nagy album 50 microphotographiával és ezen kívül 10 igazán óriási microphotographia, mely különféle állatok agykérgének ganglion-sejtjeit tünteti fel és pedig egérnek, tengeri malacznak, marmotának stb. E nagy microphotographiai collectio az idegsejteknek különböző állapottal járó alakváltozásait akarja bemutatni. Vannak képek alvó állatról, aetherrel narkotizált, kifárasztott, vízbe fuladt, kihűlési halállal elpusztult állatokról és faradizált esetekről. A képek szerint a legnagyobb a differentia az alvó és ébren levő állatok idegsejtjei között. Míg az alvó állaton nyert microphotographiakon a sejtek nagyobbak és a sejtek közötti összeköttetések gyérebbek, addig az éber állapotban lefejezett állatok microphotographiáin a sejtek kisebbek, bizonytalan határúak, de nyúlványaik és így az összeköttetések is számosabbak. Az alváshoz hasonlóan befolyásolja még az idegsejtek alakját a narkosis, a féli álom, a fáradtság, a kihűlési halál. A photographiák mind Golgi-paeparatumok után készültek.

Felémleltre érdemes a bruxelles-i kiállításban a statisztikai táblázat, mely a belga „University Extension” viszonyait ismerteti. Az erre vonatkozó angol viszonyokat Bruxelles-ben legelőször Leclerc ismertette a „Revue Universitaire”-ben 1893-ban. Ez ismertetés után közvetlenül 1893 márciusában alakul meg az egyetemi tanárokból és azok kiválóbb hallgatóiból az első extension universitaire, a mely később „Extension de l'Université libre” néven szerepel. Már 5 év előtt 10 helyen voltak Belgiumban előadások, jelenleg 25 székhelyen 42 cursust tartanak. A tudomány terjesztésére való popularis előadások resuméját a legtöbb esetben már az előadás előtt nyomtatásban osztogatják szét a hallgatóság között. A cursusként tandíj 1 és 5 frank között váltakozik, ez utóbinnál több nem lehet. Az utolsó évben a cursusként 6500 hallgatója volt.

Orvosi szempontból az összes kiállítások között talán a legjelentősebb a liège-i. Itt találjuk Malvoz tanár diapositiv bakteriologiai photographiáit; Swaen tanár, az anatomiai és histologiai intézet vezetője egész hosszú sorozatát állította ki a viaszmodelleknek, melyek a Born-féle methodus szerint készültek és a máj és pancreas successiv fejlődési viszonyait tüntetik fel különböző állatoknál. Többi között egyik sorozat az emberi peritoneum fejlődését érzékíti. A Born-féle modelleken kívül mikroszkopikus metszeteket is találunk, a melyek emberi embryoknak medenceviszonyaira vonatkoznak.

A belga egyetemi kiállításoknak, a melyek igazán tartalmasak, legszebb részét képezi L. Frédericq, a liège-i élettani intézet igazgatójának collectioja.

Számos praeparatum érdekes magyarázó feliratokkal teljes képét adja az állatoknál tapasztalható autotomia jelenségeinek. Autotomia alatt értjük ugyanis egyes állatoknál, különféle rákoknál, gyíkoknál, kígyóknál, csillagállatoknál tapasztalható ama jelenséget, hogy menekülési szempontból képes az állat, pl. a rák ollóját, lábait, a gyík, kígyó farkát visszahagyni. E látszólag egyszerű jelenség, a mely a futólagos tapasztalatok mellett azt az impressiót kelti bennünk, hogy pl. a gyíknak megfogott farka, vagy a ráknak beszorult ollója egyszerűen leszakad, illetve letörik, meglehetősen complicált physiologiai jelenséget képez. Pontosabb vizsgálatok ugyanis oda vezettek, hogy az állat maga törí el végtagjait, rákoknál ezen törési vonalak nem esnek össze az izületi vonalakkal, úgy hogy itt szó sem lehet leszakadásról. Csodálatosnak fogjuk tartani e gyors változást különösen akkor, ha meggondoljuk, hogy nagy tengeri rákoknak, a melyeknek, ha asztalra kerülnek, mogyorótörővel kell feltörni ollóik és lábaik meszes héját, a mondott esetekben a menekülésnél pillanat alatt letörnek végtagjaik. Nagyobb tengeri rákoknál esetleg 5 cm.-nyi vastag helyen következik be a törés. Egész sorát állította ki Frédericq a különböző állatoknak, a melyek hol egy ollót, hol öt, hol tíz lábat vesztettek el. Ott látjuk nagy tengeri rákoknak (crabe) kippaeparált, 30 cm. hosszú ollót, a melyek pontosan tüntetik fel az izületek viszonyait; mellettük látjuk az autotomizált ollót szintén kippaeparáltan; az izületek között haladó törési vonal, a mint már mondtuk, 5 cm. széles darabon vonul át. Mellette a másik praeparatum döglött kis crabe, egyik lábánál fogva felakasztva, egész test-súlyának százszorosával megterhelve a nélkül, hogy elszakadna vagy eltörné. Ime ez a végtag, a mely ekkora súlyt bír el az élőben, sokszor csekély behatások révén pillanat alatt a tipikus helyen eltörik. Nem kell pl. egyebet csinálnunk — mit szinte módul tüntet fel —, mint ollóval a rák valamelyik végtagjának hegyéből hirtelen levágni kisebb darabot, és az állat végtagja a testhez közel eltörik. Másik sorozata a készítményeknek az így elvesztett ollóknak, végtagoknak regeneratioját tünteti fel. Ismét egész sorát látjuk az olyan autotomizált állatoknak, melyeknél a regeneratio már megindult. A fejlődő kis ollóknak és végtagoknak különböző stadiumában gyönyörködhetünk.

Ezen kívül sok az élettani eszköz, sajnos azonban, hogy talán a hely szűke miatt ezeket sokkal kevésbé szemlélhető módon állították ki; soknál nincs megjelölve az eszköz neve és a magyarázó felírások eljelen hiányoznak. Az eszközök legtöbbje a légzéssel járó gázcsere-

vizsgálatokra való. A többi között érdekes, régi, 1840-ből származó izommérleg (balance musculaire) látjuk ott Schwannak.

Ugyancsak az oktatásügyi csoportban, de annak másik végében vannak a belga kórházak kiállításai. Utközben keresztül haladunk az elemi és középiskolai oktatásügyi csoportjain. Itt is, mint a francziáknál, megkapják figyelmünket az alkoholelles küzdelemnek és tanításnak képei. Hasonló genre-ü iskolaképeket látunk, mint a francziáknál. A képek egyik sora a boldog családi életnek jeleneteit tünteti fel, ott, hol a család fő nem iszások, a parallel képsor az iszákos családjának szomorú sorsára vonatkozik. Más képek az egészséges és iszákos ember szerveit állítják párhuzamba. A társadalom már az elemi iskolában kezdi meg a küzdelmet a felnőttek hibái ellen. Vastag füzetet osztogatnak, a mely az alkoholelles tanítás módszereit és fontosságát fejtegeti. Az eszme nem új, hisz már 1826-ban Bostonban alakult meg az első mértékletességi egyesület (temperance). Belgiumban az első ilyen czélú egyesület 1850 körül keletkezett. Jelenleg 12,000 frankot fordítanak évente arra, hogy ezen elveket az iskolákban kellőképpen terjeszszék. Legkülönösebbnek találjuk azon eljárást, a mely Belgiumban 1892 óta divatos, hogy az elemi iskolás gyermekektől kötelező ígéretet vesznek, a szesz italoktól való tökéletes abstinenciára. A mondott év óta mostanáig 171,866 elemi iskolás gyermek kötelezte magát. Állítólag az összehasonlító statistika az 1890. és 1899. év alkoholfogyasztása között azt mutatta, hogy az alkoholfogyasztás Belgiumban lényegesen csökkent.

A belga kórházak kiállításáról nincs sok mondani valónk, ott találjuk azoknak photographiáit, a kórházi orvosoknak: Lust, Lawers, Bouffart, Heymans, Tonneau, Beyet munkáit, a megfelelő orvosi lapokkal együtt.

Svájc és Olaszország kiállításával gyorsan végezhetünk. Kiállításukban ugyanis nem igen fektettek súlyt a felső oktatás képviselőire. A svájciaknál mindössze Eternod genfi embryologus és Jung ugyan-csak genfi zoologus állított ki egyet-mást. Elég érdekesek Eternodnak embryophographiái; ezenkívül 1-3 mm. hosszú emberi embryonak százszorosra nagyított modellje köti le figyelmünket.

Nem messze az előbbiektől kiállításától műtőszoba berendezéseket találunk számos sebész eszközzel együtt. Köztük Haab zürichi szemorvos professornak hatalmas elektromágne, a mely ophthalmologiai czelokra szolgál.

Az olaszoknál még kevesebbet találunk, igaz ugyan, hogy ők tanügyi dolgaikat a Rue des Nations külön pavillonjának emeletén állították ki, de az egyetemi, különösen az orvosoktatásra ott is alig találunk valamit.

A Champ de Mars-i sectionban a terület kellő közepén nem annyira izléses, mint inkább feltűnő és nagy mennyezetes fülke „Phonendoscopie” felirással állítja meg a járókelőket. A fülke falait egy csomó krétarajz tölti ki, a melyek az emberi szerveknek a test felszínén való határait ábrázolják. Más képek az eszközt és annak használati módját tüntetik fel. A valóságnak még a legmegfelelőbbek azok a képek, melyek a gyomor határainak 24 óra alatti változását mutatják a szokott háromszori étkezés kapcsán. Hiszen a mint tudjuk, a phonendoscop használata épen a gyomorhatároknak meghatározásában vált be leginkább. Nem tudunk reájdni, kinek a kiállítása ez, a mennyiben névtelenül szerepel, mindenesetre inkább reclamézéla szolgál. Egyéb orvosi dolgokat pár jelentéktelen apróságtól eltekintve, nem igen találunk az olaszoknál, a kiknek csoportja különben is meglehetősen gyengének mondható. Egyedül a hatalmas és szép photographiák, a melyek Olaszország szobrászati és festészeti műemlékeit ábrázolják, elégitenek ki sorsunkkal, hogy ide is betévedtünk.

