

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

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, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Jendrassik Ernő: A neurastheniás idegzsábákról. 770. l.
 Kéty László: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkórodájáról. (Igazgató: Kéty Károly tanár.) Az eupyryn, basicin és rhizoma scopoliae carniolicae-ról szerzett klinikai tapasztalatok. 772. l.
 Várady László: Közlemény a szt. Rókus-kórházi ideg-ambulatoriumból. (Rendelő orvos Donath Gyula dr. egyet. m. tanár.) Vizsgálatok az oculopupillaris (sensibilis) reflexre vonatkozólag. 773. l.
 Kopits Jenő: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.) A coxa varának nevezett kórkép ismertetése. 775. l.
 Tárca. György Tibor: Liebermeister Károly † 776. l. — Némai József: Az énekhang és énekművészet physiologiája. 776. l.
 Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Novotny Lajos: A hólyagbetegségekről. 778. lap. — Könyvismertetés. Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 778. lap. — Nékám Lajos és Kéty László: Magyar Orvosi Vademecum. (G. E.) 779. lap. — Lapszemle. Sebészet. Pilez: A sebészi beavatkozások értéke essen-

tialis epilepsiánál. (Pólya J.) — Szüléset és nőgyógyászat. Opitz: Az arcztartásnak fejtehetőekvéssé való átváltoztatásáról, különösen a Thorn-féle műfogással. (Kern G.) — Gebhard: A méh ventrofixatioja hüvelyi úton. (Kern G.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Pfeifferberger: Epicarin. — Tedeschi Csecsemők gyógyítása fersammal. — Folyóiratok átnézete. 779–780. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A vallás- és közoktatásügyi ministerium költségvetése az 1902. évre. — Orvosi kinevezések. — Berthelot jubileuma — Az országos közegészségügyi egyesület. — Alföldi tüdővészések sanatoriuma. — Jelölés az elmekörtani tanszékre. — Léghajózás orvosi czéliből. — A gyöngyösi alapítványi nyilvános közkórház kimutatása. — Esztergom szab. kir. város kórházának kimutatása. — A nyitrai vármegyei közkórház kimutatása. — Megjelent. — Herczel dr. — Sarbó Arthur dr. — Szt.-Lukács-fürdő. — Krondorf. 765. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A neurastheniás idegzsábákról.

Írta: Jendrassik Ernő dr., egyetemi tanár.

Az utóbbi idők zsába-irodalmában a gyógyító eljárások sokféle alakja és nagy számban közölt esete csaknem teljesen háttérbe szorította a zsábák kórjelzésének és kórtanának kérdését. De épen az a körülmény, hogy a sebészeti eljárások tökéletesezésével a leggyötrőbb és gyakran másképp meg nem gyógyítható idült arczzsába jelenleg a Gasser-dücz kiirtásával végleg megszüntethető: nagyon is fontosá teszi, hogy a zsábák diagnózisát helyesen állapítsuk meg, hiszen a szóban forgó operálás a legkomolyabbak közül való, a melyre az orvos és betege csak kényszerítő helyzetekben szánhatja rá magát. Sőt a kimondhatatlan fájdalom gyötrelmei más idegterületeken egyes nagymerészségű és ügyességű sebészeket a gerincesatornán belül néhány hátulsó gyök átvágására is buzdítottak s ma már ezen nagyon kényes műtétnek is ismerjük sikerült eseteit.

A neuralgia gyógyítása azonban a belorvosi téren szintén jelentékenyen haladt az utóbbi időben; de a baj makacs volta ezen a téren is a legerősebb segédeszközök felhasználására kényszerít. Ilyen viszonyok mellett ki tagadhatná a helyes diagnózis megállapításának nagy fontosságát a gyógyítási terv kiszabása előtt? E tekintetben azonban, személyes tapasztalataim alapján mondhatom, még sok hiba történik. Egyik oka ezen hibáknak az, hogy a betegek fájdalmukkal hol a belorvoshoz, hol a sebészhez, az arczzsábjában legtöbbször — és itt azt kell mondanom, sajnos! — a fogorvos kartársakhoz fordulnak; úgy hogy az arczzsábjának, a valódi és álzsábáknak közös és állandó tünete: a hiába, fölöslegesen kihúzott fogak egész sorozata. A conserváló technika mai fejlettségén valóban esodálatos, hogy még legjobb nevű fogorvosok is sorban húzzák ki a trigeminus-zsábjában szenvedő betegek fogait.

Az ilyen foghúzásoknak, mint minden erőszakos beavatkozásnak, néha van is az első alkalommal valami múló sikere, de ez soha sem állandó és ezen foghúzások — vajha meghallanák a fogászok is szavamat — határozott mühibák.

Ha végignézzük nagy kézi- és tankönyveinkben a neuralgia fejezetét: úgy ezen bántalomnak sokféle okát találjuk feljegyezve. Összehordottak itt a szakfériak lassanként minden elképzelhetőt s ma ezen fejezetek olyképp tűnnek fel, mintha a zsábák — legalább túlnyomó számban — másodlagos megbetegedések lennének, mintha egyes zsábaalakokat, pl. az arczideg zsábáját sokféle alkati megbetegedés, mérgezés, fertőző bántalom stb. okozhatná. Ezen felfogás ily általánosságban nem állja meg a helyét; nem szabad elfelejteni, hogy a neuralgia szó egymagában csak idegfájdalmat, de nem határozott betegséget jelent ugyan, de kétségtelen, hogy a neuralgiák terén határozott kórfarmakkal találkozunk. Így látjuk, hogy a valódi trigeminus-zsábának két alakja van, a melyeket egymástól élesen el kell különíteni: a hevenyész és az idült alak. Az előbbi általában a fiatalabb egyéneken tör ki, mint valamely előzetes betegség következménye s rendszerint könnyen és véglegesen gyógyítható; az utóbbi ellenben az öregebb korban levőket támadja meg s önmagában sohasem gyógyul, és (eltekintve a Gasser-dücz kiirtástól) ha valamely erős beavatkozással sikerül is szüntetni létesíteni a fájdalomokban: azok bizonyos idő múlva ismét előtörnek. Ezen beosztást már Romberg felállította, de az újabb művek nagy része nem eléggé hangsúlyozza ezen baj lényegére épített beosztást, pedig csak ezen az alapon lehet a gyógyító eljárások értékét megbírálni.

A hevenyész neuralgiák egyik alaptermészete, hogy a fájdalom határozott periodusokban ismétlődik; többnyire naponta ugyanazon órában áll be a fájdalom, a mely eltart azután több óra hosszat. Ismeretes, hogy ezen klinikai kép nagyon sokakban azt a gondolatot támasztja, hogy ezen neuralgia malariás természetű. Bizonyítani látszott ezen összefüggést az, hogy gyakran

malaria kapcsán (a midőn még a malaria volt epidemiaszerűleg uralkodó nyavalya) támad és még inkább, hogy chininre nagy biztossággal gyógyul. Mindkét körülmény azonban elveszti bizonyító értékét, ha látjuk, hogy ugyanazon periodos zsábarohamokat az influenza, az egyszerű nátha (ez esetben talán könnyebb influenza?) is kiváltják, hogy legalább tudtommal még senki ilyen viszonyok között a malaria plasmodiumait ki nem mutatta s hogy, a milyen sikeres a chinin, ép olyan sikeresek, sőt még hatásosabbak a phenacetin, az antifebrin és más ezen csoportba tartozó szerek, jóllehet ezek a hideglelés ellenében teljesen kudarcot vallanak.

Hevenyész természetű neuralgiák más idegterületeken is fordulnak elő, azonban ezeknek ismét más a kórtani alapja és képe. Az ischias is gyógyulással végződő folyamat, de lefolyása lassabb, a fájdalom állandóbb, az antineuralgiás szerek nem specificumai. Ismét más jellegűek az egyéb ily területeken támadó zsábák, de általában véve az arcz érzőidegétől és az ischiadikus területétől eltekintve, a többi helyeken valódi neuralgia nagyon ritkán észlelhető; sőt még az ischias is közelebb áll a neuritis fogalmához, mint a neuralgiához. A klinikai észlelés azt tanítja, hogy a trigeminus területén kívül támadó ily fájdalom leggyakrabban az álneuralgiának alább jelző alakjában fordul elő; ezen utóbbi neuralgia-alak azonban éppen nem ritkán az arcz területén is észlelhető.

Nem számítom az álneuralgiák közé azon eseteket, a melyekben valamely mérgezés, ideggyulladás vagy más természetű idegbaj a fájdalom kútforrása, ezen esetekben tulajdonképp neuralgiáról szó nem lehet, mint a hogyan a tabeszes fájdalmakat sem nevezzük neuralgiának.

De van az idegfájásnak határozottan felismerhető külön alakja, a melyet *álneuralgia* néven, vagy jellegzőbb kifejezéssel *neurastheniás neuralgia* néven óhajtók ezen alkalommal bővebben ismertetni.

Könyveink ugyan felsorolják a hysteriát (egyesek említik a neurastheniát is), mint a melynek alapján pseudoneuralgia támadhat, de megvallom, észleletem nem igen állanak harmoniában azzal, a mit a szerzők ezen kórfóróról írnak. *Oppenheim* a hysteriát egyéb jeleit említi, mint a melyek a kórjelzés eldöntésében segédkezhetnek. Én ezeket a jeleket nem igen láttam ide vágó eseteimben s azon további jeleget is, a melyet *Oppenheim* így ír le: „a fájdalmak tisztán pszichikai alapon állanak vagy pedig oly kicsinyes környéki ingerből erednek, hogy csak a betegesen megváltozott psyche reagálhat ily neuralgiás fájdalommal“ nehéz megállapítani az adott esetben. Ezen az alapon aligha lehet a kórjelzést eldönteni, mert a valódi neuralgiát is visszavezetik néha a betegek valamely látszólagos, csekély okra és a fájdalom végre is annyira subjectív dolog, hogy csak a beteg panaszkodásából következtethetünk a fájdalom nagyságára. A figyelemnek más irányba terelése, a mit ezen esetekre is hatásosnak mond *Oppenheim*, az én észleletemben nem volt szembeszökő hatással. *W. Sinkler*, *Dercum* gyűjtőmunkájában, csak annyit mond, hogy néha neurastheniás vagy hysteriás betegek emlékezetében valamely átszenvedett fájdalom megmarad s *reminiscent* vagy *hallucinatory* neuralgia marad vissza, a midőn a fájdalom az ideg jajveszékése narcoticumért. Nyilvánvaló, hogy a szerző e helyen a morphinisták fájdalomára gondol és szellemesen variálja *Anstie* mondását, a ki a neuralgiát az ideg vér után való sóvárgásának állította.

Valószínűnek látom, hogy a morphinisták között van neurastheniás neuralgiában szenvedő, de a morphiom vágya nem kiinduló pontja ezen bajnak, sőt azon esetekben, a melyeket én észleltem, a morphiom egyáltalában nem adott enyhülést. Tulajdonképpen csak egy szerző van, *Paul Blocq*, a ki ezen kóralakot lényegében helyesen fogta fel és írta le, sőt *topoalgia* néven el is nevezte. Ezen elnevezésen azonban többé nem került szóba e betegség; *Blocq* leírása oly tanulságos képét nyújtja e kóralaknak, hogy megérdemelné a korán elhunyt szerző a bántalomnak nevével való elnevezését.

Lássunk néhány ide vágó példát, a röviden összefoglalt kórtörténetekből kihagytam a később hangsúlyozandó és megkülönböztetésre felhasználandó karaktereket.

1. B. M. 34 éves nő, negyedfél év előtt két rossz fogát javíttatta, ezután harmadnapra kiújult a fájdalom, a mely azóta folytonosan fennáll, csak éjjel, alvás alatt szünetel,

sőt reggelre felébredve sem mutatkozik fájdalom, a míg a beteg meg nem mozdul ágyában vagy fel nem kel, továbbá evésben sem akadályozza, a mennyiben az evés nem fokozza a fájást, sőt evés közben a fájdalom megszünik. A fájdalom állítása szerint igen heves; úgy fáj, mintha „tüzes vassal sütnék, a fájdalom mászkál arczában, majd csipi, torkába is leterjed, legerősebb azonban baloldalt, fogsorai táján“. A szenvedés egészen elkésériti, suicidium gondolatára ösztönzi s már két ízben operáltatta is magát. Eleinte csak fogait húzták ki a fogászok, úgy hogy baloldalt alig van már foga, azután a fogmedernyújtványból vágta ki darabokat, később az idegekre került a sor és legutóbb a n. infraorbitalist vágta át egyik kiváló sebészünk. Az operálandó helyet a beteg választotta meg, megjelölve a legerősebb fájdalom pontját, az operálás azonban mind sikerteleneknek bizonyultak. A beteg nincs is megelégedve pl. az infraorbitalis átmetszésével, mert „nem jó helyen operálták meg“, a fájdalom azon idegszállban székel állítása szerint, a mely az orra előtt a bal fülétől húzódik át a jobbhöz. Meg van győződve, hogy egy foghúzás alkalmával eltört csontszél nyomja azt a bizonyos ideget („egy szál meg van nyomva“) s azt kellene megtalálni, meg van győződve, hogy addig nem jó helyen operálták s az is kétségtelen előtte — hisz mindenki, az orvosok is mind ezt mondják —, hogy az ő bajának kés kell, annak nincs más orvossága. A midőn azonban a Gasser-dűcz kiirtását említették előtte, kereken kijelentette, hogy koponyáját nem hagyja meglékelni, neki fejében nincs semmi baja. A fájdalom áterjed némileg a jobb oldalra is, sőt tarkójára és a nyakára is. A bal arczfél, főleg az idegkilépési helyek nyomásra érzékenyek, az erősebb megnyomást nem tűrik el. A nyomások alatt kipirul arczele.

A különben igen jól fejlett és egyéb szervezetében teljesen egészséges nő már gyermekkorában is visszavonuló volt, legszívesebben egyedül szeretett lenni, 15 éves korában ment férjhez, férje is csendes ember, a ki egész nap nincs otthon, gyermeke nem volt; ismerősei nincsenek. Neurastheniásan nedves, enyhén belövet szemei vannak, élénk inreflexei, továbbá bal válla alatt, a hetedik nyakesigolyája felett és a bal ovariumtájón nyomásra érzékeny helyek mutathatók ki.