Pekár Mihály dr. és Heim Pál dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

Ujabb munkálatok a haematologia köréből.

Közli: Körmöczy Emil dr.

Löwit: *Die Leukämie als Protozoen-Infektion.* (Wiesbaden, 1900.) Körülbélül két év előtt adta hírül Löwit először (Centralbl. für Bacter.), hogy a leukaemia amoebáit felfedezte, azután ismételve és ismételve irt előzetes közleményeket e tárgyról, a nélkül, hogy a vizsgálódás technikáját is leirta volna. Természetes tehát, hogy a szakemberek érdeklődése magasra volt felelőzve, mikor ezen munka megjelent. Kíváncsian, de bosszankodva is várták, mert ha valaki vizsgálódása eredményeit közli, közölje az utat is, melyen haladva azt elérte és a módot, miképp lehet ellenőrizni munkájában, vagy pedig hallgasson, míg mindent el akar mondani.

Ez a körülmény nagyban hozzájárult ahhoz, hogy Löwit könyvét ne fogadják rokonszenvesen, még jobban fokozta azután az elkedvetlenedést, hogy a munka nehézkes és terjedős, úgy hogy a tárgynak igazi szeretete kell hozzá, hogy az ember végig tudja olvasni.

Az egész könyv jóformán három részre oszlik: az első részben az amoebák festési technikájával, a másodikban az állítólagos amoebák osztályozásával, a harmadik részben pedig az átoltási kísérletekkel foglalkozik.

A festési eljárások közül a következőt ajánlja leginkább: Az Ehrlich utasításai szerint készített fedőlemez-készítményt két óráig hevítjük 110–120° C.-nál. Az így fixált vér-készítményt 1/2 óráig festjük koncentrált vizes thionin-oldattal (a thionin lehetőleg mühlheimi legyen és 1–2 hónapig álljon; nem baj, sőt jó, ha gombák teremnek benne, mert ez a festéket érleli), azután vízben lemoszuk, megszáritjuk



és 10–20 percig Lugol-oldatban áztatjuk. Erre újra lemossuk és beágyazzuk: a készítményben az amoebák olajzöld színben tűnnek elő.

Löwit ezen felfedezését, a mint én tudom, eddig még egy számbavehető bűvár sem erősítette meg, ellene azonban már sokan nyilatkoztak. Legelőször *Türk*, Neusser tanítványa (Wien. klin. Woch.), azután többen a karlsbadi congressuson és nyáron a berlini orvosegyesület gyűlésén, mindnyájan azt állítva, hogy a kérdéses képletek részint műtermékek, részint a sokáig állt thionin-oldatban elszaporodott gombák.

Még rosszabbul áll a dolog a friss készítmények vizsgálatánál. Különböző leírásánál maga Löwit is így szól: „...ich habe mir bis jetzt eine absolute Sicherheit darüber nicht verschaffen können, ob die am frischen Object gesehenen Formen auch thatsächlich jenen am fixierten und gefärbten Präparate entsprechen.“ (47. l.)

Az átoltási kísérletek meggyőző erejét is kétségbe vonják, mert nagyon is kérdéses, hogy nem egyszerű leucocytosissal van-e dolgunk ezen állatkísérleteknél.

Löwit felfedezése tehát nem talált hitelre, de az egész dolog felett napirendre térni, úgy gondolom mégis korán lenne, mert az amoebák feltüntetéseire technikai ügyesség is kell, mit csak hosszabb gyakorlat után lehet megszerezni és a dolog elvégre is megérdemli, hogy tovább vizsgáljunk vele. Annyi azonban mégis biztos, hogy Löwit rövidbben írhatta volna meg és olcsóbban adhatta volna könyvét. (281 oldal 14 márká 60 fill.)

*Ueber Experimentelle Blutgift-Anämien* von T. W. Tallquist Berlin, 1900. A mióta Ehrlich és Lazarus könyve (Klinik der Anämien) megjelent, a mérgezők által létrehozott vérszegénységek tanulmányozása nagyon fellendült.

Ehrlich és Lazarus ugyanis a perniciosus anaemiáról azt hirdeti, hogy az bizonyos mérgező hatás folytán jön létre, a mely mérgeknek termelője néha ismeretes pl. egy bélféreg, máskor azonban a mérgező termelője ismeretlen, mint a valószínű kryptogenetikus perniciosus anaemiánál. Ez a mérgező hat azután a vérre, a vérképző szervekre (megaloblastikus csontvelő jön létre), de ez hozzá létre az elváltozásokat a gyomor- és bélesatornában (anadenia), az idegrendszerben és más egyéb szervben is. Ezen felfedezés kísérleti beigazolására törekedtek már régebben is és erre törekszik a jelen munka is.

A munka első részében a szerző a mérgek által előidézett kevés-vérűség irodalmáról ad áttekinthető világos képet és kísérleti módszerét írja le (kutyáknál adagolt pyridint és pyrogallolt). Azután kísérleteinek részletes leírását közli, melynek eredménye nagyjában véve a következőkben foglalható össze.

A mérgező lassú, de folytonos alkalmazása által idült kevés-vérűséget tudott előidézni. Az adagolás közben a szervezet lassanként hozzá szokott a mérgező, miért is folytonosan emelni kellett a dosist, ha az anaemia fokát fenn akarta tartani.

A mérgező hatás alatt a veres vörsejtek száma akár  $1/10$ -re is csökken, poikilocyták lépnek fel és sok mikrocita; található ugyan makrocita is, de szerinte csak akkor, ha a regeneratio kezdődik. Magtartalmú veres vörsejtek csak akkor lépnek fel nagy számban, ha a mérgező adagjaival hirtelen emelkedünk. A haemoglobintartalom állandóan magasabb, mint a mennyi a veres vörsejtek számának megfelelő, tehát csak viszonylagos az oligo-chromaemia. Szabad haemoglobin a vérplasmában nincs, tiszta, complicatio nélküli esetekben lázak nem voltak jelen.

A fehér vörsejtekben is áll elő változás. A mérgező-dosisokkal arányos leucocytosis jó létre, melynél a polynuclearis sejtek dominálnak, de az arányszám mégis erősebben változik meg a nagy mononuclearis és átmeneti alakok előnyére. Az eosinophil sejtek száma csökken, csak néha-néha ki nem mutatható befolyások alatt lépett fel muló eosinophilia. A lymphocytákban lényeges változás nem jött létre.

Ha a chronikus anaemiában az állat elpusztult, úgy a lépben, májban és csontvelőben sok pigmentet talált. Nagyon nagy hiba, hogy a szerző a csontvelő pontosabb szövettani vizsgálatát nem végezte, mert egyrészt ilyenmő vizsgálatokkal tudommal még nem rendelkezünk, másrészt pedig a csontvelő vizsgálata nélkül nem lehet manapság már az ilyen mesterséges anaemiák és a perniciosus anaemia közt párhuzamot vonni.

Ha a mérgező adagolását beszüntette a szerző, úgy két-három nap múlva megkezdődött a regeneratio. A vérből eltűntek a poikilocyták, a mikrocyták, a veres vörsejtek száma szaporodott, a haemoglobin mennyisége nőtt és pedig ez utóbbi gyorsabban, mint az előbbi, úgy hogy gyakran a haemoglobintartalom már rendes volt, a vörsejtek száma pedig még nem. A makrocyták mindaddig megmaradtak a vérben, míg a regeneratio be nem fejeződött, miből azt következteti a szerző, hogy ezek fiatal képletek és a regeneratio képviselői, nem pedig a degeneratioi, mint a mikrocyták.

Nagy adag mérgező nyújtásával haemoglobinaemiával járó acut anaemiát tudott előidézni. A haematologikus lelet itt is ugyanaz volt, csak hogy valószínű oligo-chromaemia is volt jelen, az elhullott állatok szerveiben pedig nem volt pigment.

Ha már most a chronikus anaemia előállított mérgezést összehasonlítom a perniciosus anaemiával, akkor tényleg találok egy-némely hasonlóságot. Legelőször a haemoglobin aránylagos gazdagságát, azután a szervek pigmenttől voltak, de a legfontosabb, mire a szerző nem is fektet nagy súlyt, az, hogy a haematologikus lelet makrocytikus típusú. Ezeknek a makrocytáknak a mai felfogás szerint a csontvelőben megaloblastok felelnek meg (mert a csontvelő magvas sejtjeiből lesznek a vér magtalan sejtjei) és így a csontvelő (mit a szerző nem vizsgálta meg) megaloblastikus típusú lehetett, mi pedig embernél, legalább nagyobb terjedelemben, csak a perniciosus anaemiánál fordul elő. A kérdést azonban ezen munka áttanulmányozása után sem lehet eldönteni, de sokat lehet

belőle tanulni és azok részére, kik állatkísérleteket akarnak ezen kérdésben végezni, nélkülözhetlen.

A lép elváltozásait mérgezéseknél és acut infectious bajoknál vizsgálja *Jawein* (Virch. Archiv. 1900.) és a következő eredményre jut: A vérmérgek következtében (chlorsavas natrium és toluylendi-amin) tönkrement vörsejtek maradványait a lép fogja fel és ezek a maradványok ott activ hyperaemiát és a pulpa-sejtek hypertrophiáját idézik elő. Ez az oka a heveny léptumornak; a hol nincs vörsejt bomlás, nincs léptumor.

Ugyanígy van a dolog az infectious bajoknál: hol a toxinek bomlasztják a vért (malaria, typhus, febris recurrens, anthrax stb.) ott van léptumor; hol nem fejlődik anaemia, ott nincs (variola, scarlatina, dysenteria, stb.).

Ugyanez okból nincs léptumor chlorosisnál és némely anaemiánál. A lép physiologikus szerepe szerinte csakis a vér megszűrése és ugyanezt teszi a lép kóros viszonyok közt is.

A csontvelő sejtjeinek elemeinek morphológiáját vizsgálták *Schür* és *Löwy* (Zeitschr. f. klin. Med. 40. k. 6–6.) különféle betegségekben (tuberculosis, carcinoma, cirrhosis, typhus, sepsis, vitium cordis stb.) és e mellett arra figyeltek, hogy azok szerkezetéből lehet-e a vérleltre vagy fordítva következtetést vonni.

Sok esetre kiterjedő tanulmány e munka, mely nyilván sokban hozzájárul ahhoz, hogy a csontvelő szerepével tisztába jöjjünk.

Egészben véve vizsgálatainknál az Ehrlich-féldőlemez methodust használták és triacidallal festettek, csak a polychromatophilia és a basophil granulatiók tanulmányozására használták itt-ott a methylenkékét.

A csontvelő állapotának jelzésére a következő elnevezéseket használták: I. *Zsitos csontvelő* (Fettmark), a mely lehet vörbő vagy egyszerűen zsíros (hyperämischer, reines). II. *Kocsonyás velő* (gelatinöses). III. *Sejtdús* (Zellmark) velő, a régi semmitsem kifejező lymphaticus-elnevezés helyett, és ezt ismét a szerint, a mint a sejtek közt a granulátum vagy granulátatlanok túlnyomók (myelocyták, lymphocyták), granulált vagy granulátatlan sejtekben dús (myelocytisches, lymphocytisches, gemischtes) velőnek nevezték.

Nem akarom a munka részleteit itt felemlíteni; a kit érdekel, olvasson utána, bizonyára sok érdekes dolgot fog találni. Csak azt emelem ki, hogy a szerzők ellentétbe helyezkednek Ehrlich divatban levő nézetével (Die Leukocytose ist eine Funktion des Knochenmarkes) és nézetüket így formulázzák: „Die Leukocytose ist zumindest für viele Fälle keine Funktion des Knochenmarkes“, mi véleményem szerint igaz is. Érdekes az is, hogy egy tüdővésztes vérdús-zsíros (Hyperämischer Fettmark), meg egy méhrákban szenvedő granulált sejtekben dús (Myelocytisches Mark) csontvelőjében több is kifejezett megaloblastot találtak, de azért én is egyetértek velük abban, hogy nagyobb terjedelmű megaloblastikus típusú csontvelő mégis csak egyedül anaemia perniciosusnál lehet.

Ez a munka is meggyőző bennünket különben arról, hogy a csontvelőről nagyon keveset tudunk, és a mit tudunk, azt is rosszul tudjuk. Inkább felfedéseken, mintsem vizsgálódásokon alapul tudásunk.

A myelomák anatómiai és klinikai symptomáiról értekezik *Winkler* (Virch. Arch. 161. Bd. 1900), leírva egy ilyen esetnek klinikai és kórbonczani képét.

Gondosan kidolgozott munka az egész, de nincs igaza a szerzőnek, mikor sok okoskodás után a következő eredményre jut: „Es erscheint also das Myelom als ein dem Knochenmark homologes Gewächs“, mert a szövettani leírásnál azt látom, hogy a tumor sejtjei lymphocytákhoz voltak hasonlóak. „Die Zellen besitzen grosse runde Kerne und einen sehr feinen Protoplasmasaum“ (260. lap) és ha még nem lennék tisztában azzal, hogy vajon nem granulált myelocytákat látott-e mégis a szerző, egészen útba igazít következő mondása: „Ferner fehlen jene von Ehrlich beschriebenen grossen uniuclösen Formen, mit neutrophilen Körnern, die er Myelocyten nannte“ (272. lap). A daganat jelen esetben tehát nem állt a csontvelő rendes szövetéből, mert akkor leginkább myelocytákból és normoblastokból állana, hanem egészen hasonló volt a kép a lymphosarcoma szövettani képéhez (különbben így láttam én is egy ilyen esetben), csak hogy tisztán a csontvelőben foglalt helyet.

A klinikai symptomák közt itt is felleljük a sajátos albumose vizelést (Bence-Jones Körper) és a már sok szerző által kiemelt recurráló lázmenetet.

Az albumose vizelés diagnostikus értékéről írva *Askanazy* azt állítja, hogy az nemcsak myelomáknál, de néha lymphaticus leukaemiánál is előjő és mindjárt le is ír egy ilyen esetet. (D. Arch. für klin. Med. 1900. 68. Bd.)

*Pangásos papilla és agytumor tünetei chlorosisnál* (Münch. med. Woch. 1900. 36.). Egy 18 éves vérszegény leány megvakult. A szemtükri vizsgálatnál pangásos papillát találtak. Később általános göresök, fejfájás, anosmia, szemizom- és facialis hűdés fejlődött ki. Az élet vége felé pedig feloldali anaesthesia, a jobb kar hűdése és sopor. Mindezek alapján agydaganatot kóriméztek, a boncolás azonban csak chlorosist mutatott. Ilyenféle esetet írt le nálunk 1896-ban Diebala is.

Különféle betegségekkel végzett haematologiai vizsgálatokat *Beck* (Deutsch. m. W. 1900. 35.) és egészben véve megerősíti a régebbi vizsgálok nézetét. Hogy pl. pneumonia által egy ciklus leucocytosis van jelen, hogy az eosinophil sejtek a betegség végén eltűnnek stb. Ritka dolog azonban már az, hogy egy súlyos pneumonia esetében normoblastokat látott a vérben, máskor pedig 9% myelocytát. Érdekes esetet ír le a secundaer anaemiák közt is. A haematologiai lelet primaer perniciosus anaemia mellett szólt, mert a vérben sok megaloblastot lelt; boncolásnál pedig egy régi ulcus ventriculit és chr. tuberculosist találtak; a csontvelő histológiáját persze nem írja le.



A *heveny fehérvérűség* (Münch. med. Woch. 1900. 38.) egy esetét írja le *Dennig*, hol lymphæmia (Lymphocytaemia) volt jelen, a mirigyek és lép minimális elváltozásával, a csontvelő azonban lymphoid volt (vagy helyesebben granulátatlan sejtekben dúsz, Lymphocytae Mark). Hasonlított tehát ezen eset ahhoz, a milyent *Hirschlaff*, *Körmöczy*, *Pappenheim* és újabban *Leube* leirt.

### Könyvismertetés.

**Dr. Albert Bing. Die Prophylaxe der Ohrenheilkunde.** Nobiling-Jankau, Handbuch der Prophylaxe. VIII. rész. München, Seitz és Schauer.

*Bing* csak ama megbetegedéseket beszéli meg, melyeknek okai, avagy valamely elősegítő momentumai, akár tapasztalati, akár más úton ismeretesek. Általános elv gyanánt mint legkívánatosabbat oda állítja ama tételt, hogy a fület lehetőleg békében kell hagyni, és a mint azon valami, bármily kicsiny rendellenességet észre vesznek, azonnal szakorvoshoz forduljanak. Teljes joggal kel ki szerző a hiúság és divat ama hatalma ellen, mely a nők felett még ma is uralkodik, t. i. még a barbárok idejéből származó ama szokás ellen, hogy a leányok fülczimpáját átszúrják fülbevalók hordása végett. Felsorolja ama súlyos utókövetkezményeket, melyek ebből fejlődhetnek, mint a milyenek gyanánt felemlíti a fertőzést, eozemákat, fekélyeket, a szűresatorna kiszakadását, keloidokat, fibromákat, sőt tuberculosist, a fülkagyló gangraenáját is, és végül esetleg ez még halált is vonhat maga után.

*Bing* azt a bántulatos és irigylésre méltó eredményt is felemlíti munkájában, hogy 23 évi gyakorlata alatt otitis media supp. acuta eseteiben, conservativ kezelési eljárása mellett, csak két ízben volt kénytelen a csecsnyújtvány megnyitását végezni, és ez eseteiben is csak azért, mert betegek rendeleit nem tartották be. Ifj. *Klug Nándor* dr.

### Lapszemle.

#### Orr-, torok- és gégebajok.

A homloküreg cholesteatomájának esetét írja le *Weinlechner*. Ötvenhét éves egyénnél tíz év előtt, előrement hülés után, a jobb homloküreg felett fekvő lágyrészek meggyuladtak. Bemetszésnél geny távozott a sebnyílás és a jobb felső szemhéj felett egy kis fistula maradt vissza, mely azonban szintén begyógyult, de évek múltán újlag megnyílt. A nyíláson öt centiméternyire fel és befelé haladó sondával lágyrészeitől fosztott csontot és egy mozgékony sequestert lehetett kitapintani. A fistula irrigátója alkalmával a folyadék az orron át távozott, mire a homloküreg megnyitották és egy a rendesnél vastagabb és fehérebb, az üreget teljesen kibélelő hártýára akadtak, a melynek megnyitása után bűzös pépes folyadék került napvilágra. Az üreget teljesen kitisztították, a midőn kiderült, hogy az orbitafedél egy része sequestrálódott. A beteg, miután egy nyílás hátrahagyásával a sebet bevarrták és az üreget jodoform-gáz-zel kitöltték, három hó alatt meggyógyult. A homloküreg cholesteatomája ez eseten kívül még csak egy ízben észleltetett. (Zeitschrift f. Heilkunde, 1900. 6. szám.)