2. B. J. 42 éves asszony, hét év előtt szült utoljára, ezen gyermeke három éves korában meghalt. A szülés után visszamaradt női baja már nagyon elkéséritette, gyermekének halála igen leverte. Ezen időben kezdődött arczfájása, a melyet orvosai eleinte fogára vezettek vissza s a fogorvosok bal felső fogsorát — a három elülső fog kivételével — egymásután kihúzták. A fájdalom ezen foghúzások következtében éppen nem enyhült, látszólag mindinkább hátrább vonult, a mint egy fogat kihúztak. Három év előtt Bécsben egy sebész a koponyaalaon a trigeminus második ágát a járomívnek időszakos resectioja mellett kimetszette, minden eredmény nélkül. A beteg még két tanár írásbeli diagnózisát mutatta elő: mind a kettő trigeminus neuralgiáról szól, az egyik a második, a másik a harmadik ágban kereste a baj okát. (Az utóbbi lehet iráshiba, mert azon területen soha sem voltak fájdalmi a betegnek.) A beteg a fájdalmat irtóztató zsiborgásnak mondja, úgy érzi, hogy a fogát ki kellene tépni, nem is húzni, megfeszülő idegszálat érez arczától a fejtetőhöz stb. Éjjelenként nedves borogatást alkalmaz arczára; aludni tud, de a folytonos kínzó fájdalom életkedvét elvette, folyton az operálásoktól retteg, de ideg-orvosok küldték a sebészekhez.

3. B. L. 40 éves férfi, ügynök, neurastheniás családból, a kinek már előbb is voltak testében itt-ott fájásai, egy álmatlan éjszaka után hirtelen észrevette bal arczele zsibbadását. Ezen állapot már több mint két éve folyton tart; a bizsergés, szurkálás agyongyötri a beteget, a ki aludni sem tud e miatt, s a ki nem talál eléggé kifejező szavakat bántalma leírására. Az esetet mindenütt megérzi, de bal arczfélén kevésbé élénken jelzi. A legkülönbözőbb fájdalomcsillapító szerek teljesen hatástalanok voltak e fájdalmi ellen; a beteg ennek daczára már több mint két éve igen szorgalmasan jár el a klinikai ambulatoriumra.

4. F. J. 40 éves nő, elmekórosan terhelt családi viszonyokkal, gyengébb testalkotással. Sok kedélyi izgalmon ment át, már vagy 10 éve szenved; bal arczfájása idültebben támadt glaucomás szembajból indult ki, a fájdalmak a kétségbeesésig gyötörték a beteget éveken át, azután lehúzódtak a bal karba, jelenleg a jobb

karba kerültek át s itt egy ideig a vállizületben a mozgathatóság is korlátolt volt, a nélkül, hogy ezen izületben akkor vagy utólag a legesekélyebb elváltozást lehetett volna találni (izületi neurosis). Néhány kellemetlen eczema-kitörésen kívül, a mely ujjain támadt, semmi objectiv jelenséget nem észleltem. Az arcfájdalmak azonban, habár némileg enyhébb mértékben, a karfájdalmak idején is fennállottak, a harapásban nem akadályozták ugyan a beteget, de hosszú időn keresztül teljes anorexiában volt a beteg, a ki még ezen arcfájásoktól egyébként teljesen függetlenül álmatlan is volt. Általános kezelési módok, fürdőkúrák átmenetileg jó hatásúnak bizonyultak, a belső szerek brómon és bromidián kívül teljesen hatástalanok voltak.

5. N. S. 29 éves nő, 20 éves korában ment férjhez, hetszer volt teherben, mindannyiszor a terhesség ideje alatt hol az egyik, hol a másik szemében erős könnyezéssel egybekötött heves fájdalmakat kapott, a melyek a terhesség 4—5. havában kezdődtek s többnyire a szüléssel megszűntek (két ízben pár hóval tovább eltartottak), de a terhesség idején befolyásolhatók nem voltak, dacára, hogy pl. Bécsben egy előkelő szemorvos az egyik könnyimirigyét is kiirtotta. Ezen fájdalmak a terhesség alatt a szemüregek mélyében jelentkeztek csaknem állandóan és a beteget nagy mértékben legyengítették; minden terhessége nagy betegséget jelentett. A két utóbbi terhességében villamozással kezeltem s ekkor elég gyorsan elmúlt a fájdalom, még több hóval a terhesség vége előtt. Egyébként igen egészséges nő, a kinek családjában azonban ideges egyének vannak.

(Folytatása következik.)

Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóródájáról. (Igazgató: Kétly Károly tanár.)

Az eupyryn, basicin és rhizoma scopoliae carniolicae-ról szerzett klinikai tapasztalatok.

Irta: Kétly László dr., I. tanársegéd.

I. Eupyryn.

Ma, a midőn a lázas betegségek kezelésénél mindinkább érvényre jut az a helyes nézet, hogy a lázat, ha az nagyfokú és tartós, mesterségesen csökkentenünk kell; és a midőn a láz csökkentésére sokkal előnyösebb hatásúnak kell tartanunk az úgynevezett antipyreticumokat szemben a hideg víz alkalmazásával, minden újabb, jó antipyreticumot örömmel kell fogadnunk.

Az antipyreticumok alkalmazásakor tisztában kell lennünk azzal, hogy attól csak a láz csökkentését, illetve megszüntetését várjuk és ha valamely szer erre képes és a szervezetre káros hatást nem gyakorol, akkor már jó antipyreticumnak mondhatjuk. Mert ép úgy, mint a hogy a lázat nem tartjuk szükségesnek, minthogy a tapasztalatok azt mutatják, hogy a láz rendszeres elnyomása mellett is e lázas bajok ép úgy folynak le és ép oly halálozási százalékot mutatnak, mint midőn a láz nem befolyásoltatik, vagyis ma már józan észszel nem hihetjük azt, hogy a láz akár a fertőzéssel szemben védő hatást, akár a bakteriumokra káros befolyást fejtene ki, ép úgy nem állítjuk, hogy a láz elnyomása által az alapbajnak időbeli lefolyásában változást érjünk el; hanem a láz ellen, mint egy szükségtelen rossz ellen küzdünk és így a betegnek egyrészt subjective könnyebbülést biztosítunk, megszűnővén a láz okozta fejfájás, tagfájdalmak, forróság és szárazságérzet, szomj, gyengeség, kedélyzavarok stb., másrészt a beteg erejét kiméjük, és így ellenálló képességét az alapbajjal szemben is növeljük, mert a hosszas magas lázak tagadhatatlanul nagyon ártalmasak a szervezetre.

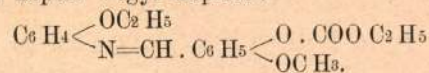
Az orvosságos antipyreticumok feltétlenül előnyben részesítendők a hideg fürdők különféle alakjaival szemben, mert a hideg fürdőt, bármily alakban alkalmazzák is azokat, legfeljebb mint értékes tonizáló módszert tekinthetjük, mivel a hőt csak rövid időre képesek leszállítani és e hőcsökkenést a betegről bizonyos számú caloria elvonása által hozzák létre és ezt a betegnek, miután belső szerveiben hőcsökkenés tulajdonképen nem jött létre és így hőképzése továbbra is fokozott mértékre van beállítva, a a fürdőből kilépővén, ismét pótolnia kell. És így a hidegvizes fürdő a betegnek munkatöbbletet okoz és az újabb hőemelkedés, fázás,

didergés által kísértetvén, legtöbbször subjective sem biztosít jó érzést.

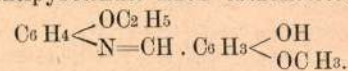
Ezzel szemben az orvosságos antipyreticumok a hőszabályzó centrumra hatván, ez által és nem hőelvonás által csökkentik a hőmérséketet, vagyis a belső szerveknek hőfokát is leszállítván, a lázat egyidőre valósággal megszüntetik; e hatásukkal az oxydálást is csökkentvén a szervezetben, a beteg erejének kimelését is elősegítik.

A lázmentes szakban a betegek közérzete javul, étvágyuk fokozódik stb. és így a belgyógyász e szerek alkalmazásával csak kötelességét teljesíti, megszüntetvén a betegeknek kínjait, a nélkül, hogy ártalmukra volna. Mert azon — fájdalom — sok orvostól ma is követett nézet, hogy az antipyreticumok nagy része, különösen kissé nagyobb dosisban, a szívre ártalmas hatást fejtene ki, teljesen téves és a klinikai tapasztalatok azt teljesen megcáfolják, úgy hogy bátran azt állíthatjuk, hogy minden orvos mulasztást követ el, ha az antipyreticumokat mellőzve, betegét ok nélkül szenvedni hagyja. Az antipyreticumoknak sok esetben látszólagos hatástalansága onnan ered, hogy sokan oly szereket alkalmaznak, melyek épen nem antipyreticumok, vagy pedig ha jó szert adnak is, azt oly kis dosisban adják, hogy természetes, ha hatást vele el nem érnek. Az antipyreticumokat minden egyénnél más és más dosisban kell adnunk, vagyis az adagot addig kell fokoznunk, míg hatás nem mutatkozik és saját tapasztalataim alapján is teljesen osztom *Jendrassik* tanár véleményét, hogy pl., ha 1'0 gm. phenacetin nem hat, úgy 1'5 vagy 2'0 gm.-ot is adhatunk minden veszély nélkül. Tapasztalataim szerint legjobb antipyreticumoknak mondhatók: 1. a phenacetin, melynek talán hátránya, hogy a hőt gyorsan, kellemetlen izzadással viszi le; 2. a lactophenin, mely már a hőt lassabban és így izzadás nélkül szállítja alá; 3. az antipyrin; 4. salipyrin; 5. aspirin; 6. natrium salicylicum; 7. citrophen; 8. pyramidon. Ez utóbbi kettő különösen idült betegségeknel, főképp phthisisnél hat igen előnyösen, mint azt az Orvosi Hetilap 1899-diki évfolyamában közöltem is.

1900-ban *Overlach*² egy új antipyreticumot, az eupyryn-t ajánlotta. Az eupyryn — vanillinaethylcarbonatparaphenitidin — halvány zöldessárga, enyhén vaniliaszagú, teljesen íztelen, tü-alakú jegeceket képező por, 87—88° C.-nál olvad, vízben nehezen, alkoholban, aetherben, chloroformban könnyen oldódik; egyes savakkal sőt képez. Vegyi képlete:



Az eupyryn *Overlach* szerint egy oly antipyreticum, mely egyszersmind stimuláló hatású. Ő több éven át kísérletezett, míg e chemiai összeköttetést előállítania sikerült és célja elérésében főképp *Grasset* és *Rouillès*³ munkája a „Vanilin physiologiai hatásáról“ segítette elő, a melyből annak excitáló hatása tűnik ki. Ez alapon sikerült neki a vanilint és a paraphenitidint oly összeköttetésbe hozni, mely mindkét szer hatásával bír, vagyis excitáló és antipyretikus. Ezen összeköttetés képlete a következő:



E szer kellemetlen tulajdonsága intensiv vanilia szagában nyilvánult. Ezen *Overlach* úgy segített, hogy a vanilint ennek aethylcarbonatjával helyettesítette, és így nyerte az úgynevezett eupyrint, melynek vegyi képletét fentebb láttuk.

E szert, mielőtt betegéknél alkalmazta volna, előbb állatkísérletekkel vizsgálta meg és ezeknél főképp a phenacetinnel szemben vizsgálta a hatást. Ez állatkísérleteinél kitűnt, hogy phenacetin adagolásánál, ha azt kutyának adta be, 1 grammot számítván egy kilogramm súlyra (pl. 5 kgm.-os kutyának 5 gm.-ot adva), vagy halál, vagy súlyos mérgezési tünetek álltak be; nyúlánál a hatás kevésbé intensiv volt. Ezzel ellentétben az eupyryn, szintén 1 gm.-ot számítva 1 kgm. testsúlyra, úgy nyulaknál, mint kutyáknál a szer beadása után 6—10 órával pár óráig tartó étvágycsökkenést és kisfokú rosszulletet idézett csak elő. Ellenben sohasem látott a phenacetinhez hasonló mérgezési tüneteket, mint a mozgások nehézkességét, tunyaságot, részegséget, rángásokat, remegést, szédülést, járási zavarokat, hányást, vizelet ingert stb.

Az eupyryn hűdési tüneteket nem okoz, a mit a vanilin

aethylcarbonat stimuláló antagonistikus behatásának kell tulajdonítani, míg a phenacetinra nézve *Mahner*⁴ kimutatta, hogy az direct a gerinczagyra hat, a mozgató és érzési centrumokat, majd a nyúltvelőt támadván meg, a légzési centrum hűtéséhez vezet.

Ugyancsak *Overlach* az eupyrint a vérre való hatását is figyelembe vette állatkísérleteinél és azt találta, hogy az erős bulldog kutya vére spectroscopban eltérést egyáltalában nem mutatott, míg ugyanoly adag phenacetin után a methaemoglobin kifejezett characteristikus spectrumát lehetett látni, vagyis a phenacetin azért is veszélyes, mert az oxyhaemoglobint methaemoglobinná változtatja át, míg az eupyrin ily értelemben is ártatlan.

Overlach e tapasztalatai alapján jogosultnak tartotta e szert betegágnál is kipróbálni és mintegy 50 lázas betegnél volt alkalmá az eupyrin ártalmatlanságáról meggyőződni. Általában 1.5, legfeljebb 2.0 gm.-nyi adag elegendő volt felnőtt embernél a kívánt hatás elérésére.

Azt találta, hogy a hő enyhén és elég gyorsan száll le és rendszeren 2—3 óra alatt 1½—2° C.-sal. Rázóhideg, félelemérzés vagy más kellemetlenség sohasem volt észlelhető. Azt is észlelte, hogy az eupyrin stimuláló hatása folytán, úgy betegeknél, mint egészségeseknél legtöbbször euphoriát is idéz elő, úgy hogy némely egyénnél valóságos vágyakozás jelentkezett a szer után. Szerinte az eupyrin stimuláló hatásánál fogva és mint enyhe ártatlan anti-pyreticum főképp gyermekeknél, öregeknél és általában oly esetekben, midőn collapsustól félünk, lesz indicált.

Enyhe aromájánál fogva a szert felnőttek és gyermekek egyaránt, rendszeren tisztán, substantiában adagolva, ostya vagy corrigens nélkül is szívesen vették.

*O. Porges*⁵ teljesen megerősíti *Overlach* tapasztalatait, ő is azt látta, hogy 1.0—1.5 gm.-nyi adag felnőttél, 0.3—0.5 gyermeknél elegendő, hogy a hőmérsék 1—2 óra alatt 1.0—1.5°-kal leszálljon, mi mellett a közérzet is lényegesen javul. A hatás rendszeren már az első dosis után pontosan beáll.

E közlemények alapján jogosultnak tartottam e szer kipróbálását.

Először láztalan egyéneknél figyeltük meg a hatást és sok eset alapján állíthatjuk, hogy 1.0—2.0 gm.-nyi adag felnőtt embernél sem a szív működésre, sem a légzésre káros hatással nem volt. A hőmérsék azonban legtöbbször 2—3 óra alatt 0.2—0.3°-kal süllyedt; subjective a betegek semmi kellemetlenséget nem éreztek.

Lázás betegek közül 6 esetben typhus abdominalisnál, 1 peritonitis tuberculósánál, 25 phthisis pulmonumnál, 1 anaemia perniciosánál, 1 cirrhosis hypertrophica cum icteronál, 1 pharyngitissel és laryngitissel társult soornál, 2 pneumonia crouposánál, összesen tehát 37 esetben alkalmaztuk.

Egyetlen egy esetben sem észleltünk kellemetlen hatást akár a szívre, akár az idegrendszerre vonatkozólag. A hő lassan, izzadás nélkül, rendszeren két, legkésőbb négy óra alatt 1.0—2.0° C.-sal szállott alá és csak 2—4 óra múlva emelkedett ismét fel. A betegek sem elgyengülésről, sem szédülésről, sem rosszullétről vagy hányingerről sohasem panaszkodtak. A pulsus és légzés száma épen csak a hőesésnek megfelelően csökken. E hatás elérésére 1.0 gr. rendszeren elegendő volt, és csak egy-két esetben, hasi hagymáz fastigioma alatt vagy súlyos phthisiseknél volt szükséges az adagot 1.5—2.0 gr.-ra fokozni. Cserben a szer sohasem hagyott, de a tüdővésztes esetek egy részénél a hő leesés még nagyobb adag mellett is csak 0.5—1.0 foknyi volt, és ez esetekben határozottan jobban hatottak a pyramidon (0.30 gr.-nyi adag) és citrophen (0.5 gr.-nyi adag); a hasi hagymáz eseteknél összehasonlítás céljából egy párszor phenacetint is próbáltunk, de ennek nagyfokú izzadást okozó hatása miatt a betegek maguk is az eupyrin után kívánczok. Egy-két esetben pedig a lactopheninnel való összehasonlításnál az eupyrin biztosabb hatásának mutatkozott. Ez észleletek igazolására a következő pár kórtörténetkivonat szolgál:

I. F. Gy.; diagnosis: peritonitis tuberculosa chron. exsudativa. 1901. január 7.-én délután 4 ó. hő 38.5, pulsus 110, kap 1.0 gm. eupyrint

1/25	"	"	38.5,	"	125,
5	"	"	38.4,	"	110,
1/26	"	"	38.1,	"	104,
6	"	"	37.9,	"	110,
8	"	"	37.9,	"	100.

Január 9.-én délután 4 ó. hő 38.7, pulsus 109, légzés 20, kap 1.0 gm. eupyrint

1/25	"	"	38.7,	"	110,	"	21,
5	"	"	37.8,	"	98,	"	26,
1/26	"	"	37.3,	"	98,	"	22,
6	"	"	37.4,	"	94,	"	20.

Január 10.-én délután 4 ó. hő 38.6, pulsus 104, légzés 20, kap 1.5 gm. eupyrint

1/25	"	"	37.9,	"	98,	"	20
5	"	"	38.0,	"	100,	"	22
1/26	"	"	37.8,	"	—	"	—
6	"	"	37.5,	"	—	"	—

Január 16.-án délelőtt 10 " hő 38.6, " 104, " 18, kap 1.0 gm. eupyrint

1/211	"	"	37.9,	"	90,	"	18
11	"	"	37.5,	"	104,	"	24
1/212	"	"	37.4,	"	96,	"	24
12	"	"	37.2	"	—	"	—

II. Gy. J. 30 éves férfi; diagnosis: typhus abdominalis.

1901. aug. 19.-én délután 8 óraker, hő 39.5, kap 1.0 gm. eupyrint

10 " " 38.9

12 " " 38.8

Augusztus 20.-án délelőtt 2 " " 39.7, kap 1.0 gm. eupyrint

4 " " 38.8

6 " " 37.9

8 " " 37.7

délután 8 " " 39.7, kap 1.0 gm. eupyrint

10 " " 38.0

12 " " 37.2

Aug. 27.-én d. u. 6 ó. hő 39.6, kap protrahált langyos fürdőt, utána hő 39.3

8 " " 39.6, kap 1.0 gm. eupyrint

10 " " 38.0

12 " " 36.3

Aug. 28.-án d. u. 8 óraker hő 40.0, kap fürdőt (30° C.-ról 15 perc alatt lehűtve 22°-ra) fürdő után 39.1°

10 óraker hő 40.0, kap 1.0 gm. eupyrint

12 " " 38.0

III. T. G. 16 éves nő, diagnosis: typhus abdominalis.

1901. augusztus 8.-án déli 12 óraker 39.7, kap 1.0 eupyrint

délután 1 " " 39.2

2 " " 38.7

Augusztus 12.-én délután 8 óraker 39.6, kap 1.5 gm. eupyrint

9 " " 39.2

10 " " 38.7

11 " " 38.2

Augusztus 17.-én délután 4 óraker 39.8, kap fürdőt, utána 38.3

6 " " 38.7

8 " " 39.5, kap 1.5 gm. eupyrint

9 " " 39.3

10 " " 38.5

11 " " 37.4

Augusztus 20.-án délután 2 óraker 41.1, kap fürdőt, utána 39.5

4 " " 39.7, kap 1.5 gm. eupyrint

5 " " 39.4

6 " " 39.3

7 " " 39.4

Augusztus 21.-én délután 2 " " 39.7, kap fürdőt, utána 38.5

4 " " 39.7, kap 1.5 gm. eupyrint

5 " " 39.3

6 " " 38.6

7 " " 38.0

8 " " 38.1

9 " " 38.2

Augusztus 22.-én déli 12 óraker 39.9, fürdőt kap, utána 38.3

délután 2 " " 39.7, kap 1.5 gm. eupyrint

3 " " 39.0

4 " " 38.5.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórházi idegbeteg-ambulatoriumból. (Rendelő orvos Donath Gyula dr. egyet. m. tanár.)

Vizsgálatok az oculopupillaris (sensibilis) reflexre vonatkozólag.

Irta: *Várady László* dr.

A gyakorlat szempontjából sokkal használhatóbb a dilatatio, mint a contractio, mert az rendszeren promptabb.

Stefani és *Nordera* ugyan azt állították, hogy a tünet első phasisa után mindjárt bekövetkezik a második phasis, de én ezt egyénileg különbözönek találtam.

A vizsgált 50 egyén közül csak kettő volt 30 éven felüli s egynek sem volt olyan baja, mely a szemre befolyással lett volna. Hogy miként váltak be az eszközök és módok, melyekkel a reflexet vizsgálni lehet, feltünteteti alanti táblázat.

Eszközök	Napfény mellett			Lámpafény mellett			Összesen
	prompt	közép-erős	gyenge	prompt	közép-erős	gyenge	
Dörzsölés ...	7	7	10	7	12	7	50
Szűrés ...	12	8	6	12	9	3	50
Sonda ...	13	6	8	9	9	5	50
Összesen ...	32	21	24	28	30	15	150

Ezen táblázatból az következik, hogy szűrésre ezen reactio úgy napfénynél, mint lámpafénynél legpromptabban következik be. Figyelmemet a hőre és villamosságra, mint körülményesebb eljárásokra egyelőre nem terjesztettem ki, másrészt már az alkalmazott három módszer valamelyike is kielégítő eredményt képes adni. Különben a búvárok szerint e két inger hatása azonos természetű az általam használt ingerek hatásával. A gyakorlatban természetesen többnyire elegendő egyszerűen constataálni, hogy ezen reflex jelen van-e, tekintet nélkül fokára, vagy sem. Az intenzitás foka a táblázat szerint egy bizonyos határig egyénenként különböző, a mint különböző az egyének pupilláinak érzékenysége. Az oculopupillaris reflex intenzitásának különbségéből messze menő következtetést vonni nem szabad. Ezen oculopupillaris reflex öreg egyéneknél egészen kimaradhat, a mi az iris rigiditásában leli magyarázatát, mert *Gaid* szerint valószínű, hogy ezen reflex vasomotorikus eredetű és így véleményem szerint az érfalak merevsége esetén nem juthat érvényre.

Hogy valamely egyén melyik eszközre fogja mutatni ezt a reflexet, az csak kísérlet által állapítható meg. E tény táblázatom bizonyítja. Ebből is kiviláglik, hogy leggyengébb eredményt ad a legenyhébb inger, t. i. az érintése vagy dörzsölése a szempupilláknak. A legjobb eredményt adja a szem környékén alkalmazott szűrés s ép oly jól a conjunctivának sondával való érintése. Tekintve azonban, hogy a beteg sokkal inkább idegenkedik conjunctivájának sondával való megérintésétől, mint a bőrnek tüvel való megszűrésétől, célszerűbb az utóbbinak alkalmazása, annál is inkább, mert a tűszűrés a bőrön bárhol ugyanazon eredménnyel a pupillára vonatkozólag alkalmazhatjuk. A mi a megvilágítást illeti, erre nézve azt mondhatom, hogy én egyáltalán nem találtam azt, a mit *Stefani* és *Nordera* annyira hangoztatnak, hogy erős fénynél a dilatatiót, gyenge fénynél a szűkülést lehetne eredményesebben vizsgálni, de igen is azt találtam, hogy intenzív fénynél a tünet többnyire gyorsabban folyik le és ezért sok esetben kevésbé jól észlelhető, mint lámpafénynél, ámbár itt is vannak egyéni különbségek. Tapasztalásom szerint gyenge fénynél a pupilla kitérései bár jóval lassabbak, de sokkal nagyobb méretűek, mint erős fénynél. Ha egy egyénnél nehezen vagy épen nem tudtam erős fénynél kiváltani a reflexet, úgy lámpánál rendszeren sikerült az; ellenkező viselkedés ritkábban fordult elő.

Az én módosításom szerint vizsgált oculopupillaris reflex következő eredményekre vezetett.

1. A kellő cautelálék mellett minden esetben sikerült kiváltani ezen oculopupillaris reflexet; a prompt és középerős gyakrabban fordul elő, mint a gyenge.

2. Legalkalmasabb kiváltó módszer a tűszűrés.

3. Jó minden esetben a vizsgálatot gyenge vagy középerős fénynél megejteni, mert az eredmény sokkal praegnansabb, habár nem szabad mellőznünk az erős fényt sem.

4. Ritka esetekben nem sikerül a sensibilis reflexet kiváltani.

Ezen reflex pályáiról csak nagyon keveset tudunk, eddigelő valószínű, hogy a vasomotorikus centrummal kapcsolatban vannak.

* * *

Hátra volna, hogy megjelöljem azon eseteket, melyekben a reflex haszonnal értékesíthető a gyakorlat szempontjából. Egyik haszna már abban van, hogy a hol kiváltható, ott a kiváltás helye nem lehet anaesthesiás, ezen reflex tehát az érzésnek egy objectiv jele lenne, azonban mint később látni fogjuk, ezen tétel itt csak bizonyos határok közt érvényes.

Midőn *Bechterew* azon hatást kutatta, melyet valamely hyperaesthesiás helynek megnyomása a működésére gyakorol, gszersmind

észrevette, hogy egyidőben a pupilla is tágul. *Bechterew* hyperaesthesia, anaesthesia, traumás neurosis, hysteria eseteit ezen reflexre vizsgálván, azon eredményre jutott, hogy a reflex hiánya nem bir bizonyító erővel, de jelenléte kizárja azt, hogy az illető hely érzéstelen. Ő ezen reflexnek pontos megállapítására photographiát, Weber körzöt is használt. Szerinte főleg törvényszéki szempontból fontos ez oculopupillaris reflex, mely objectiv bizonyítékot nyújthat az iránt, vajjon az egyén anaesthesiában szenved-e vagy sem.