*Tóvölgyi Elemér* dr.

#### Kisebb közlemények az orvossággyakorlatra.

**Eclampsia gyógyítása.** *Popescu*, a czernowitzi szülőintézet segéde, az ideggyógyászok részéről már hosszabb idő óta felhasznált azon tapasztalat alapján, hogy analog hatású szerek együttes használatán ezen szerek mindegyikének hatását fokozhatja, eclamptikus göresök megszüntetésére a következő összetételű szert használta feltűnő jó eredménnyel: Rp. Kalii jodati, Chlorali hydrati aa 30-0; Extr. hyoscyami, Extr. cannab. indicæ aa 0-25; Aqu. liquiritiae 90-0; Essent. cort. aurant. guttas V. A szert klysma alakjában adta, egy adagra egy evőkanálnyit számítva. (La semaine médicale, 1900. 49. szám.)

**Néhány újabb gyógyszer használata a nőgyógyászatban** ezimel *Walthert* tanár (Giessen). Szerinte a stypticin jó eredménnyel használható oly méhvérvéseknél, a melyeket nem súlyosabb anatómiai elváltozásai a méhnek okoznak, így túlságosan bőséges menstruációs vérzésnél, a klimakteriumban vagy adnex-megbetegedéseknél fellépő vérzéseknél stb. Profus menstruationál következő módon rendeli a szert: 1-2 nappal a menstruatión előtt 1 tablettát (5 centigramm tartalommal) ad, az első napon 2-4-et, a másodikon 4-6-et, a harmadikon 4-et, ezután fokozatosan leszáll 1-ig. Fájdalmas menstruationál 4 centigramm dionint tartalmazó végbélkúpok alkalmazásától látott sok esetben jó eredményt. (Zeitschrift für prakt. Aerzte, 1900. 7. és 8. sz.)

### Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 49-dik hetében (1900. december 9-dikától december 15-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elvezetett 470 gyermek, elhalt 274 egyén, a születések tehát 196-al múltak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 35-7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 20-8, az egy éven felüli lakosságnál: 17-2, az öt éven felüli lakosságnál: 13-2. — Nevezetesebb halálokok voltak: cróup 1, angina diphtheritica 4, pertussis 2, morbilli 12, scarlatina 4, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 15, apoplexia 6, eclampsia 7, szervi szívbjaj 24, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 41, tuberculosis pulmonum et phthisis 51, diarrhoea et enteritis 17, gastro-enteritis —, rák és egyéb újképlet 12, ezek közül méhrák 4, morbus Brightii et nephritis 7, rachitis 2, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkat-

hiba 16, atrophia et inanitis 2, marasmus senilis 5, erőszakos haláleset 9 ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 6, baleset 3, kétséges 0 (—). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2855 beteg, szaporodás e héten 859, csökkenés 808, maradt e hét végén 2906 beteg. B) Hevenyragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1900. évi december 10-dikétől december 16-ig terjedő 49. héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 41 (46), diphtheria, croup 18 (17), hagymáz (typhus) 4 (3), kanyaró (morbilli) 285 (294), trachoma 7 (11), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 19 (30), orrbáncz (erysipelas) 21 (24), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (3), ezenfelül varicella 88 (81).

+ Az Erzsébet-sanatorium, vagyontalan és szűkvagyónú tüdőbajosok gyógyító intézete a budakeszi erdőben, Budapest mellett, mint értesülünk, tető alá került. Ambár az ünnepélyes alapkövetéltől óta csak rövid idő telt el, közben felépült a főépület második emeletje s az ebédlő és konyha építménye egészen s ezek is immár védve vannak vörös, újlaki cseréptetőfedőkkel a légköri csapadékok ellen. A tél folyamán telekredezési földmunkák, az épületekben a belső vízcső- és központi fűtési csőrendszer lefektetése fog történni, hogy a tavaszon azután a belső berendezés munkálataihoz láthasson a *Korányi Frigyes* által alapított derék egyesület, mely az intézetet létrehozta. Valóban megérdemli az emberbarátok e szövetsége a legmelegebb támogatást, hogy nagy munkáját méltón fejezhesse be. A sanatorium javára különben újabb következő adományok érkeztek az Első Magyar Általános Biztosító Társasághoz (Budapest, Vigadó-tér 1.): vörös-kereszt-egyesület 2000 korona, szabadelvű pártkör 1000 korona, Bars vármegye 200 korona, Velics Antal dr. 200 korona (jegyzés), Eisele József úr Budapestről pedig szülei emlékére 10,000 koronás ágyalapítványt tett az intézetnek. *Kuthy Dezső* dr. egyetemi magántanár, az egyesület első titkára, december 26-dikán utazott el külföldre, hogy az egyet megbizásából Szászország, Bajorország és Svájc legújabb tüdőbeteg-sanatoriumainak berendezését és ügyvitelét tanulmányozza.

× A magánorvoslás díjazása legkisebb mértékének megállapítása tárgyában a belügyminister az egyes törvényhatóságokat meghallgatván, körrendeletet és szabályzatot bocsátott ki, mely 1901. január 1-ével lép életbe. E szabályzat nagyrészt ugyanazon tételeket tartalmazza, melyeket már egy korábbi számunkban közöltünk: de a mellett részletesen vannak felsorolva benne, hogy az egyes törvényhatóságokban a négy díjkategória közül melyek lesznek irányadók. Jövő számunkban e fontos rendelet egész terjedelmében fogjuk közölni.

□ Oklevélbemutató a tisztifőorvosi hivatalnál november hónapban: *Altstock Ármin* dr., *Klein Jenő* dr., *Hecht József* dr., *Botzenhardt Ferencz* dr., *Bucsanýi Gyula* dr., *Gellért Sándor* dr. egyetemes orvosdoktorok, *Weisz Adolf* sebész és két szülésznő.

— Kitüntetés. *Szalárdi Mór* dr.-nak, a Fehér-kereszt országos lelenczház-egyesület igazgató-főorvosának érdemei elismeréséül a király a koronás arany érdemkeresztet adományozta.

△ Megjelent. *Babona és varázslat*, a legrégibb időkől a jelen korig. Két kötet. *Irta Lehmann Alfréd* dr. a koppenhágai egyetem pszichophysikai laboratoriumának igazgatója. Fordította *Ranschburg Pál* dr. Átvizsgálta *Laufenauer Károly* dr. Kiadja K. M. Természettudományi Társulat. 1900.

+ Elhunyt: *Vuja György* dr. Aradon, december hó 21-dikén.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” (Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére.) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Eladó vagy bérbeadó Budapesten a város centrumában, jól jövedelmező, modern berendezésű vízgyógyintézet; remek svéd-gymnastikai teremmel és inhalatoriummal. Bővebb felvilágosítást ad *Blockner J.* hirdetési iroda Budapest, IV., Sütő-utca 6.



### Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő  
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és ádító-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját ázemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: Budapest, V., Zoltán-utca 10.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (VII. rendes ülés 1900. november 29-dikén.) 827. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 828. lap.

## Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VII. rendes ülés 1900. november 29-dikén.)

Elnök: Navratil Imre. Titkár: Polyák Lajos.

## Vulnus scissum laryngis.

Navratil Imre. M. H., 34 éves szakácsnő. Anamnesis: Öngyilkossági szándékból október 17-én este 7 órakor elvágta torkát konyhakéssel, a segélyre kért önkéntes mentő-egyesület orvosa eszméletlen állapotban, pulsus nélkül találta egy nagy vértócsában fekvő. A seb nagyon vérzett; fedőkötéssel a szt. Rókus-kórház II seb. osztályára szállították este 9 órakor.

Behozatalakor beteg rendkívül halvány, végtagjai hűvösek, pulsus nem érezhető. Szívlökés gyengén hallható, igen gyors; légzés felületlen. A kötés eltávolításakor kitűnik, hogy a gégepajzsporcok magasságában egy harántul futó, körülbelül 9 cm. hosszú, táguló metszett seb foglal helyet, mely nem vérzik. A seb egész a gége hátsó faláig terjed; a musc. sterno- és thyreoideus, valamint a m. omohyoideus mellső része átvágva; a carotis communis és a vena jug. int. egyik oldalt sincsen megsérve; pulsatiojuk, bár nagyon gyengén, a seb két oldalán érezhető. Kámforolaj néhány köbcentiméteret subcutan adagolva, az alsó végtagokat autotransfusio céljából flanel-pólyákkal bekötjük; a gége sebében át egy tracheal-kanült vezetünk a légcsőbe, a sebet jodoformos gaze-zel kitömjük, a bőr alatti kötőszövetbe pedig  $1\frac{1}{2}$  l. phys. konyhasó-oldatot fecskendünk.  $\frac{1}{2}$ 12 órakor, tehát  $4\frac{1}{2}$  óra múlva, a beteg pulsusa kezd érezhetővé válni, 1 órakor pedig az öntudat is kezd visszatérni.

Másnap, október 18-dikán alsó tracheotómiát végzünk betegen, lehetőleg mélyen, majd a porcok sebébe 4 catgutvarrattal egyesítjük úgy, hogy a nyákhártya alatt vezetjük a varratokat. Az izmokat és borsebet szűcsvarrattal egyesítjük, a seb két végébe egy-egy jodoform-gaze csíkot helyezünk.

Sebgógyulás complicatio nélkül; a gaze-csíkokat harmad-, a bőrvarratokat nyolczadnap eltávolítjuk. Seb per primam egyesült. Decanulament 14-dik napon zavartalan. Tracheotomia sebére a 3-dik hét végén begyógyult. Beteg hangja azonban, dacára a zavartalan gyógyulásnak, vissza nem tért.