Az eljárás mondhatni igen egyszerű és gyors, nem kell

Sorszám	Diagnosis	Lelet
1	Tabes. Előrehaladt, nagyfokú myosis, fényre nincs, acc-ra van reactio	Pupilla mindhárom módszerre merev, nem mozog
2	Tabes. Bal pupilla fényre nem, jobb reagál, accomodatoria van reactio	Bal pupilla módszereimre reagál, de jobb nem
3	Tabes. Nagy atrophia nervi opt. o. u. Fényre nincs, accomodatoria van reactio	Pupillák merevek, nem mozognak
4	Tabes. Atrophia nervi opt. nincs. Analgesia lábszáron. Fényre nincs reactio	Analgesias helyről nincs tünet, míg egyéb érzékeny helyről kiváltható
5	Hemianaesthesia hemiplegia organicával	Ugyanaz
6	Hysteria hyperalgesiaival	Pupillái igen tágak még erős fénynél is, de a hyperalgesias helyekről nem mozognak semmi ingerre
7	Hysteria hyperaesthesiaival	Középerős reflex mindkét szemem
8	Hysteria hemianaesthesiaival	Igen labilis pupillák, reflex prompt
9	Hysteria hypaesthesiaival	Hypaesthesias helyről kiváltott reflex nem oly prompt, mint egyéb helyről
10	Hysteria hyperalgesiaival	A túl érzékeny helyekről is reflex középerős
11	Hysteria	Egyik módszer által sem váltható ki semmi reflex
12-14	Hysteria nem kifejezett hyperalgesias és hypaesthesias helyekkel	Bárhonnan a reflex kiváltva középerős
15	Agytumor papillitis chronicaival	Igen gyenge reflex
16	Gumma cerebri pangasos papillával	Gyenge reflex
17	Atrophia nervi opt. o. u.	Reflex kiváltható, bár gyenge
18	Cephalalgia anaemica (e luc?)	Egy igen érzékeny pontján a koponyának fokozottabb középerős, míg más helyről kiváltva gyenge a reflex
19	Cephalalgia	Trigeminus kilépési pontjai igen érzékenyek s ennek megfelelőleg a reflex is promptabb
20	Diplegia brachialis saturnina	Jobb szemem gyengébb, balon erősebb a reflex
21	Lues. Peliosis rheumatica	Középerős reflex
22	Pruritus	Középerős reflex
23	Paralysis nervi facialis dextri rheumatica	Pupilla labilis. Prompt reflex mindkét oldalon főleg erős fénynél
24	Neuralgia n. supraorbitalis sinistra	Prompt reflex
25	Dementia paralytica	Gyenge reflex mindkét szemem

hozzá egyéb, mint egy tü és egy pontos megfigyelő. Kétes esetben tagadhatlanul igen jó szolgálatot tehet, a mint tapasztalta azt *Bechterew* egy törvényszéki kétes esetében. A nagy horderőt tehát tőle elvitatni nem lehet s majd ha a kipróbált gyakorlat igazolni fogja a reflex megbízhatóságát a diagnostikában, a vizsgáló módszerek között mindenesetre jelentékeny helyet lesz hivatva betölteni.

Ennek dacára be kell vallanom, hogy kevés a tényleges eredmény, a mit elérhettem s inkább csak általános következtetést enged meg. Ennek oka tisztán a technikai akadály, mert az anyagot, ha csakugyan sikeres vizsgálatot akarunk eszközölni, igen meg kell válogatni s így történt, hogy féle évi buvárkodásom alatt alig akadtam 25 betegre, kik céljaimnak megfeleltek volna. Az esetek e csekély száma egyszersmind figyelmeztet arra, hogy a reflex mint diagnostikus jel a nagy gyakorlatban szintén csak igen kiválókatott esetekben lesz alkalmazható, a hol az különösen igen praegnansan mutatkozik.

A vizsgált esetek a következők. Ott a hol ezen táblázatban különös módszer nem említett, tüszúrás értendő. (L. a táblát.)

A fenti táblázatból kitűnik, hogy *functionalis érzési elváltozásnál, mint hysteriánál, ezen oculopupillaris reflex úgy viselkedik mint egészségeseknél, azaz anaesthesia vagy hyperaesthesia dacára is jelen lehet vagy hiányozhatik.* Különösen érdekes a 6. sz. hysteriás, hol a hyperalgesia dacára sem lehet a reflexet kiváltani.

Organikus eredetű anaesthesiánál az oculopupillaris reflex nem váltható ki, illetve csökkenve van, a mi természetesen csak akkor bir bizonyító erővel, ha mi a symmetriás ép helyről a reflexet kiválthatjuk, mint ezt az organikus hemiplegia és a tabes esetem, hol az anaesthesia csakis az egyik oldalon volt kifejezve, bizonyítják.

Organikus eredetű hyperaesthesiánál, mint pl. trigeminus neuralgiánál, a fájdalmas oldalról kiváltva, a reflex fokozottnak mutatkozik, úgy hogy a fájdalmas oldalról kiváltott reflex mindkét szemem élénk és az ép oldalról kiváltott reflex mindkét oldalon normalis viselkedést mutat.

Biztosan mondhatjuk azt, hogy ott a hol a reflex kiváltható, organikus anaesthesia nincsen, a reflexnek kimaradása azonban nem bizonyít, mert ez úgy egészséges, mint functionalis érzési zavarokban szenvedő egyéneknél is előfordulhat, kivéve, hogy ha a symmetrikus oldalon a reflex kiváltható.

A reflex fokozódottságából sem szabad a hely hyperaesthesiájára következtetni, mivel ez labilisabb pupillánál könnyen előfordulhat.

Tabes eseteim azt bizonyítják, hogy az *oculopupillaris reflex független az optikai, accomodatiós és convergentiás reflexektől, a mennyiben az utóbbi három részben vagy egészen hiányozhatik és az oculopupillaris reflex mégis fennállhat.*

Észleleteim szerint azonban úgy látszik, hogy az atrophia nervi optici vagy a papillitis előbbre haladott stadiumaiban az oculopupillaris reflex is csökkenhet, illetve eltűnhetik.

Eseteim közt szerepel még két környi eredetű motorikus izomhűdés, egy agyi lues, egy ideges eredetű pruritus, de mint látható, ezek ép úgy nem okoztak semmi változást a reflex fellépésében és lefolyásában, mint nem okoztak a többi reflexben. Ha most ez utóbbi felhozott eseteket a gyakorlatra vonatkoztatom, azt kell mondanom, hogy ilyen esetekben a reflex mint diagnostikus jel nem igen értékesíthető.

Minden esetre ezen reflex elég érdekes és gyakorlati fontosságot ígér, különösen az érzés objectiv megítélésére s így megérdemli, hogy az minél kiterjedtebb vizsgálat tárgyát képezze.

* * *

Végül hálás köszönetet kell mondanom *Donath* m.-tanár úrnak azon támogatásért, melyben ezen munkámat részesítette.

Irodalom. 1. Handbuch der Physiologie, I. Band, I. Th. Leipzig, 1879. L. Hermann 1010. — 2. U. Stefani, E. Nordera. Del riflesso oculopupillare. Rivista Sperimentale di Freniatria. Vol. XXV. Fasc. III. IV. — 3. W. v. Bechterew. Über objective Symptome localer Hyperästhesie und Anästhesie bei den sogenannten traumatischen Neurosen und bei Hysteria. Neurologisches Zentralblatt, 1900. No 5. — 4. Du reflexe ideo-moteur de la pupille, par Dr. Roubinovitch (Paris). Revue neurologique, 1900. No 15., p. 740. — 5. Ziehen. Real-Lexicon der Medicinischen Propädeutik. Dr. Johannes Gad. Dritter Band, S. 703. Die reflectorische Erweiterung der Pupille nach Einwirkung starker sensibler Reize.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A coxa vara-nak nevezett kórkép ismertetése.

Közli: *Kopits Jenő* dr. műtőorvos.

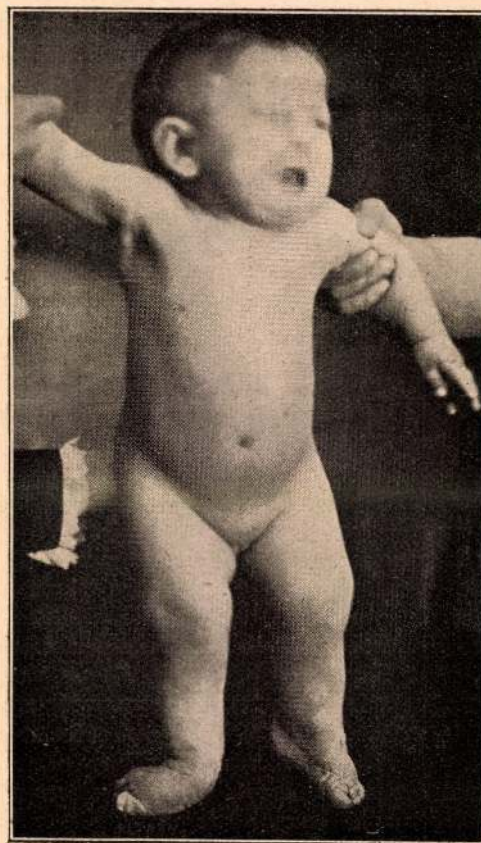
(Folytatás.)

Harmadik esetünk megegyezik az imént vázolttal s szintén a coxa vara rhachiticum csoportjába tartozik.

Th. A. 14 éves tanuló, lakik Kőbányán.

Szülei előadják, hogy a gyermek 1 éves korában angolkóros volt, mindazonáltal 1½ éves korában már járni kezdett, de esakhamar észrevették, hogy a gyermek bal alsó végtagjára sántít, mely sántasága lassanként fokozódott.

A kissé sápadt, korára gyengén fejlett fiú járásnál a bal oldalára bicezent, állásnál a bal láb ujjával érinti a földet és a bal alsó végtag láthatóan megrövidült. A jobb végtag hossza 70 cm., baloldalié 68 cm., a rövidülés 2 cm-t tesz ki s ugyanannyival



5. ábra.

áll a bal oldalon a trochanter csúcsa a Roser-Nelaton-vonal felett. A bal czombot felhajlítva, a trochanter felett bemélyedés tapintható, melybe ujjainkat mélyen belenyomhatjuk s érezhetjük a czombnyak lefelé hajlását. A czombesont az ízületben nyeri támaszát, sem le nem húzható, sem fel nem toható.

Mozgásnál a czomb felhajlítása és kinyújtása teljesen szabad úgy active, mint passive, az abductio nagyfokban korlátolt s azt passive fokozva, a trochanternek a csipőtáyerhoz ütődése világosan érezhető s direct akadályt képez. A végtag functionalis rövidülése 4 cm. A Röntgen-felvétel ez esetben is igazolta diagnosisunkat, az elgörbülés, a második esetünkkel megegyezően (4. ábra), a trochanternél kezdődött és fokozatosan haladt lefelé a czombfejecsig.

Negyedik esetünk rendkívüli érdekességét nagyon emeli annak ritkasága; az irodalomban alig pár eset van leírva mely hasonló módon jött létre. Ez esetünkben a coxa vara mint veleszületett elgörbülés jelentkezett, az alsó végtagoknak többszörös veleszületett deformálásával egyetemben.

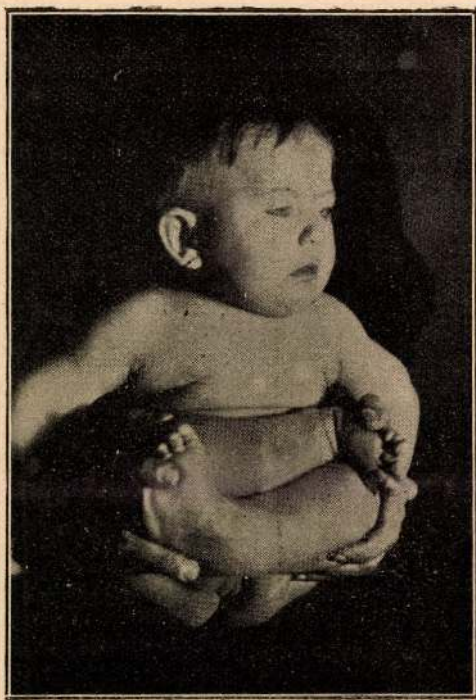
Az érdekes eset egy B. J. nevű 11 hónapos leánygyermeket illet, lakik Kassán.

A gyermek 3 testvére épen született. Családjában semmiféle veleszületett elgörbülés eddig nem jelentkezett. Anyjának a graviditas egész tartama alatt fájdalmai voltak hasában, melyek a szülésig fokozódtak. A terhesség VI. hónapjában vérzése volt. A szülés rendes időben hirtelen következett be, miközben állítólag sok magzatvíz ömlött. Az erősen fejlett nagy újszülött asphyxiában szenvedett, melyből hosszas manipulációk után hozták életre.

A csecsemőt gyenge vérszegény anyja táplálja.

Felvételkor, 1899. október 23-dikán a csecsemő kövér, erősnek látszik, bár rajta az angolkór jelei kétségkívül észlelhetők: a nagy kutaes széles, nyitott, az alkar és lábszárcsontok kéz- illetve bokaizületi végei megvastagodottak, fogzás hátra maradt. A gyermek ülni tud 7 hónapos kora óta, bár ülésnél a gerince erős ivben hátrahajlik. Lábra még sohasem állt.

Mindkét alsó végtag, mint (5. ábra) látható, erősen kifelé fordult, a csombok középállásban állanak abductio és adductio között. Mindkét térd, különösen a baloldali erős gacsos állásban van, úgy hogy a térdék érintésénél a bokák távolsága 9 cm.-nyi távolságban van egymástól. A jobb láb valgus, a bal pedig equinovarus állásban áll.



6. ábra.

A csombok felhajlítása és kinyújtása active és passive minden akadály nélkül végezhető, az adductio normalis, de az abductio csak 30°-ra sikerül mindegyik oldalon, a végtag befelé rotatioja kivihetetlen.

A csipőizületet megvizsgálva, jobb oldalon 4 cm.-rel, bal oldalon 3½ cm.-rel találjuk magasabban a trochanter csúcsát a Roser-Nelaton-vonal felett. A fejeces kitapintása a csomb legerősebb felhajlítása alkalmával sem sikerül a gluteusok alatt, ellenben jól érezhető mellül a lágyéktájon; a csombesont sem le nem húzható, sem fel nem tolató.

A végtagok mozgásait tovább vizsgálva úgy találjuk, hogy a térdéket behajlítva az alszárak egymással párhuzamosan harántul állanak, e helyzetben a jobb láb külső széle erősen a bal csomb belső bütykére simul (a hol a láb lenyomata is jól látható) s azt lefelé nyomja, míg a bal láb belső széle a jobb csomb külső bütyke alá kerül s ahhoz szorosan oda simul. Az alsó végtagok ez állása mellett a csombok a has felé szabadon felhajlíthatók, úgy hogy a gyermek ilyenkor törökösen ülő helyzetet vesz fel (6. ábra). Az egész helyzet oly megszokottnak látszik, hogy nézetem szerint bátran felvehetjük a csecsemő végtagjainak ez állását a magzat méhenbelüli helyzetének, melyből könnyen megmagyarázható a csecsemő csombcsontja proximalis végének a megváltozott alakja. E helyzetben a méh fala által a térdekre gyakorolt állandó nyomás okozta a csombesont testének a feltolását,

míg az alszárak e párhuzamos helyzete a csombesont állandóan kifelé rotatioját idézte elő, minek következtében létrejöhetett a csombnyak, illetve a fejeces le- és hátrafelé hajlása.