Gégészeti lelet: Gége nyákhártyája halványpiros; hangoztatásnál látjuk, hogy a hangszálak mozognak. A hangrés hangoztatásnál azonban nem záródik teljesen. A hangszálak alatt mindkét oldalt halványvörös duzzanat fut végig, mely a mellső eresztékig hatolva, itt egy azokat összekötő fehéres hártában végződik. A hártya szűkíti a hangrészt, de a légzést nem akadályozza, sem zörejjé nem teszi; a hang tompa, majdnem suttogó.

A therapiára vonatkozólag drót tamponvivőre erősített 2% zinkglycerines wattatamponokat viszünk a hangrés közé, hogy a további összenövést meggátoljuk és hogy a hyperaemikus duzzanatot visszafejlésszük. Ha ez megtörtént, válik el, vajjon fokozatos tágitással vagy pedig véres úton lesz-e szükséges az összenövést megszüntetni.

A gége metszett sebének per primam gyógyulása céljából előadó szükségesnek tartja mindenekelőtt a mély tracheotomia végzését. Egyszerű egyesítéssel complicatio fejlődnek, melyek elvégre is fertőzés útján a gége lobos infiltrációjára és szűkületre vezetve, a tracheotomia utólagos alkalmazását teszik szükségessé; a gége sebére azonban ilyenkor már nem fog per primam gyógyulni, sőt a legtöbb esetben nem is, vagy csak nagy nehezen gyógyul s csakis a gége belsejének jelentékeny kóros elváltozásával.

## Highmor-üreg empyema avagy fogcysta?

Baumgarten Egmont. A Highmor-üreg empyemája és a fogcysta között a kórismézés gyakran igen nehéz és egyes esetekben alig is dönthető el. Oly esetekben, a hol fogmedri vastagodás nincs, azonban a cysta nem tölti ki teljesen az üreg falát, a kutasz ad gyakran felvilágosítást, a mennyiben a falat avagy a cystát érinteni és esetleg átfúrni is lehet; ellenben ott, a hol a cysta az egész falat tölti ki, a dolog megállapítása bizonytalan.

A beteg nő két év előtt a bal felső praemolaris fogát húzatta ki és azóta fogorvosi kezelés alatt áll, a mennyiben ezen a helyen begyógyulni nem akaró fistula áll fenn, a melyből mindig geny folyik. A többi fogakat a betegnél rendben találták. Vékony kutaszszal a sipolyon át egy nagy üregbe jutnak, egész fel a járomívig, több helyen a csont-falat érezni is lehet, mely mindenütt egészen sima. Az orrban normalis állapotok, többszörös vizsgálat sem derített ki genyedet. A midőn a sipolyonnyíláson át bevezették a Hartmann-canulet, mellette genyes-nyálkás váladék folyt le, különösen, midőn megkísérelték az üreg kifeeszkendezését. Erősebb nyomásnál teljes ellenállás, az orrban egy csepp váladék sincs. Az orr alapos cocainozása után az ostium maxillarenek sondázása sehogyan sem sikerül. Az átvilágításnál a bal oldal egészen el-sötétült, a jobb világos, elannyira, hogy a mit ritkán látni, a szem feneke is fényesen van megvilágítva.

Itt is nehezen állapítható meg, vajjon egy nagy fogcystával van-e dolguk, mely az üreget teljesen kitölti, avagy pedig empyema esete forog-e fenn mégis, és a hol az ostiumok obliteráltak.

Troicar segélyével az alsó orrjárat közepén át az oldalfal megnyitattik és ily módon sikerül a kifeeszkendezés a sipolyjáraton át igen könnyen, a váladék 2—3 napra rá sokkal kevesebb. Minthogy a bal 2-dik és 3-dik molaris helyén csekély kidomborodás mutatkozik, előadó azt hiszi, hogy az ostiumok obliteratioja következtében előbb kiscsokk hydropsa támadt a Highmor-üregnek és a fog kihúzása után keletkezett csak a serosus váladékból genyes váladék.

Zwilling: Az antrumempyema fenforgásáról előadó szót nem győzte meg. Valószínű, hogy egy foggyökér körül fejlődött cysta nőtt itt be az antrumba és a fog kihúzása után visszamaradt a nyílás, mely másrészt esetleg valamely a processus alveolaris által folytatott következménye is lehetett. Hogy befeszkendezésnél, mely e nyíláson végeztetett, az orron át nem jött folyadék, annak oka valószínűleg az lehetett, hogy az ostium a cystafal által el van fedve. Az átvilágítást illetőleg osztja előadó nézetét, a negatív lelet nem szól empyema ellen.

Polyák: Elfogadja az antrumempyema diagnózisát, mert a jelen esetben cystának semmi tünete nincs. A processus alveolaris alaki eltérést nem mutat, sem a fossa canina felé, sem a szápad felé domborulat, serezés vagy más tünet nem tapintható, a sonda pedig 7—8 centimeter magasságig, tehát az orbita fenekéig tolható fel az antrumba. Hogy miért nem sikerült első ízben a fistulán át az átfeszkendezés az orr felé, nem tudja, mert nem látta, talán valami mechanikus oka volt. Az átvilágítás ma nem más, mint egy elegáns játék, mert még a pozitív lelet sem döntő, a negatív pedig még kevésbé; felesleges tehát ilyen találgató vizsgálatra feleselni az időt, a mikor a próbapunctio pozitív választ ad.

Donogány osztózik Polyák nézetében, a mennyiben egyébként kétségtelen esetekben az átvilágítást nem alkalmazza; de ott, a hol a próbapunctioba a beteg nem egyezik bele, ott igénybe veszi. Az eljárás szigorú kritikával lehet alkalmazni.

Baumgarten: Az esetet azért mutatta be, mert sokáig kétségben volt az iránt, hogy cysta vagy empyema forog-e fenn, míg a sonda-vizsgálat az utóbbit kétségtelenné tette.

## A jobb oldali Highmor-üreg és homloküreg empyemája.

Baumgarten Egmont: Hogy az átvilágítás értéke csak pozitív leletnél szolgál némileg a kórisme kiegészítéseképpen, negatív leletnél azonban teljesen értéktelen, azt legjobban igazolja ezen eset is. Betegét hat hónap előtt vette gyógykezelés alá. A jobb Highmor-üregből megfúrta, dacára a gyakori kifeeszkendezésnek, állandóan erős a genyedés, a miért is most a gyökerez mütétet fogják rajta végezni. A Highmor-üregből átvilágításánál mindkettő világos, még akkor is, midőn a beteg üreg genyvel teli. A betegnek a Highmor-üreg megnyitása előtt, ép úgy mint utána nagy fejfájásai voltak, a középső kagyló mellső részét eltávolították, a rostacsont ép volt, a homloküreget kifeeszkendezte, a mire a fejfájások rövid időre megszűntek. A jobb homloküreg az átvilágításnál sötétben maradt, most valamivel világosabb, noha a genyedés megszűnt.

## Garatmögötti tályog esete.

Baumgarten Egmont: A beteg 65 éves, a hátsó baloldali garatfalból daganat indul ki, mely a lágy szápadot mellfelé szorítja s a baloldali isthmus fauciumot majdnem teljesen betölti, fluctuál, megnyitásánál bőségesen ömlik geny. A fej mozgásánál, mely fájdalommal jár, crepitatio hallható. Előadó az utolsó három évben a poliklinikán megfordult több mint 8000 betegénél csak két esetben látott felnőttnél tályogot, ilyen nagyot pedig még egyet sem.

## Lues tarda esete.

Baumgarten Egmont: A 15 éves leány három hónap óta nyelési fájdalmáról panaszkodik, a tonsillákon felületes fekélyek, melyek az uvuláig terjednek. Külsőleg luesre minden támpont hiányzik, a leány — miként a vizsgálat bizonyítja — virgo. A mandulákról vett váladékban gümöbacillus nincs, a miért is a kórisme lues tardára tétetik, minthogy a mandola helybeli fertőzése nem tételhető fel.

## Tuberculoma nasi.

Baumgarten Egmont: Az orr-tuberculoma nem oly ritka, mint azt hiszik; szükséges, hogy az orr minden új képletét szövettanilag vizsgáljuk. A legtöbb tuberculoma az orrsővény falán található. Előadó tavaly ily tuberculomát mutatott be, mely vérző orrsővény-polypust utánozott. Ezen tuberculomák többnyire — miként azt Chiari közlé — ujjal való fertőzés útján jönnek létre. Jelen esetben ezen körülmény teljesen ki van zárva, a localisatio is felette ritka, a mennyiben a mogyorónyi daganat a különben egészséges 62 éves nőnél a jobb középső kagylón foglalt helyet. Az újképlet eltávolításánál, mely erős vérzéssel járt, mindjárt feltűnt, hogy ez nem közönséges fibroma és első perekre egy rosszindulatú újképlet benyomását keltette. A szövettani lelet classikus tuberculomára mutat. (Poliklinikai laboratorium.)