A térdék, valamint a lábak deformitása a supponált helyzetből könnyen érthető. A lábaknak szorosan a térdékhez simulása okozta a jobb láb valgus és a bal láb equinovarus állását s a térdéknek a csombesont bütykeire gyakorolt nyomása következményeként jött létre a gacsos térd.

A fent vázolt tünetek alapján esetünkben *coxa vara congenitara* tettük a diagnózist. A megejtett Röntgen-felvétel sem vetett több világosságot az esetre, mint a mit klinikai vizsgálatnál is constatálhattunk. A képen is csak azt látjuk, hogy a trochanterek jóval magasabban állanak az izületi vápa magasságánál, sem a fejecsből, sem a csombnyakból azonban semmi sem látható. Az első életév végén ugyan a fejecsből a csontmagnak kellene látszani egészséges gyermeknél, itt azonban a csontok fejlődése az angolkór következtében késlekedik s így az még nincs jelen. A távolság azonban a csombesont látható csontos része és az izületi vápa között nem nagyobb, mint egy ilyenkorú gyermek fejecsenek a hossza, másrészt a kis trochanter nem áll magasabban az izületi vápa legmélyebb pontjánál, a mi szintén arra enged következtetni, hogy a csombfejec az izületi vápával érintkezésben áll. Hogy nem egy kétoldali veleszületett ficamodással van dolgunk, azt a Röntgenkép alapján bizonyosan eldönteni nem lehet, azonban annak ellentmond azon klinikai tünet, hogy a fejeces a lágyékhajlásban jól tapintható, míg a legjobban felhajlított csombok mellett sem érezhető hátul a gluteusok alatt, a csombok sem le nem húzhatók, sem fel nem tolatók; másrészt kétoldali veleszületett ficamodás jelenléte esetén a csombok abductioja, valamint befelé rotatioja nem volna akadályozott.

Mindenesetre zavarólag hatott a deformitás eredetének a meghatározására az angolkór jelenléte, azon körülmény azonban, hogy a gyermek még soha lábra nem állt, a többi deformitások miatt, kizárja azt, hogy a deformitás a puha csombesonton a megterhelés következtében jött volna létre, más módon pedig annak létrejötte el nem képzelhető. Az elgörbülés méhenbelüli eredete mellett tesz bizonyosságot másrészt a csombesont distalis végének az elgörbülése és a lábak deformitása is.

* * *

Mint e röviden vázolt négy esetből is látható, a coxa varának nevezett elgörbülést bármi okozza, az mindig ugyanazon tünetekkel jelentkezik. Mindegyik esetben a csomb *nyújtott, adductált és kifelé rotált* helyzetben van, a *végtag mozgása korlátolt abductio és befelé rotatio irányában. A végtag megrövidült és a rövidülésnek megfelelően a trochanter csúcsa a Roser-Nelaton-vonal felett áll. Az izület, valamint a mozgás a megengedett határokon belül fájdalomtalan.*

A coxa vara adolescentiumnál azonban az esetek legnagyobb számában észleltetett egy úgynevezett *fájdalmas szak*, midőn a betegek a fájdalom miatt járni alig tudnak s izületük mozgékony-sága csökken, sőt teljes ankylosis állhat be.

A fájdalmas szak legtöbbször trauma vagy megerőltető munka után következik be és lefolyásában nagyon sokban megegyezik a merev lúdtalppal. A fájdalmak itt is mozgás alkalmával lépnek fel és a végtag a kóros állásban merev. A fájdalmasság pihenésre megszűnik, hosszabb fekvésre, valamint narcosisban enged az izület merevsége is. *Hofmeister* ez állapotot *coxa vara contractának* nevezi. Az akadályt ilyenkor az izomzat reflectorikusan létrejött spasmusa okozza. Minél tovább tart ez állapot, annál inkább felléphetnek nutritiv zsugorodások a megfeszült izmokban, a mi azután az acut stadium lefolyása után is visszamaradhat. A fájdalmas szak lefolyása után az izület mozgása ismét javul és rendszeren azon állapot tér vissza, a melyben az izület azelőtt volt. Más eredetű eseteknél a fájdalmas szak hiányzik.

A diagnózis felállításánál támpontul szolgálnak e tünetek, összevetve azokat az anamnesissel és a csontváz többi részein mutatkozó deformitásokkal, melyek a coxa varat okozó csontbántalomról adnak felvilágosítást. Nagy segítségünkre lehet a diagnózis felállításánál a röntgenográfia, bár eseteink mindegyikénél a diagnózist a nélkül állapítottuk meg, azt csupán a kórisme ellenőrzésére vettük igénybe.

A betegség lefolyása nagyban függ az alaphántalomtól, a mely azt okozza, valamint a deformitást létrehozó statikus viszonyoktól. A prognoszt is e szerint döntjük el. Az elgörbülés magára hagyva is megállapodhatik kifejlődésének bármily fokán vagy fokozódhatik a végtag teljes hasznavehetetlenségéig.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

† Liebermeister Károly.

Korunk legkiválóbb belgyógyászainak egyike: Liebermeister Károly f. hó 24-dikén Tübingenben kiszüvett. Született 1833. február 2-dikén. Orvosi kiképzését Bonn, Würzburg, Greifswald és Berlinben, főleg Virchow és Niemeyer oldalán szerezte meg. 1856-ban promoveáltatott orvosdoktorrá s nemsokára rá Greifswaldban elnyerte a docenturát. 1864-ben a kórboneztan ny. rk. tanára lett Tübingenben, 1865—1871-ig pedig r. tanára a különös kór- és gyógytannak és igazgatója a belgyógyászati klinikának Baselben; 1871-ben költözött át hasonló minőségben Tübingenbe, a hol szakadatlanul működött mult vasárnap bekövetkezett haláláig.

Hírnevét 1864-ben megjelent: „Beiträge zur pathologischen Anatomie und Klinik der Leberkrankheiten“ című könyve alapította meg. Főmunkája a „Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers“ (1875). További főbb munkái: „Beobachtungen und Versuche über die Anwendung des kalten Wassers bei fieberhaften Krankheiten“ (1868). „Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie“ (5 Bände, 1885—94). 1889-ben jelentek meg „Gesammelte Abhandlungen“ czime alatt összegyűjtött kisebb munkái.

A „Schwäbischer Mercur“ halála hírének közölte, szépen emlékezik meg Liebermeisterrel mint emberről is, mondván: Éles észszel és nagy akaratérővel párosult benne szívének igaz jósága. Előadásaiiban többször hangsúlyozta tanítványai előtt, hogy az ember igazi értékét nem egyedül az elmemunka, de ennél még inkább a nemesebb érzéseknek és a kedélynek megnyilvánulásai teszik ki.

Liebermeisterben beigazolódott a mondás, hogy jó orvos csak jó ember lehet.

Györy Tibor.

Az éneklés és énekművészet physiologiája.

(Folytatás.)

Lehet aránylag kisebb hanggal, de szép hanggal és kifejlett énekművészettel is a világot hódítva bejárni. Példa reá a nálunk is több alkalommal hallott svéd énekesnő, Arnoldson Sigried, a kinél némelyik bíráló azt kifogásolja, hogy kicsiny a hangja, de a mely ellenvetést mosolyogva utasít vissza mindenki, a ki ragyogó énekművészetének hatása és varázsa alatt állott. Elvégre nem szabad felednünk, hogy az ének nem akrobata mutatvány, hanem szépművészet; és a hangnak nem kell nagyobbak lennie, mint hogy egy nagy házban jól legyen hallható, és elég legyen arra, hogy abból szepet lehessen alkotni. Ezen énekművésznőnek és a nálánál nagyobb hanggal bíró Patti Adelinának a bravuros és elragadó énekművészetén kívül varázssereje az éneklés minőségében rejlik. És ezen minőségben nem lehet másképpen megjelölni, mint *hogy szép*: „*bel canto*“. Egyáltalában azt lehet mondani, hogy a nő e tekintetben a férfi fölött állanak, és a női hang a ragyogó énekművészetre alkalmasabb és szebb; a tapasztalás azt bizonyítja, hogy a legünnepeltebb, bariton vagy tenor énekes nem tudott úgy hódítani művészetével, mint a nő. És a rejtély kulcsa csak a hang ragyogó szépségében rejlik. Azt természetesen nem lehet leírni, hanem csak hallani, hogy mi a szép hang; nyilván az, a mely minél nagyobb, mívelt izlésű publicumnak tetszik; a mely, a midőn a művész a legelső hangokat megüti, ezek máris az egész hallgatóság érzéséhez férköznek.

A hangnak szépsége koránt sem rejlik magában a hangképző organumban, hanem a resonator-készülékben. Épen úgy, mint a hegedűn a finom és jó húrok csak a hang tisztaságát adják meg; a behizelgő szépsége a hangnak a hegedű anyagában és alkotásában rejlik. A hangszalagokban játszódik le az éneklés tisztasága és a hangképzés biztossága, ezekkel lehet hamisan vagy helyesen fogni, a legnehezebb futamokat és átmeneteket biztos beidegzéssel jól beállítani; de a hangnak szépsége mindenek szerint a resonantia által adatik meg. És e tekintetben a mellkason kívül a garat és szájüreg jönnek tekintetbe, mint idomítható resonator; azonkívül pedig különösen a koponya légtartalmú üregei, az orrüreg és az összes melléküregek, mint merev másod-resonatorok, a melyekben a levegő együttrezgésben van.

A harmonikus felhangok, melyek a Helmholtz tana értelmében a resonator-készülékben járulnak az alaphanghoz, tehát a resonatorok formája, nagysága és falainak minemisége adják meg a hang minőségének jellegét. Általában nemes hangnak mondjuk a régi olasz mesterek hegedűit; és a hegedűvirtuoz játéka (a kinek pedig a művészete ugyanaz) mennyire mást tud producálni a Stradivarius hangszerén, mint egy iskola-hegedűn.

A baj az énekművészre nézve csak az, hogy míg a hegedűművész hosszú tanulás után tudását egy mesterhegedűn tudja fényessé tenni, addig ő resonator-készülékét, ha bármennyire vitte is a művészetben, nem tudja jobbra becsereálni, és mennyire szerencsés, ha oly reso-

lator-készülékét hoz magával a világra, a mely megadja neki azt, hogy hangja szép.¹

Ennélfogva szükséges, hogy a ki énekművésznak készül, annak nagy és egyszersmind szép hanganyagja legyen.

Mindezekből kitűnik, hogy mily óvatosságnak kell lenni, midőn valaki véleményét kér, hogy énektanulmányait hivatásos művészpályára folytassa-e; de egész más az irányadó, ha arról van szó, hogy valaki nem hivatásos kenyérkereset céljából kívánja tanulni az éneklést. Ekkor bátran lehet bárkinek ajánlani, mert a mit megtanul, az tudását és izlését nevelni fogja; azon kívül az éneklés egészségi szempontból is majdnem kivétel nélkül ajánlható és e tekintetben Barth egy értekezésére lehet hivatkoznom: Über den gesundheitlichen Werth des Singens. (Arch. f. Laryng. 1899).

Eltételezve a zenei tudástól vagy tehetségtől és egyéb művészi kellékektől, a melyeket az énektanárnak kell megbírálni ép úgy, mint a hang szépségét és terjedelmét is: a szakorvos a testi alkotásra lesz figyelemmel, különösen a vérszegénységre (Krause), az idegrendszer épségére, a hangadó szerv szabályos működésére, a resonator-készülék épségére; részéről meg szoktam hallgatni az illetők éneklését is, és egybevetni az életkorukkal, testalkotásukkal és egyéb sajátságokkal, a melyek ez értekezés folyamán meg lesznek említve.

A gége mint hangszer. Az emberi hangszert az összes zenei instrumentumok között a legtökéletesebbnek kell mondanunk, és így annak a kezelése is sokszerű, és a mit a gége az úgynevezett technikában producálni kell, az meglehetősen nagy feladat. Daczára, hogy tulajdonképen fúvó hangszerral van dolgunk, mégis *magát a hangszalagot a vonós hangszerek húrjához kell hasonlítani*. Az éneklés hangnak magasságát a hangszalagpárnak egyértelmű feszessége és alkalmas beállítása adja meg; épen úgy, mint a hegedűn egyrészt a húr feszessége, másrészt a rövidítése (ujjakkal való lefogása).

A hegedűn 4 hang, quintek távolságában hangolva, készen van, a többit mind a játszónak kell készítenie az ujjával; a hangszalagon azonban egy hang sinesen készen hangolva, azt mind az énekes éneklés közepette hangolja. A hegedűn a vonó hozza rezgésbe a húr, a gégeben a hangszalagpár között áttörő levegő teszi ugyanazt a hangszalagokon.

A rövidítések a hegedűhúrokon, melyeket ujjnyomásokkal végezzünk, körülbelül 1 és 2 cm. távolságban állanak egymástól, hogy a szokásos, egymást követő kótávolságokat megkapjuk. Ha ezt a hangszalagra visszük át, akkor azt látjuk, hogy a hangszalag legrövidebb és nyújtott, leghosszabb állapot között a differentia körülbelül 5 mm. hosszúsági különbség, tehát ezen fél centiméteren belül történnek az egész hangterjedelemben vonatkozó rövidülések és hosszabbodások; ezen hosszváltozásokkal karöltve járnak a hangszalagok csekély szélességi változatai, és a hangszalag bensejében futó izomnak feszességi változásai, melyek a szalagnak tömörségét adják meg. Látni való, hogy mily miniatúr munka megy végbe a hangrés körül.