A tumor átmetszete kis nagytápnál diffúz sejtszaporulatot mutat, mely nem egészen egyenletes. Eltekintve egyes, sejtekben szegényebb részletektől, a melyek rostos kötszövetből állnak és a melyekben kisebb-nagyobb edények láthatók, a melyek sűrűsége vonulnak át a metszeten, a sűrű infiltratumban sűrűbb, haematoxylinnel sötétebben festődő részleteket is látni. Ezek többnyire sávalakúak és világosabb területeket vesznek körül; ez utóbbiak többnyire gömbölydedek vagy ovalisak és szorosan nyomulnak egymás mellé. Határaik helyenként az említett sűrűbb infiltratumban csekélyebb kifejlődése miatt elmosódtak, miáltal egyes nagyobb területek keletkeznek, a hol a septum-infiltratumban egyenletesebb. E világos területekben óriássejtek találhatók, egy-egy ily területen több is. Nagy nagytápnál az említett sötétebb infiltratumban, a mely a világos területek szélén foglal helyet, egymagvú lymphocytákból áll, a melyek között orsóalakú sejtek is tűnnek át. A világos területen protoplasmadúsabb és hólyagszerű maggal ellátott epitheloidsejtes sejtekből állnak, orsóalakú, kissé sötétebben festődő sejtek itt is jócskán észlelhetők. A világos területek egyik-másik helyén a sejtmagvak rosszabbul vagy egyáltalán nem festődnek és a sejtprotoplasma homályossá, itt-ott törmelékessé válik. A nagy számban látható óriássejtek magvai az ismert különböző elhelyezésben, majd kórosalakban, majd az egyik poluson stb. láthatók. Az óriássejtekben sehol szétesés nem látható. *Diagnosis: Tuberculoma.*

#### Orrkő-esetek.

**Polyák Lajos:** 1. eset. L. J., 46 éves nő, 1898. november 5-dikén jelentkezett azon panaszszal, hogy huzamosabb idő óta szenved orrdugulásban, főleg jobboldalt, hat nap óta pedig lázas és jobboldali fejfájásai vannak. A jobb középső orrjárat ki volt töltve polypokkal, ezeknek eltávolítása után a jobboldali orrjárat fenekén sarjakba beágyazva egy szürkés-barna dudoros idegen test tűnt elő, mely a sonda-vizsgálattal könnyen kiviható. Extractio és a sarjak eltávolítása. A septum ép volt. A láz és fejfájás másnapra megszűnt, melléküregegyedés nem volt jelen. Az eltávolított kő nagybabnyi.

2. eset. G. M., 6 éves leányka 1899. október 5-dikén jelentkezett, két év óta szenved orrdugulásban és bűzös folyásban a jobb orrból, melynek okául egy sarjakba burkolt követ talált az orrjárat fenekén. Extractio, sarjikikaparás. Sövény ép volt. Az eltávolított kő egy cse-resznyemag körül képződött, melynek bennlétéről azonban a szülők tudomással nem bírtak.

3. eset. G. S., 56 éves férfi, ki chronikus alcoholismus miatt ápolatlik a kórház belosztályán, 1900. november 29-dikén jelentkezett évek óta tartó bűzös folyással a jobb orrból, melynek okául egy az orrjárat fenekén sarjtömegekbe beágyazva fekvő szürkésbarna dudoros követ talált. Ennek extractioja után látszott, hogy a septumon körülbelül mandolanagyságú ovalis perforatio van sarjadzó szélékkel és a kagylónak egy babnyi részlete szelint defect. Az eltávolított kő mandolanagyságú volt és csak azon része volt sima, a mely a kagylóval érintkezett.

#### Primaer carcinoma adenoides az alsó orrkagylón.

**Donogány Zachariás:** Ritkán látunk elsődleges rákot az orrban, mely a nyálkahártyából indult volna ki. Ha nem a bőrről terjedt át, akkor vagy átalakult polyp, vagy pedig valamelyik melléküregből (leginkább az antrum Highmoriból) továbbjutott daganat. A mi pedig a nyálkahártyából magából kiinduló rákot illeti, az leggyakrabban a sövény porcos részén kezdődik, néha a hátulsó részen s igen ritkán a kagylókon. Ez egyik oka annak, hogy az esetet bemutatja, másfelől a szövettani kép is érdekes.

Folyó évi április 5-dikén egy 52 éves, jó erőben levő nőbeteg kereste fel magánrendelésén azon czélból, hogy orvosa ajánlása folytán szabaddá tegye „polypjaitól”. A körelőzményt illetőleg előadja, hogy körülbelül egy év óta bal orrika nem szelel s ezen állapotba lassanként jutott. Orrából csak hig folyadék szivárog kis mennyiségben. De igen gyakran és erősen vérzik. Fájdalmi ninesenek, csak néha érez kis szúrást az orrban.

Az orr megtartotta rendes külsejét. A bal orrjárat átjárhatatlan s ennek oka egy daganat, mely nem más, mint a megnagyobbodott alsó kagyló, kissé szemcsés felületű, szürkés vörhenyes, felülről lefelé elég könnyen mozog, a legkisebb érintéskor is erősen vérzik. A másik orrjárat ép, az orrgaratúrban semmi rendellenesség sem látható, a bal alsó kagyló hátsó vége nem nagyobb s más változást sem mutat. Az állalatti mirigyek nem tapinthatók. *Próbaexcisio:* carcinoma. Április 7-dikén az ajánlott nagyobb műtétbe beteg beleegyezvén, az végrehajtott. Még pedig az orr teljesen feltáratott, valamint meg lett nyitva a baloldali Highmor-üreg, továbbá az iköböl, valamint a rostasejtek. Az üregek épek, csak a Highmor-üreg medialis fele alul beteg, az egész fal, alsó, közép és felső kagyló eltávolítva az összes kóros részekkel. A sebszélek egyesítése, tamponálás jodoformgaze-zel az orron át. Láztalan lefolyás, naponta kimosás 2%-os hydrogenium hyperoxyddal. Két hónap múlva az üreg kitelt, beteg igen jól érzi magát. Orrvérzései s fájdalmi ninesenek. Szeptember közepén ismét orrvérzés lép fel és fájdalmak. 27-dikén jelentkezik mintegy diónyi széles tumor az orrtetőn. Beteg kívánságára október 1-jén ismét műtét a már inoperabilissá vált tumor részleges eltávolításával. A mikroscoopi vizsgálat alkalmával megegyezően a következő érdekes képet szolgáltatott:

A felhám általában hiányzik, csak helyenként maradt meg azon legelső hosszúságú sejtekből álló réteg, melyből regeneratio alkalmával új hám képződik. Ezen réteg sejteinek burjánzása folytán mirigyszerű képletek keletkeznek, melyek helyenként a mélybe törnek és hám-

csapokká alakulnak. A csapok és fészkek némelyikénél felismerhető az, hogy az egyrétegű sejtkötegekből áll, melyek kanyargós lefutása csipkészerű rajzolatot eredményez. Még a solidnak látszó fészkekben is felismerhető világos központ körül a sejtek radialis elrendeződése. E világos központok csak részben harántul metszett hyalin-kötegek. A sejtek hosszúságuk, chromatindús maggal, melyek sok osztást mutatnak, annyira, hogy a kép kis gömbsejtes sarcomához hasonló. Elszarusodás hiányzik. A stroma helyenként gömbsejtesen infiltrált, benne láthatók a corpus cavernosum üregei. Kétségtelen ezek alapján, hogy a daganat mirigyszerű rák: carcinoma adenoides. A carcinomák ezen alakját Krompecher egy külön csoportba sorozza, mely az elszarusodott felhámok és a mirigyhámok között áll. Kórboneztanilag a Malpighi-féle réteg cylindrikus sejteiből való kiindulás, a tüskés sejtek és az elszarusodás hiánya jellemzi; klinikailag pedig az, hogy a 40-es éven túl fejlődik, lassan nő, nem a bőr és nyálkahártya átmeneti helyén, hanem bárhol a bőrön vagy nyálkahártyán. Igen gyakran gombaszerűen nőnek, ritkán képezve nyirokmirigy metastasist s aránylag jóindulatúak. Az orrban ez az első constatatált ilyféle rák.

*Narratív:* Szintén ritkának tartja a primaer orrcarcinomát, 100,000 betege közt három ilyen esete volt, egynél a fornixból, kettőnél a középső kagylóból indult ki a daganat.

#### Tuberculoma nasi.

**Donogány Zachariás:** A 42 éves erőteljes nőbetegnél a tuberculosis egyéb tünetei hiányzanak. A septum bal oldalán elül a porcos részen kismogyorónyi szürkésvörös szemcsés felületű daganat. Mikroszkop alatt: sarjszövetbe ágyazott epitheloid gümők a közepén egy-két igen nagy óriás sejttel, melyek magvai kórosalakban elrendeződtek. Az óriás sejtek közepe elszarusodott, egyebütt elszarusodás nines. A gümők körül gömbsejtes beszűrődés.

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Teljes anidrosissal kapcsolatos bőr-hypoplasia** esetét mutatta be *Tändler* a „Berliner medicinische Gesellschaft” egyik utóbbi ülésén. A 47 éves férfi, a ki ozaena miatt jelentkezett a kórházban, előadja, hogy sohasem tudott izzadni s azért nyáron rendkívül szenved a hőség-től. Hajzata és szőrzete mindig nagyon gyér volt, alsó állkapcsában sohasem voltak fogai, a felső állkapcsában pedig csak 2 metsző- és 2 zápfog fejlődött. A beteg koponyaalkata sajátos; a koponyatető és a homlok erősen boltozatosak, az arc és az orr besüppedteknek látszanak. A fej hátsó részén és a halántékokon kevés, vékony hajszál, a szakáll valamivel jobban fejlett; a szemöldök és a szempillaszőrök nagyon hitványan fejlődtek. A bőr sima, vékony; a fejbőrön porusok láthatók. A törzs és a végtagok bőre nagyon vékony, száraz, sima és szörtelesség, kivéve a hónaljkat és a fantájt, a hol néhány vékony szőr látható. A mamillák és emlőmirigyek teljesen hiányzanak. A belső szervekben eltérés a rendestől nem mutatható ki, a nemi szervek jól fejlettek. Ideges zavarok ninesenek jelen, az intelligencia alacsony fokú. A beteg megizasztani semmi módon sem sikerült, még pilocarpin-befeccskendezés is hatástalan maradt. Napon tartózkodáskor nagyfokú hőemelkedések — 40-80-ig a hónaljban — jelentkeztek heves lázas tünetek kíséretében. Respiratorikus kisértetek a hőmérsék emelkedésekor a légzés-nagyság és az oxygen elhasználás fokozódását mutatták. A fejbőrben faggyúmirigyek kimutathatók voltak, az alkar bőréből készült mikroszkopi metszetekben azonban sem mirigyek, sem szőrök nem találtak.