Az énekesnek hangterjedelme mondjuk 2 oktáv (tehát 25 félhang), és ha a legmélyebb hangja másodpercenként 200 rezgésű, akkor a felső határon 800 rezgést végez; van azután nagyobb hangterjedelmű énekesnő is, ki még egy oktávot tud énekelni, melynek felső határon a rezgések száma már 1600. Az ezen terjedelemben fekvő 25, illetve 37 félhang a két szélső szám között folyton váltakozó rezgésekre beillesztett hangszalagot kíván. A változtatások pedig nagy gyorsasággal mennek végbe, mert pl. futamokban 6—8 hangot változtat másodpercenként az énekes; tehát a hangszalagnyújtó izomnak, a hangrés záró és a hangszalagot tömörítő izomnak mindig készen kell lennie a legfinomabban tagolt munkára. Ehhez járul még a *kannaporczok biztos rögzítésére szolgáló ugyanígy tagolt izomműködés*, mert míg hegedűn és zongorán a húrok végei jól vannak rögzítve, addig a gégeben a hanghúr egyik végének rögzítését és pedig minden hang számára külön-külön erővel kell végeznie az izomerőnek.

A skála hangjainak beállításán kívül még tekintetbe kell venni a registerek változtatásait és hogy a hang számára történt izombeállítás még a szükséges légnomáshoz is alkalmazkodik. Más a hangszalag izomereje a forte és más a piano éneklésnél.

A kilégzés, mint a hangrezgést kiváltó momentum, szintén kiváló fontossággal bír. *Ugyanaz, mint a hegedűnek jobb keze, a melylyel a húr megszólaltatja.*

A hegedűn a bal kéz adja meg a hangképzés biztosságát, a hegedű alkotása a resonantia szépségét, de a játék szépsége a jobb kézben rejlik. A vonónak egyenletes és biztos vonása úgy a gyengéd, valamint erősebb hangoztatásnál, a staccato és legato stb. módosított vonásmódoznál óriási technikát igényel.

Ez áll az énekes kilégzésére nézve is, a melyet feltétlenül akaratának hatalma alatt kell bírnia. A kilégzés biztos egyenletessége folytán a képzett hang egyenletesen tiszta, és a kilégzés fokozásával vagy apasztásával czéltudatosan és biztosan kell tudnia a hanghullámokat

¹ Az iránt még nem voltak vizsgálatok, hogy kiváló szép hangú művészek orrürege és melléküregei miféle alkotásuak szoktak lenni, mégis tapasztalásomból azt merem mondani, hogy a széphanagú művésznők arca meglehetősen szélességi átmérővel szokott birni, hogy arczuk inkább kerekded, mint hosszúkas, és hogy ezen arcz mögött nyilván jól fejlődött légtartalmú üregek vannak. Csontfejlődésük pedig azt mutatja, hogy ezen üregek nem nagyon vékony faluak. A kik gyermekkorban garatvegetatiókkal birnak, oldalt összenyomott arcczal, keskeny, hosszú szájpaddal és szűkebb orrjáratokkal nőnek fel, nem lesznek később széphanagúak.

nagyobbítani vagy kisebbíteni, azaz crescendo és decrescendo énekelni. Ezért a kiléggő izmok beidegzése szintén finoman tagolt, sok gyakorlatot igénylő és nehezen tanult működés.

Képzelnék ugyanis a hangszalagot egy hangra beállítva és e mellett a crescendo éneklést, akkor a hangrésnek a mindinkább emelkedő légnyomással szemben is feszességét és zárását fokoznia kell, mert különben a légnyomás szétolná a hangrés széleit. De a feszesebb hangszalag immár magasabb hangot ad; hogy tehát az énekes az egyszer beállított kótahangot a crescendoval szemben is megtarthassa, ismét más módon kell compenzáló izomműködést kifejtetni, a mely ismét fordítva módosul akkor, midőn decrescendo énekel.

Azért ez az énekes legnehezebb feladata, és az énekművészt azonnal felismerjük rajta, ha az énekhang magasságát épségben tartva növelni képes a hang erejét, és azután apasztani mindaddig, míg a hang a leghalkabb pianissimóban kihangzik.

Ezen compenzációt a hangszalag rövidüléssel és hosszabbodással hozhatja létre, de az izomzat megfelelő elrendezésével, a midőn a záró izomzatot erősebben működteti, ugyanakkor a nyújtó, hossziránybani feszítéssel kissé felhagy, és a decrescendónál fordítva erősebbé válik a hangszalagnyújtás és enged a harántirányban való feszítés.

Némái József dr. egy. magántanár.
(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hólyagbetegségekről.

Közli: Novotny Lajos dr. kir. tanácsos.

(Folytatás.)

Míg a húgyhólyagnak falában keresztül-kasul futó detrusor-izmot gyakran éri hűdés, úgy hogy a betegnél — mert nem tudja hólyagját összenyomni — vizeletrekedés köszönt be: sokkal ritkább a hólyagnyílás körül futó izmoknak — a sphinctereknek — hűdése, mely alkalommal, minthogy nem záródik a nyílás, a vizelet akaratlanul csepegni fog. A záró izmoknak ily nagy gyengeségét majd súlyos kimerítő betegségekből, majd futólag hevenyész agyi és gerinczagi bajokból szoktuk észlelni. Vannak azonban esetek, hogy minden ok nélkül hirtelen áll be a betegnél, mely ellen hasztalan kísértünk meg mindent, fürdőt, elektromassagot, massagot s csak czélszerű vizeletfelfogóval segíthetünk s tehetjük ismét alkalmassá a szegény beteget arra, hogy dolgait végezhesse. A gyermekek éjjeli ágybavizelése, a hólyag neurosisának e különös alakja sokszor túlszigorú, drasztikus eljárásra készíti a szülőket s a környezetet. Minthogy itt is a záróizom gyengeségéről lehet szó, czélszerűnek mondható a gyermeknek felpolozott medenczéval való fektetése, midőn a felgyülemlett húgy a hólyagfundusra s nem a sphincterre nehezedik (Tienhou-féle fektetés = az ágynek lábvégével való feltámasztása).

* * *

A vizeletnek *chemiai összetételében* beálló elváltozása nemesak azért fontos, mert gyakori vizelést, égető érzést okoz s így a panaszok az eredeti bajtól eltéríthetik a figyelmet s a hólyagbaj gyanúját keltethetik; hanem azért is, mert a vizeletben rendszeren oldva levő ásványos részek kiválása köhalakulásra adhat alkalmat.

A phosphatokról tudjuk, hogy csak lugos vizeletben válnak ki, mire a vizelet természetesen oly zavarossá válik, mint a hogy azt pl. hólyagbajokban, a genyartalmú vizeletnél látjuk. A vizelet vagy már a veséből mint lugos húgy gyülemlik fel a hólyagban, azonban az ily módon létrejövő phosphaturia ritkábban ad alkalmat hólyagköhalakulásra; vagy a vizelet erjedése, bomlása miatt válik lugossá, mint a hogy ez a hólyagban pangó vizelettel történik, ha a hólyag kiürítése nem teljes, pl. paresis, hypertrophia prostata esetében. Ilyenkor természetesen könnyen alakulnak át a phosphatok hólyagkövekké. Természetesen másképp járunk el prophylaktikus szempontból, hogy a kő alakulását megakadályozzuk, ha a hólyagban van oka a phosphatok kialakulásának. Azon leszünek tehát, hogy megakadályozzuk a vizelet pangását, tehát a paresis hólyagot rendszeresen lecsapoljuk; meggyógyítjuk a lobot, tehát mosásokat végzünk, tudva azt, hogy a kő megalakulásához a szerves vázat a gyuladásos folyamat is szolgáltatja. A tulajdonképeni primær vesébéli phosphaturia ellen részint helyes étrenddel, részint orvossággal állunk sorompóba, bár ez esetben kevésbé alakulnak kövek.

A *húgysavas sók* a kövek alakulásában vezérszerepet visznek, a mi azért fontos, mert a húgysavas diathesis elég gyakori baj. Már pedig, ha meggondoljuk, hogy a kő alakulásához okvetlenül szükséges az, hogy az ásványos részek túlsúlyban legyenek, akkor könnyen beláthatjuk, hogy miért oly gyakori a húgysavas kő s miért képezi oly gyakran egyéb köveknek magját. A baj ellen majd helyes étrenddel, jelenleg kevésbé a fehérje elvonásával, mint inkább vegyes táplálékkal küzdünk, segítségül véve a lugos ásványos vizeket, különböző orvosszereket (magnesia borocitrica, uricedin, piperazin), melyekről azonban korántsem vagyunk tisztában, hogy a szervezetbe jutva oly módon oldják-e a húgysavas sókat, mint a hogy azt a lombikban észleljük.

Hasonló helyzetben vagyunk a phosphaturia illetőleg is. E baj ellen, minthogy a phosphatok csak lugos vizeletben válnak ki, belsőleg savakat ajánlanak, úgy okosodván, hogy az így savanyúvá váló húgyban azután nem válnak ki ez ásványos összeköttetések. Ujabbban ez ellen is felhoznak egyet-mást. Így, hogy a phosphaturia jobbára neurastheniás beteget lep meg, ki rendszeren dyspepsia acidosaival küzd s a vizelet ezeknél éppen azért válik időközönként lugossá, mert a túlságos

savképződés a gyomor nyílását, a pylorust, erős összehúzódásra üsztökéli s így a lugos béltartalomhoz nem kerül sav. Ha már most az ily phosphaturias betegnek sav adagolásával a gyomorbeli savmennyiséget még meg is toldjuk, a pylorus természetesen annál inkább spastikus, görcsös állapotba jut. Natr. bicarbonicum orvossága tehát a phosphaturianak, a gyomortúlságos savnak megkötése útján, mert így elesvén a pylorus görse, a bél túlságos lúgossága kiegyenlíttetik a beléje ömlő savanyú gyomortartalomtól.

Az uraturia és phosphaturia tehát nagy jelentőségű jelenség, mert ellenük küzdve, útját állhatjuk a kőképződésnek. Az *oxaluria* jelentőségére is eléggé nagy súlyt kell fektetnünk, mert ha nem is játszik bele a hólyagkövek alakulásába oly feltűnően, mint azt régebben hitték, de mert az oxaluria a legnagyobb valószínűséggel a neurasthenia folyamánya s így a húgyszervekre irányuló rendellenességeknek lehet kútforrása: feltűnésekor okvetlenül sorompóba kell ellene lépünk. Míg régebben elvont étrendre helyeztek nagy súlyt, újabban mindinkább belátják, hogy az idegrendszer erősítésére irányuló eljárások inkább megfelelnek az oxaluria megszüntetésének. Tövedésbe leginkább az hozta az észlelőket, hogy a növényi tápláló anyagok kizárására, különösen pedig lugos, ásványos vizek ivására az oxalsavas sók megkevesbedtek. Természetesen gyógybeavatkozásunknak sok egyébre is ki kell terjednie, mert pl. a húgyhomok, mint azt húgysavas diathesisben látjuk, s az oxalsavas sók kiváló, kialakuló jegezei izgatják a húgyeső hátsó részét s így a hólyag nyakát ért inger oly panaszokra készíti a beteget, hogy hólyagbajra gondolhatunk, holott a baj oka magában a vizeletben van meg s nem a húgyszervek reservoir vagy elvezető részeinek pathologiájában. Természetesen az orvoslaskor arra is terjedjen ki figyelmünk, hogy a sok és bő vizivás erősen felhigítja a vizeletet s így maga a vizelet már kevésbé lesz irritáló s jótékony hatása kétségtelen. Alkalmazni fogjuk tehát a vizet mindazon esetekben, hol azt az emésztő szervek állapota csak megengedi.

Ritkább a húgyból kialakuló *cystinjegezek* tömege. A vékony hatszögletű lapok egymás mellé helyezkedve vagy egymásfelé torlódva könnyen felismerhetők. Ammoniakban könnyen oldódnak. A hólyagban az így kialakuló cystinkristályok nagy izgalomnak lehetnek okozói. Azért a vizeletvizsgálat kétes esetekben, hol a tenesmus igen nagy, mindig kiterjedjen ily kristályokra is. Ugy ezen, mint más esetekben is, hol az ásványos részek kialakulnak, a baj nem a húgyszervek bonczatani elváltozásában, hanem magában a vizeletnek ilyen chemiai elváltozásában található fel.

A cystinuriánál kellő diéta kezelés is szükséges, mert összefügg a bélbeli rothadás egyes phasisaival.

A vizeletvizsgálat tehát már prophylaktikus szempontból is minden esetben végrehajtandó, végrehajtandó oly esetekben is, midőn csupán az ásványos alkotó részek egyszerű felszaporodásáról lehet szó, de különösen, ha a beteg arról panaszokodik, hogy vizeletében apró, homokszerű üledéket lát. A mikrolith megjelenése tehát memento arra nézve, hogy a betegnél megvannak azon kellékek, melyek miatt a vizeletből kövek alakulhatnak ki.

A helyes diéta, orvosságos s ivókúra megakadályozhatja tehát a hólyagkö képződését.

Másként áll azonban a dolog, ha a kialakulás alatt a kő oly nagyságot ért el, hogy a húgyutakon már nem ürülhet ki. Természetesen meghatározni azon nagyságot, hogy mikor van helye művi beavatkozásnak, nem lehet; mert gyakran oly nagyságú kő távolodik el per vias naturales, különösen kurta női urethrán át, hogy bátran tárgya lehetett volna valamelyes operationnak.

A kisebb-nagyobb kövek, ha azok vesébéli eredetűek, míg lejutnak a hólyagba, hol mint hólyagkövek tovább fejlődnek, igen nagy görcsökkel járó szánandó állapotot okoznak, vesekólikát, melynek biztos jele a véres húgy s a vesekövek kiürítése. E tünetek és jelek után természetesen megjósolhatjuk a hólyagkövet, de prophylaktikusan sok esetben útját is állhatjuk, ha gondoskodunk a mikrolithok, a kisebb kövek, kiöblögtetéséről bő vizivással, ásványos vizek itatásával. Hogy az ásványos vizek vagy egyes orvosságok követ oldó szerek volnának, inkább ipari fogások s állítások, mert hogy bő ivásra kisebbek lesznek a concrementumok, az a dolog természetéből folyik, mivel hamarabb kiöblögtetnek, semhogy alkalmuk volna a továbbfejlődésre.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. Közrebocsátják a székesfővárosi Duna bal- és jobbparti közkórházak igazgatóságai.