**Vékonybélrepedés gyógyult** esetét mutatta be *Ringel* az „Aerztlicher Verein in Hamburg” november 13-dikán tartott ülésén. Az erősen kyphtikus kertész fáról leesése után 7 órával került a kórházba. Felvételkor mérsékelt lázat, a has fájdalmas felpuffadását, hányást, szapora érverést (perceként 120) találtak; a has alsó részei tompult kopogtatási hangot adtak. Az azonnal végzett laparotomia alkalmával az egyik magasan fekvő vékonybélkacson 3 centimeter hosszú repedést találtak, a melyen keresztül sok béltartalom ürült volt ki a szabad hasüregbe. A repedés bevarrása és a hasüregnek konyhasó-oldattal bőséges kiöblítése után a hasüreget elzárták. Beteg meggyógyult, csupán egy hasfali tályog képződése késleltette a gyógyulást. Jelenleg teljesen munkabíró.

**Átoltatható daganatok egereknél.** A greifswaldi orvosegyesület július 24-dikén tartott ülésén *Gehrke* egy fehér egér nyakán keletkezett adenocarcinomáról referált, a mely egerekre több nemzedéken keresztül átoltatható volt. Ugyanakkor *Busse* említette, hogy kísérleti egereinek körülbelül 10%-a betegedett meg spontan adenocarcinomában; a daganatok kifejlődése után az állatok elpusztultak. Mindig csak az idősebb nőtény egerek betegedtek meg; a daganatok az emlőn fejlődtek olyan állatoknál, melyek ellettek és szoptattak. A daganatok más egerekre, hímekre is, átoltathatók, ha belőlük egy darabkát a bőr alá vagy a hasüregbe viszünk.

**Trauma okozta szívtágulás** egy esetét mutatta be *Strauss* a „Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin” november 22-dikén tartott ülésén. A 30 éves esztorgályos mellére június 12-dikén forgó vész esett. Egy hét múlva a poliklinikán szívaffectiót állapítottak meg nála és június 21-dikén felvették a kórházba, a mikor a szívet mindkét oldal felé megnagyobbodottnak találták; a szívcsúslökés helye két haránt-ujjal a bimbótól kifelé feküdt. A beteg nagyfokú nehézlégzésről panaszkodott. Az érlökés időnként rendetlen és szapora volt; a vérnyomás, a Gärtner-féle tonométerrel meghatározva, a rendesnél kisebb értéket mutatott. A beteg több hétig volt ágyban fekvő és még most is ki-



mutatható a szív dilatatioja. Ezen esetben valószínűleg a trauma okozta myocarditis következtében állott be a szívtágulás; praedisponáló ok gyanánt pedig az előment influenza szerepel.

**Négy hónapig a gyomorban tartózkodott idegen test.** Hoffmann a greifswaldi orvosegyesület július hó 24-dikén tartott ülésén egy három éves gyermeket mutatott be, a mely egy érmet nyelt le. Az első napokban olyan tünetek voltak jelen, a melyek alapján arra a következtetésre lehetett jutni, hogy az érme az oesophagusban akadt meg. A sonda és pénzfogó azonban akadálytalanul hatoltak át az oesophaguson. Röntgen-felvétellel sem lehetett idegen testet észrevenni. A gyermek az érme elnyelése óta betegeskedett; gyomorfájdalmakról panaszkodott, étvágya is rossz volt. Négy hónappal az érme lenyelése után a gyermek hányással napvilágra hozta az érmet, mely a gyomorsav által erősen maródottnak mutatkozott.

**A Piorkowski-féle eljárás a typhus abdominalis gyors felismerésére képezte Menzer előadásának tárgyát,** melyet a „Gesellschaft der Charité-Arzte in Berlin“ november 22-diki ülésén tartott. Előnye az eljárásnak, hogy nem csupán a felületes, hanem a mélyen fekvő telepek is elég jellegzetesek. Hátránya azonban, hogy a typhusra jellegző telepek hiánya még nem szól typhus ellen. Másrészt az eljárás nem is mondható gyorsnak, mert a bakterium coli telepei néha feltűnően hasonlítanak a typhus-bacillus telepeire, úgy hogy az elkülönített telepeket még további sajátjaikra nézve is meg kell vizsgálni.

**Kísérletes adatok a csonttörések kezeléséhez.** A „K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ december hó 7-dikén tartott ülésén Herz előzetes jelentést tett Baldo Rossi milánói orvos azon kísérleti vizsgálatairól, melyeket a müncheni kórboneztani intézetben a csonttörések kezelését illetőleg fiatal házinyulakon végzett. A kísérleti állatokat három sorozatba osztotta; az első sorozatba tartozó állatoknál a művi csonttörés után naponként masszaget végzett, a második sorozatba tartozókat immobilisatioval kezelte, végül a harmadik sorozatba tartozókat a természetbe bízta. Az első sorozatba tartozó állatoknál már a harmadik nap végén provisorius callus képződött; ugyanilyen callust az immobilisatioval kezelt állatoknál csak az ötödik napon talált. A massage-zsal kezelt állatoknál a callus szilárdsága gyorsan fokozódott és a nyolcadik napon már csontos consistentiájúvá vált, úgy hogy a rögzítő készülék már fölöslegesnek mutatkozott. Az immobilisatioval kezelt állatoknál ugyanilyen erősségű callust csak a 12–14-dik napon észlelt. A massage-zsal kezelt állatoknál a teljes működőképesség a 14-dik napon állt be, míg az immobilisatioval kezelt állatoknál csak a 30-dik napon. A természetes gyógyulásra bízott állatok sorozata körülbelül a középhelet foglalta el e kettő között. Ezen kísérleti eredmények tehát azt mutatják, hogy a massage és a mobilisatio hatalmas tényezők a csonttörések kezelésében.

**A tüdőgümőkór és a szívbajok között fennálló antagonizmus.** A párisi „Société médicale des hopitaux“ december 21-dikén tartott ülésén Danlos a saját és Gillet nevében egy fiatal leányt mutatott be, a ki gümőkóros anyától származott és a kinek már négy testvére pusztult el meningitisben. A leány már 11 év óta a tüdőgümőkór kifejezett jeleit mutatja; ezek jelenleg már az egész bal mellkasfélét elfoglalják és a gerincoszlop elgörbülsévé vezetnek. Daczára a nagyfokú elváltozásoknak, a leánynak láza nincsen és általános állapota is egészen jó, a mit bemutató annak tulajdonit, hogy a betegnél egy mitralis-affectio fejlődött.

A bemutatáshoz fűződött eszmecsereben Barth felemlíti egy nőbetegét, a ki már nagyon régóta köhög és a kinek az egész jobb tüdőre kiterjedő elváltozások a gerincoszlop elgörbülsével vannak jelen. Daczára ennek az illető egészen jól érzi magát, noha nincs szívbaja. Azt hiszi, hogy az ilyen esetek nem is nagyon ritkák.

Faisans pedig azt a tapasztalatot tette, hogy sok tüdőgümőkóros szenved egyúttal a mitralis-billentyű megbetegedésében is, a nélkül, hogy ez utóbbinak hátráltató befolyása volna a tüdőgümőkór lefolyására.

## PÁLYÁZATOK.

8754/1900. kig. szám.

Lajosmizse községben szervezett második orvosi állásra pályázatot nyitok.

Javadalmazás: évi fizetés 600 korona és 200 korona lakbér, valamint a szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

A választás 1901. évi január hó 21-dikén reggel 11 órakor Lajosmizse község-házánál tartatik meg.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1886: XXII. t.-cz. 74. §., illetőleg az 1883: I. t.-cz. 9. §. 1. és az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében szabályszerűen felszerelt kérvényeiket 1901. évi január hó 20-dikáig nyújták be hozzám, mivel a később érkező kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Alsó-Dabas, 1900. évi december hó 11-dikén.

1-1

Halász, főszolgabíró.

11313/900. kig. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye kiskőrösi járásába kebeleztet Akasztó községben az ottani községi orvosnak másodszor történt megválasztása folytán a községi orvosi állás megüresedvén, annak betöltése végett a pályázatot ezennel megnyitom a következő javadalmazás mellett:

1. Késpénzfizetés a község házi pénztárából utólagos havi részletekben 1600, azaz egyezerhat száz korona.

2. Három szoba és mellékhelyiségekből álló szabad lakás.

3. A község külterületén szedhető 80 fillér nappali és 1 (egy) korona 60 fillér éjjeli látogatási díjak. — A külterületen az orvost természetbeni fuvar, esetleg megfelelő fuvardíj illeti, míg a község belterületén az orvost sem halotti-kémlesi, sem látogatási díj nem illeti.

4. Köteles az orvos közeli gyógytárat tartani és erre a hatósági engedélyt kiesziköztetni. — Végül megjegyeztetik, hogy a külterületen a lélekszám mintegy ezerre tehető.

A választást Akasztó község-házához 1901. évi január hó 21-dikének d. e. 10 órájára tűzöm ki.

Mind ezek alapján felhívom a pályázni szándékozó orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglalt minősítvénnyel, eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonyítvánnyal felszerelt szabályszerű kérvényüket hozzám a választást megelőző nap déli 12 órájáig adják be.

Kiskőrös, 1900. évi december hó 17-dikén.

2-1

Szilassy, főszolgabíró.

11715/I. 1900. számhoz.

Lemondás folytán megüresedett, évi 1700 korona javadalmazás s a szabályrendeletben megállapított díjak élvezete mellett egybekötött kumáni körorvosi állásra, midőn a pályázatot hirdetem, felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket alulírttához legkésőbb jövő évi január hó 15-dikéig betérjesszék.

Megjegyeztetik, hogy a megválasztott körorvos a vármegyei orvosi egyletbe belépni köteles.

Török-Becse, 1900. december hó 16-dikán.

3-1

Lowieser, főszolgabíró.

7642/900. sz.

Udvarhelyvármegyében a VIII-ik közegészségügyi körorvosi állomás lemondás folytán üresedésbe jött, senki sem pályáztatva, újra pályázatot hirdetnek. Ezen körhöz Szentgyházás és Kápolnás-Oláhfalú, Lővete és H. Almás községek tartoznak Szentgyházás-Oláhfalú központtal, a hol az orvos köteles lakni.

Fizetése évi 800 korona és természetbeni lakás.

A körorvos nyáron a homoródi gyógyfürdőn a fürdőorvosi teendőket végzván, ezért külön 400 korona fizetés s a fürdőben két szobából álló lakás illeti.

Az orvosi rendvények, valamint a műtétek díjai is szabályozva vannak 1 koronától 10 koronáig, vagyontalan betegek díj nélkül kezelendők. — Járvány kiütése vagy hivatalból tett kiküldetésnél a körorvosi díj nem illeti, csak természetbeni kiszolgáltatandó fuvar vagy annak ára kilométerenként 20 fillér.

A körorvos köteles leend havonként és fél évenként a járási orvoshoz egészségügyi jelentést és kimutatást beküldeni.

A pályázni kívánók felhívtnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt folyamodványokat 1901. évi február hó 10-dikéig aláírt járási főszolgabíróhoz adják be.

Sz. Udvarhely, 1900. évi december hó 9-dikén.

1-1

Demeter, főszolgabíró.

9769/1900. szám.

A felsőpulyai szolgabírói járásban üresedésben levő felsőpulyai és derecskei körorvosi állásokra pályázatot hirdetek. A felsőpulyai körhöz Felső-Pulya székhelyvel 9, a derecskei körhöz Derecske székhelyvel 15 község tartozik.

A felsőpulyai körorvos javadalmazása a vármegye pénztárából utólagos negyedévi részletekben fizetendő 600 korona évi fizetés és 167 kor. 04 fillér úti átalányból, a derecskei 600 kor. évi fizetés és 292 kor. 32 fillér úti átalányból áll.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a szerint minősítésüket és életkorukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket folyó évi december hó 28-dikáig hozzám beadják, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választás határnapjának kitűzése iránt utólag fog intézkedés tétetni.

Felső-Pulya, 1900. december 8-dikán.

3-3

Főszolgabíró h.: Pokorny János, szolgabíró.

13,765/1900. kig. sz.

Szilágy vármegye Szilágy-Csehi járásban Hada székelyi rendszerezett közegészségügyi körorvosi állomásra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás:

1. Törzsfizetés 1200 korona.

2. Fuvarátalány 600 korona.

3. Lakbér 200 korona.

Valamint az 566/1877. évi szabályrendeletben megállapított látogatási díj.

Felhívtnak a pályázók, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában meghatározott okmányokkal felszerelt folyamodványukat alólírttához 1901. évi január hó 10-dikéig adják be.

Szilágy-Cseh, 1900. évi december hó 10-dikén.

2-2

Z. Kiss László, főszolgabíró.

6506/1900. eln. szám.

A városi közkórháznál rendszerezett és főispáni kinevezés útján három évi időtartamra betöltendő két ideiglenes segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állások mindegyikének javadalmazása 1000 korona évi fizetés, a körházban kötelező lakás, ennek fűtése és világítása.

Felhívom ennél fogva mindazon nőfelnő orvostudorokat, kik a jelzett állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy minősítésüket és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Szeged szab. kir. város főispáni hivatalához (városi székhely) folyó évi december hó 27-dik napjának délutáni 5 órájáig nyújták be.

Szeged, 1900. évi december hó 12-dikén.

2-2

Pálffy F., polgármester.



VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI  
nyilvános  
**tehénimlő - termelő intézete**  
BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.  
Cémes oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállít:

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| 1 flóla 2-3 egyénre       | 120 fillér |
| 10 vagy több flóla á      | 100 fillér |
| 1 flóla 10-15 egyénre     | 3 korona   |
| 1 flóla 50 egyénre        | 450 fillér |
| 1 flóla 100 egyénre       | 9 korona   |
| Epidermin, egy tubus      | 100 fillér |
| Úres flóla darabonként    | 2 fillér   |
| Fűvőcső darabonként       | 4 fillér   |
| Tárgylemez darabonként    | 8 fillér   |
| Oltógerej kancsuk-tokkal  | 2 korona   |
| Portóért és csomagolásért | 80 fillér  |

## A magyar mintatej-telep r.-t.

ezelőtt Dr. HAINISS GÉZA egyetemi m.-tanár és Dr. PÉCSI DANI  
**sterilizált gyermekek tej termelése**  
**Budapest, VIII., József-körút 41. sz.**

Készítményei:

|                                       |         |        |
|---------------------------------------|---------|--------|
|                                       | 1 liter | 24 kr. |
| Csecsemők részére való tej, a csecse- | 1/2     | 13 "   |
| mők kora szerint                      | 1/4     | 7 "    |
|                                       | 2/10    | 6 "    |
|                                       | 1/10    | 4 "    |
| Gyomor- és tüdőbajos betegeknek       | 1       | 30 "   |
| való tej                              | 1/2     | 16 "   |
| Cukor nélküli tej 1 palaczk.          | 1/8     | 20 "   |
| Gyógy-kefir 1 palaczk.                | 1/2     | 15 "   |
| Údító-kefir 1 palaczk.                | 1/2     | 10 "   |
| Soxhlet-készülékhez való tej, a ház-  | 1/3     | 9 "    |
| nál való sterilizálása                | 1       | 14 "   |
| Édes savó                             |         |        |

**Lápfürdők a házban.**  
Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

**LÁPSÓ** | **LÁPLUG**  
száraz kivonat | folyékonykivonat  
cukor nélkül | 1 kg. | üvegekben á 2 kilo.

Főraktár:  
**ÉDESKÜTY L.**  
Ásványvíznagykereskedő,  
cs. és kir. udvari szállító  
**BUDAPESTEN.**

# Yohimbin Spiegel

A Yohimbehe-kéreg alkaloida  
Aphrodisiacum káros  
mellékhatások nélkül.

Kizárólagos gyárosok:

**Dr. Hillringhaus  
& Dr. Heilmann,**  
Chemische Fabrik.  
**Güstrow.**

Irodalom:

Virch. Arch. 1898: 292. The-  
rapie der Gegenwart 1900:  
289. Berliner klin. Wochen-  
schrift 1900. Nr. 42. Thera-  
peutische Monatshefte 1900.  
Heft. 11.

Dr. Rosenberg-féle  
**HYPOPHOSPHIT-TABLETTÁK**  
(Tabulettae Hypophosphit sec. Dr. Rosenberg.)

A kalcium, natrium, calcium, chinin, vas, mangan és strychnin alphas-  
phoravas sóit (az ismeretes Fellow-szörp hatóanyagait) pontosan adagolva tartal-  
mazzák olyképen, hogy egy tablettát megfelel egy kávéskanálnyi szörpnek.  
A tabletták a gyomorban könnyen oldódnak; ezukkal vannak bevonva és ezáltal  
fedve van a keserű íz, mely a szörp bevitelét a betegnek kellemetlenné teszi. —  
Indicatiók: Neurasthenia, Hysteria, Anaemia, Chlorosis és ezek  
következményei.

E tablettákat kiváló szakorvosok kiállításán, kórházakban, valamint magán-  
gyakorlatukban kitűnő eredménnyel rendelik.

Egy üvegcse (40 tablettát = 1 üveg Fellow-szörp) ára 2 K 40 fil.

Fő- és szétküldési raktár:  
Dr. ROSENBERG SÁNDOR Csillag-gyógytára, Budapest, Kerepesi-út 43.  
Próbaküldemény kísérletezés céljából ingyen.  
A tabletták csakis orvosi rendelésre adatkak ki.

**KELETI J., Budapest.**  
Főraktár IV., Koronaherczeg-utca 17.  
Setészeti műszergyár (gázmotor-erővel)

**Károly-laktanya.**  
Allandó nagy raktár orvos-sebészeti mű-  
szerek-, kötszerek-, villanygépek-, műtő-  
szoba-berendezések-, gyógygymnastikai és  
orthopaediai készülékekben.  
— 1899. árjegyzék ingyen és bérmentve. —



**Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rhein.**  
Pharmaceutikai készítmények osztálya.

**Hetol és Hetokresol** a gümőkór gyógykezelésére  
dr. Landerer tanár szerint.  
**Hetol-befecskendések**, 1 és 50%, sterilizálva, határtalan  
ideig eltarthatók.

**Orexin-Tannat** Legjobb stomachicum, teljesen izte-  
len, biztos hatással **étvágyhiány**,  
**hyperemesis gravidarum** és chloroform-narcosis utáni  
**hányás** ellen. **Orexin-tabletták és -csokoládé-tab-**  
**lettek** á 0.25 gr.

**Dormiol** Biztos altató szer 0.5—3.0 gr. adagokban.  
Hatása a chloralhydrattal egyenlő ennek hátrá-  
nyai nélkül. Mellékhatásai nincsenek. **Dormiol-capsulák**  
á 0.5 gr.

**Jodol** Legjobb jodoform-pótlék, **szagtalan és nem**  
**mérgező.** Mindennemű syphilitikus betegség ellen,  
sőt kiváló hatással (0.4—2.0 pro die) mint a jodkalium pótléka  
belsőleg is alkalmazható.

**Menthol-Jodol** Különösen alkalmas befúvásokra a  
rhinolaryngologikus praxisban.

—> Irodalom ingyen és bérmentve. <—