A nagy gonddal összeállított évkönyv beosztása lényegében a régi maradt; csak egyes helyeken találunk előnyére való kisebb változtatásokat; így a műtetek most az egyes kórházi osztályok szerint vannak részletezve, nem pedig — mint előbb — műtétcsoportok szerint; ily módon az egyes osztályok munkássága jobban előtűnik. Új fejezetet képez a balparti kórházak alapjainak összeállítása. A tudományos rész most is számos becses dolgozattal gyarapítja orvosi irodalmunkat. Nem kevesebb, mint 25 tudományos dolgozatot találunk a kötetben, ezim szerint a következőket: *Pertik Ottó*: A Szt. Rókus-kórházi prosecturában bonczolt esetekben talált ritkább elváltozások. *Anygán Béla*: A száj előtt hallható systolicus zörejről, mint az aorta aneurysma tünetéről egy eset kapcsán. *Elscher Gyula*: Adatok a császarmetszés műtétéhez. *Gerlóczy Zsigmond*: A Szt. László-kórházban 1900-ban serumtherapiával elért eredmények diphtheriánál. *Böke Gyula*: A csecsnújtvány empyemája két operált eset bemutatásával. *Donáth Gyula*: A terjedő hűdéses elme-

zavar kezdeti szakaszában fellépő hangszéri amusiának egy esete. *Donáth Gyula és Stein Adolf*: A Szt. Rókus-kórházi Röntgen-laboratorium 1900. évi működése. *Nékám Lajos*: Basalioma adenoides cysticum esete. *Grósz Emil*: Közlések a Szt. Rókus-kórház szemészeti osztályáról. I. A mellékvese-kivonat alkalmazása szembetegségekben. II. A trachoma gyógyításának rationalis módszerei. *Verebély Tibor*: A nagy epeutak megbetegedéseiről. *Manninger Vilmos*: Könnyű járókötések alkalmazása az alsó végtag törésénél. *Generich Antal*: A Szt. István-kórházban végzett boncolások közül néhány érdekes eset. *Róna Sámuel*: Erythema scarlatiniforme desquamativum esetei. *Feuer Nathaniel*: A szemhéjporc és az átmeneti redő kimetszése. *Körmöczy Emil*: Megállapítható-e az anaemia perniciosus diagnózis a vér szövettani képéből? *Rosenfeld Miksa*: Ileus gyógyult esete atropinközélen után. *Lipscher Mór*: Adatok az agydaganatok sebészetéhez. *Goldzieher Vilmos*: A trachoma kezelése. *Bácker József*: A vaginalis műtétekről. *Minich Károly*: A Szt. János-kórházi boncolatok néhány érdekesebb esete. *Fejér Gyula*: I. Iridocyclitis srophulosa esete. II. Nagyfokú vérzés az üvegtestben. *Tomka Samu*: A rendszeres hallásgyakorlatokról siketnémánknál és siketeknél. *Ringer Jenő*: Paralysis progressiva juvenilis esete. A terjedelmes évkönyv, mely most a székes főváros házinyomdájából került ki, kiállítás tekintetében az előzőket talán felül is mulja.

Magyar Orvosi Vademecum. Rövid repetitorium az orvosi tudományok minden ágában orvostanhallgatók és gyakorló orvosok igényei számára, különös tekintettel a terapiára, a budapesti klinikákon elfogadott elvek szerint. Szerkesztették: *Nékám Lajos dr.* és *Kéty László dr.* I. kötet. Budapest, 1902. Kiadja Dobrowsky és Franke. Előfizetési ár a két kötetre 16 korona, az első kötet külön 7 korona.

A szerkesztők a „Magyar Orvosi Vademecum” kiadásakor, a mint azt előszavukban mondják, „nem a tankönyveket és a forrásmunkákat kiszorító s a komoly tanulást feleslegessé tenni kívánó nürnbergi tölcésért akartak adni, hanem a jelenleg érvényes elveket és nézeteket összefoglalni olyanok által, kik az illető téren önálló tapasztalással bírnak és saját gyakorlatuk alapján beszélnek”. E czél tényleg megérdemli a munkát s a szerkesztők vállalkozása dicséretes. Az orvosi tudományok a diagnostica és therapia terén hatalmas átalakuláson mentek át, úgy hogy a magyar orvosok nagy szolgálatot tehet egy olyan összefoglaló munka, mely a mai felfogásról józan kritikával tájékoztatja. Az egyetemek klinikái azon műhelyek, a melyek első sorban hivatnak arra, hogy a mai kor túlproductiójából az értékest kiválogassák, a megbízható az orvosok közös tulajdonává tegyék. Ha tehát klinikáink vezetői vagy kipróbált segédek vállalkoznak arra, hogy a mi nálunk ez idő szerint elfogadott eljárásokról beszámoljanak, akkor olyan könyvet kapnak orvosaink, melyet nap-nap után használhatnak s mely hivatva van arra, hogy hazánk közegészségügyének jó szolgálatot tegyen.

Ilyennek képzeltem a „vademecum”-ot!

A szerkesztők azonban a keretet nagyon is kitágították, úgy hogy az I. kötet jó része távol áll az említett feladattól. Készségesen ismerem, hogy Györy Tibor a hazai gyógyászat történetét vázoló cikke élvezetes olvasmány; hogy a gyakorló orvos című fejezet, melyet Klász Pál írt, actualis és igazán megszívlelendő intéseket tartalmaz; hogy Thim József a közalkalmazásban levő és a magánorvosok köteleességeiről s jogairól jó tájékoztatást nyújt; hogy Minich Károly az orvosi szakértő sokféle működésébe bepillantást ad; hogy Thanóffer Lajos az anatómiát, Farkas Géza az élettant, Krompecher Ödön és Verebély Tibor a kórboncoltat ügyesen beszorították dióhéjba, Deutsch László a parasitologia gazdag birodalmát híven mutatta be, Rigler Gusztáv a hygiene köréből fontos tanácsokat ad, Friedrich Vilmos az ipari megbetegedésekről, Jurkiny Emil a betegsegítő pénztárakról és egyletekről, Löw Sámuel az életbiztosítási orvosi vizsgálatokról érdekes tájékoztatást nyújt; de ezen első tizenkét cikk túlságosan megterhelő a könyvet s eltéríti igazi irányától. A ballast esupa értékes dolgokból áll ugyan, de nem a hajó méreteihez s jellegéhez való.

Jobbban beleillenek a keretbe: Kovács József laboratoriumi vizsgálatai, Vámosy Zoltán gyógyszerzeti repetitoriuma, Ritoók Zsigmond accidentalis és therapiás mérgezései, Boleman István cikke a fürdőköről s ásványvizekről, Kuthy Dezső hydrotherapiája és kissé szűkszavú klimatotherapiája, Reich Miklós mechanotherapiája s különösen Terray Pál dietotherapiája. Nyilván az anyag össze nem tartozósága eredményezte azt is, hogy az első kötetet nem sikerült „áttekintő rendszerbe” csoportosítani, a mint azt a szerkesztők tervezték. Ezt a hibát a lehetőségig javítja a nagyon ügyesen összeállított részletes tartalomjegyzék.

Ha talán kissé túlzott is a szerkesztők azon véleménye, hogy „az első kötetben levő cikkek mindegyike egy-egy önálló könyvnek skizze, mely könyvek nagy része azonban irodalmi viszonyaink szegénysége miatt talán soha sem fog megjelenni; pedig némelyikük ma még az egész világirodalomban egyedül állana és hézagot pótló lenne”: mégis örömmel igazoljuk, hogy a jól megválasztott munkatársak értékes dolgokat produkáltak. A II. kötet nyilván egyöntetűbb lesz s a munkatársak nevei arra a reményre jogosítanak, hogy megtaláljuk azt, a mire tulajdonképpen a fent mondottak szerint a magyar orvosi közönségnek szüksége van s reméljük, hogy az első kötet nem fogja gátolni a munka kívánatos nagy elterjedését.

A mi a könyv magyarosságát illeti, az természetesen nem egyöntetű. Hogyan is várhatnók azt, a mikor 19 szerző írta; a szerkesztők ennek elérésére nem is vállalkozhattak, úgy látszik, csak az orthographia egységesítésén fáradoztak, a mint azonban Jendrassik Ernő és Csapodi István e lap hasábjain megjelent nyilatkozataiból tudjuk, nem

teljes sikerrel. De nem is ebben van a lényeg. A fődolog — a mint azt helyesen jegyezte meg egyik tősgyökeres magyar nyelvű s e mellett internationalis műveltségű tudósunk — a magyaros mondat-szerkesztés. Erre pedig a magyar classicusok, első sorban Arany János olvasása tanít meg. G. E.

Uj könyvek. *Hirschfeld*: Die Zuckerkrankheit. Leipzig, G. Thieme. — *Gottstein*: Geschichte der Hygiene im XIX. Jahrhundert. Berlin, Schneider. — *Stratz*: Die Racenschönheit des Weibes. Stuttgart, F. Enke. — *Bruns*: Die traumatischen Neurosen. Wien, A. Hölder. — *Fürbringer*: Die Störungen der Geschlechtsfunktion des Mannes. Zweite Auflage. Wien, A. Hölder. — *Hermann*: Lehrbuch der topographischen Anatomie. Band I. Leipzig, Hirzel. — *Haig*: Harnsäure als ein Factor bei der Entstehung von Krankheiten. Berlin, Salle. — *Nieberding*: Über die Behandlung der Versioflexionen des Uterus. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1901. — *Duclaux*: Traité de microbiologie. Tome IV. Fermentations variées des diverses substances ternaires. Paris, Masson et comp. — *Lyon*: Traité élémentaire de clinique thérapeutique. Quatrième édition, revue et augmentée. Paris, Masson et comp. — *Renza*: La faiblesse irritable sexuelle. Etude psycho-physiologico-médicale. Paris, A. Maloine. — *H. Bellamy Gardner*: The asphyxial factor in anaesthesia. London, Baillière, Tindall and Cox. — *A. E. Giles*: Menstruation and its disorders. London, Baillière, Tindall and Cox. — *O. Jennings*: On the cure of the morphia habit without suffering. Second edition. London, Baillière, Tindall and Cox. — Minutes of the evidence taken by the Indian plague commission. Vol. I—IV. London, Eyre and Spottiswoode. — *H. Charlton Bastian*: Studies in heterogenesis. London, Williams and Norgate. — *J. B. Roberts*: The surgical treatment of disfigurements and deformities of the face. Second edition. Philadelphia medical publishing co.

Lapszemle.

Sebészet.

A sebészi beavatkozások értékéről essentialis epilepsiánál értekezik *Pilcz*; ide számítja az idiopathikus, minden kimutatható ok nélkül keletkezett s olyan traumára visszavezetett eseteket, hol a sérülés évekkel a görcsök fellépte előtt történt, s a koponyaesontokon deformitás ki nem mutatható. A műtétek, melyeket ily esetekben végeztek: az arteria vertebralisok lekötése, a sympathicus resectio és a craniectomia. Az arteria vertebralisok lekötését *Alexander* ajánlotta és 35 esetben végezte, rajta kívül még 14 epileptikusan hajtották végre különféle sebészek e műtétet. E 49 esetből 8 gyógyulást, 11 javulást, 22 balsikert jegyeznek fel, 8 eset további sorsa ismeretlen.

A sympathicus resectiot *Baracz* ajánlotta, s az irodalomban 192 ily módon operált epilepsia-eset szerepel (ezek közül *Jonnesco* 97, *Chippault* 26, *Alexander* 24, *Jaboulay* 16), ezek közül gyógyult 23, javult 20, gyógyulatlan 53, bővebb adatok a therapia sikerére vonatkozólag hiányoznak 96 esetenél. A gyógyulás tehát 11-97%-ot tenne ki. Azonban az észlelési idő a műtét után az esetek egyikeben sem éri el a *Kocher* által a gyógyulás kriteriuma gyanánt felállított 5 esztendő, s ha van is néhány eset, hol 3-4 esztendei gyógyulásról van szó, az esetek legtöbbszörében az operatio utáni észlelési idő sokkal rövidebb. Már pedig hosszabb-rövidebb pausák a görcsök jelentkezősége idejében sokszor spontán, néha épen operatív beavatkozások után (melyek nem az epilepsia ellen voltak irányítva) bekövetkeznek. S hogy a gyógyult és javult eseteknek nem egyjében épen az operatio suggestiv hatása lehetett a therapeutikus agens, arra következtetést enged *Jaboulay* tapasztalata, ki szép sikert a sympathicus resectiotól csak ott látott, a hol az egyén hysteriás is volt. Ha a gyógyultnak és javultnak állított 43 esetből levonjuk azokat, melyeknél az észlelési idő igen rövid volt, vagy a görcsök epilepsiás természete kétséges, 25 eset marad vissza, melynél javulás volt constatálható, végleges gyógyulásról egy esetben sem lehet szó. Ezen esetekkel szemben áll 53 oly eset, a hol a beavatkozás absolute sikertelen volt; a gyógyulás, javulás és balsiker aránya tehát e beavatkozásnál 0:30:60.

A craniectomia, ha kizárjuk a traumatikus és a Jackson-féle epilepsia eseteit, akár önmagában alkalmazva, akár a dura kimetszésével kombinálva, akár a Horsley-féle eljárás formájában (a görcsök kiindulási helyének faradikus áram által való meghatározása s az illető kéreg-részlet kimetszése) a balsikerek nagy tömege mellett alig mutat fel néhány sikeresnek mondható esetet (*Drinkwater* egy esetében 4 1/2 évi, *Reynier*, *Voisin-Péan* egy-egy esetében 1 évi görcsmentes időszak), s ezzel a silány gyógyeredménnyel szemben 6% mortalitással jár. Ezek alapján szerző az operatív beavatkozás létjogát essentialis epilepsiánál tagadja, ellenben elismeri, hogy koponyadepressziók, agydaganatok mellett fennálló, úgyszintén a Jackson-féle epilepsiánál a műtét jogosult, s a siker reményével kecsegtet. (Centralblatt für die Grenzgebiete der Med. und Chir. 1901. aug.) *Pólya Jenő dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

Az arcztartásnak fejtetőfekvéssé való átváltoztatásáról különösen a *Thorn*-féle műfogással ír *Opitz* (Berlin). Szerző 10 év alatt 71 esetben alkalmazott koponyatartási correctiot és ezek közül 58 esetben a *Thorn*-féle eljárást alkalmazta, mely abban áll, hogy a magzat törzsére és fejére a külső és belső kézzel együttesen hatva, az arcztartás lordosisát a fejtetőfekvésű kyphosissá változtatjuk, s pedig úgy, hogy a háti oldalnak megfelelő kezét félig vagy egészen a hüvelybe vezetve, miután a medencebemenetből az arczot kissé kiemeltük, azt a

fej harántátmérője körül a háti felület felé fordítjuk, miközben a külső kéz az eljárás segítségére van. A műfogás elég nehéz s midőn szerző azt hosszasan megbeszéli, következő végeredményhez jut. Ha a fej mozgatható, annak fejtetőfékvessé való átalakítására a legjobb eljárás a Thorn-féle. Fontos azonban, hogy a méhszáj teljesen kitágult legyen. Ha a javított arcztartás után 3-4 órával sem fejeződik be magától a szülés, úgy fogó alkalmazandó. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XLV. k. 1. f.)

Kern Géza dr.

A méh ventrofixatióját hüvelyi úton kísérlette meg Gebhard 4 esetben, melyek mind kitűnően sikerültek. Miután előadja a hátrahajlott méh gyógyítását czélzó eddig ismert eljárásokat, leírja saját eljárását, a mely abban áll, hogy miután a portiot golyófogóval lehúzza s a mellső hüvelyboltozatot megnyitotta, feltolja a hólyagot, míg a plica vesico-uterinalis szemei elé kerül. Akkor egy-egy catgut-fonállal ellátott két hosszú görbe tűt szúr az előgördített méh lig. rotundumain át, úgy hogy azokat a hasfalhoz hozza ki. Az ilyenformán a hasfalhoz rögzített 2 fonállal a méh azután a közölt négy esetben anteflexioban maradt. Complicatiokat kizártaknak tart, s egyes esetekben eljárását előnyösebbnek tartja az Alexander-félenél. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XLV. kötet 1. füzet.)

Kern Géza dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az epicarinnal végzett folytatólagos kísérleteinek eredményeit közli Pfeifferberger. Ujabban herpes tonsurans számos esetében használta az epicarint olyan módon, hogy az erősen megmosott kóros helyeket naponként egyszer beecsetelte 10%-os alkoholos epicarin-oldattal. Könnyebb esetekben már 4-6 beecsetelés elegendő volt a baj megszüntetésére. Eddigi tapasztalatainak összefoglalásaképpen oda nyilatkozik szerző, hogy az epicarin scabies, prurigo és herpes tonsurans esetében nagyon jól használható szer, főleg kényelmes alkalmazásmódja miatt, ezemánál és psoriasisnál azonban hatástalan. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1901. 29. szám.) Kaposi tanár scabiesnél az utóbbi időben szintén az epicarint használja (Ungu. simpl. 1000, Epicarinum 100-200) a naptól helyett kevésbé izgató hatása miatt. (Heilkunde, 1901. 6. füzet.)

Fersannal csecsemőkön elért eredményeit ismerteti Tedeschi docens. A fersan, melyet poralakban tejjel adott, nemcsak az általános táplálkozást javította, hanem nagyon makacs, minden szereléssel daczoló gyomorbelhurutoknál is kedvező hatásúnak bizonyult. (Giornale di farmacia di Trieste, 5. kötet, 12. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1901. 47. szám. *Sarbo Arthur*: Ménière-féle kórkép hat esete. *Grósz Gyula*: A diphtheria-ellenes serumtherapia.

Orvosok lapja, 1901. 47. szám. *Hasenfeld Arthur*: A jodsók adagolása kenyérben. *Vermes Lajos*: A szem aesthetikai, mimikai és művészeti szempontból. *Porosz Mór*: Az érzékenység korai fejlődésének megátlásáról.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 47. szám. *Neumann*: Fowler-oldat belső használata következtében keletkezett erythema gyratum, papulosum és bullosum. *Stenitzer*: A fluctuatio kimutatása mellüri folyadékgyülemeknél. *Süsswein*: Influenza kanyarónál. *Donath*: Galvanárammal meggyógyított Ménière-féle tünetsoport. *Ludwig*: Marcel v. Neneki.

Wiener medicinische Presse, 1901. 47. szám. *Grünbaum* és *Amson*: A mozgás befolyása az érelkés szaporaságára. *Tramer*: Haemorrhagiás diathesis typhusnál. *Herz*: A peripheriás vérkeringési készülék neurosisai (vasomotorius ataxia).

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 45. szám. *Rauhnitz*: Húgyvizsgálat gyermekeknél. *Breitenstein*: Carcinoma a tropusokban. *Rozanek*: Necrosis haemorrhagica pancreatis acuta és viszonya a elimaeteriumhoz.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1901. 47. szám. *Nobl*: A szerzett genitális lymphangiectasia ismeretéhez. *Sellheim*: A női nem fejlődési rendellenességei. *Salomonsen*: Syphilis és életbiztosítás. *Ullmann*: Bőr alatti szövetelebeinek használata műtevéseknél. *Cantalupo*: Az idegközpontok finomabb elváltozásai általános aethylechlorid-narcosisnál.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 47. szám. *Hirschberg*: Pupilla-mozgás súlyos látóideglobnál. *Becher*: Az arthritis deformans coxae kora felismerése. *Biedert*: A tej befolyása a gümőkór okozta halandóságra. *Herzfeld*: Műtéttel meggyógyított rhinogen homloklebeinytályog. *Kiss*: A veseelégtelenség meghatározására szolgáló újabb vizsgálati módszerek értéke. *Oppenheimer*: Trachoma a berlini iskolákban.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 47. szám. *Curschmann*: Orvostudomány és tengeren való forgalom. *Ribbert*: A carcinoma parasiták természetéről. *Friedmann*: A gümőkór öröklése. *Möller*: Adat a tetanusantitoxin értékének kérdéséhez. *Silberschmidt*: Az actinomycosis bakteriologiai kóriszmézése. *Bökay*: Az intubatio következtében keletkezett gégefekélyek helyi kezelése. *Lesser*: Higany- és jodkészítmények egyidejű alkalmazása. *Steinheil*: A terhesség, szülés és gyermekágy lefolyása gümőkór miatt végzett vesekeletkezés után. *Adler*: Lobos emlőrák esete. *Dollinger*: A sebészeti tanítása a budapesti sebkeletkezés. *Henius*: Szakorvosok a természetes gyógymód számára. *Drossbach*: Fénytherapia. *Oppenheimer*: Az entropium senile kezelése.

Le bulletin médical, 1901. 89. szám. *Brunon*: Tüdővészések családi elhelyezése falun. *Couty*: Meningealis vérzés haemophiliánál. *Haemophiliás arthropathiák.* 90. szám. *Dalché*: Ovarialis dystrophia. *Parodi*: Az Ehrlich-féle diazoreactio pestisnél. *Roussel*: Csukamájolaj és opotherapia. 91. szám. *Guyon*: Módszerek és eszközök a húgyszervi betegségek tanulmányozásánál. 92. szám. *Mauclair*: A még növényben levő egyénekkel előforduló osteomyelitisek kóriszmézése és kezelése. *Cathelin*: A canalis sacralis felhasználása gyermekeknél a subarachnoidealis punctio számára.

La presse médicale, 1901. 93. szám. *Chantemesse*: A typhus serotherapiája. *Romme*: Gümőkór régen tracheotomizáltknál és intubáltknál. *Dieulafoy*: Syphilitis gumma a homloklebeinyben epilepsziás rohamokkal. 94. szám. *Lop*: Puerperalis eredésű medencebeli arthritisek. *Martinet*: Persodine használata gümőkórosak étvágytalansága ellen.

La semaine médicale, 1901. 48. szám. *Dieulafoy*: Miképen tudjuk meg, hogy egy serofibrinosus mellüri izzadmány nem gümőkóros eredetű-e?

Journal médical de Bruxelles, 1901. 47. szám. *Coppez*: A könykészlék megbetegedései. *Hoton*: Paradox hyperthermiás localisatiók pneumonia egy esetében. *Van Campenhout* és *Dryepont*: A négerek táplálkozása Bomában.

British medical journal, 1901. november 23. *J. Mitchell Bruce*: Szövödmények a mellkas részéről hasbajoknál. *Ralph Stockman* és *F. J. Charteris*: A jodidok hatása a szívre és a vérkeringésre. *G. A. Rorie* és *J. Findlay*: A bal szívgyomroc repedésének 3 esete. *D. E. Anderson*: A szív atheromás ulceratiója. *D. Hamilton Kyle*: Heveny izületi lob, hyperpyrexia, postfebrilis mania, gyögyulás. *G. H. Edington*: Mindkét carotis interna kanyargóssága. *W. Thelwall Thomas*: Mellékvese-kivonat mint haemostaticum. *S. R. Dudley*: Heveny sárga májsorvadás terhes nőnél. *Gerald Shofield*: A pajzsmirigy rohamos megnövekedése okozta asphyxia. *J. B. Smith*: Új kvantitativ cukorpróba. *T. G. Scott*: Tetanus-eset. *W. A. Dentham*: A lőtt sebek kezelése a kaffereknel. *G. Savage*: Hő okozta apoplexia. *Frank Pope*: Koponyarepedés esete.

The lancet, 1901. II. 21. szám. *Patrick Manson*: A beri-beri aetiologiaja. *G. Buckston Browne*: 25 évi tapasztalatok a húgyszervi sebeszet terén. *J. Bell Pettigrew*: Anatómiai készítmények előállítása. *L. Cobbett*: A diphtheria-bacillus festése Neisser szerint. *C. J. Bond*: Hólyagrepedés szövődmény medenczetörések és húgycsőrepedések gyögyítása. *G. E. Richmond*: A dysenteria gyögyítása kénnel. *H. A. Reeves*: Veszélyes csípőzületi baj ambulans kezelése. *A. C. Ingram*: Nagyfokú subperiostealis vérzés 3 hetes gyermeknél. *J. B. Emmerson*: Rohamos lefolyású diabetes. *S. J. Sharkey* és *W. H. Battle*: Idült bél-elzáródás mütett esete. *E. Deanesly*: Az arachnoidea basalis drainezése az intracranialis nyomás csökkentésére.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. november 29.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 45. hetében (1901. november 3-dikától november 9-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elve született 370 gyermek, elhalt 244 egyén, a születek tehát 129-al multák felül a halálozásokat. — Születek aránya: 1000 lakosra 25.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.0 az egy éven felüli lakosságnál: 14.0, az öt éven felüli lakosságnál: 12.9 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtherica 2, pertussis 1, morbilli 1, scarlatina 9, variella 0, cholera asiatica 0, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 11, apoplexia 4, eclampsia 6, szervi szívbaj 19, pneumonia 20, pleuritis 1, pneum. catarrh. 1, bronchitis 5, tuberculosis pulmonum 36, enteritis 17, carcinoma 10, ezek közül méhrák 0, egyéb újképletek 4, morbus Brightii et nephritis 13, veszületett gyengeség 17, paedatrophia 2, marasmus senilis 9, erőszakos haláleset 13, ebből gyilkosság és emberölés 2, öngyilkosság 6, bal eset 5, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** A) Betegforgalom a városi közkeletben. A mult hét végén volt 2900 beteg, szaporodás e héten 872, csökkenés 861, maradt e hét végén 2911 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi november 5-étől november 12-dikéig terjedő 45. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variella) 0 (0), scarlatina 31 (34), diphtheria, croup 22 (20) hagymáz (typhus) 5 (12), kanyaró (morbilli) 40 (45), trachoma 5 (9), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hőkhurut (pertussis) 20, (21), orbáncz (erysipelas) 15 (20), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (2) járv. fültömrigylob 0 (5), ezenfelül varicella 35 (71).

— A vallás- és közoktatásügyi ministerium költségvetése az 1902. évre. A vallás- és közoktatásügyi ministerium az 1902. évre 39,337,805 korona rendes, 7,957,503 korona rendkívüli kiadást, beruházásokra 6,322,500 koronát, összesen tehát több mint 47 millió koronát irányoz elő, tehát több mint 5 millió koronával többet mint az előző évben.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem rendes kiadásainak főösszege 2,757,053 k. (1901-re 2,464,340), átmeneti kiadás 29,064 (1901-re 29,400), beruházás 989,000 (1901-re 682,000); a kiadások főösszege: 3,775,114 korona (1901-re 3,175,740) Az orvosi kart is érdeklő új rend-

kivüli tanszéket a bölcsészeti karon a vegytan beható gyakorlati tanítása czéljából tervezik. Az orvostanhallgatók vegytani gyakorlatainak vezetésére óhajtja a minister az új tanerő alkalmazását. A második fokozatú adjunktusok lakbérét 800 koronáról 1000 koronára, a tanársegédekét 300 koronáról 700, illetve 600 koronára emelték.

Ez intézkedések az 1893. évi IV. törvényczikk alapján történtek. A beruházások között a második sebészeti klinikai tubománys és kórházi felszerelésére további 50,000 k., ugyanazon klinika építkezésének utolsó részleteként 360,000 k., az általános kórtani tanszékkel kapcsolatos Pasteur-intézetre 400,000 kor., a régi bonczani (most kórbonczani intézetek) épületének új berendezésére 115,000 k. szerepel.

Az elméleti és gyakorlati oktatás 607,000 k.-nyi szükségletéből (1901-re 462,300) 520,300 koronát az orvostudományi kar vesz igénybe. A két kórbonczani intézet tudományos felszerelésére átmenetileg 12,000 korona szolgál.

Az egyetem bevételeit 700,000 korona tandíjjövedelem (1901-re 600,000), a magy. kir. egyetemi alap: 568,619 k. (1901-re 520,764), a *klinikák ápolási díja* 142,000 k. (1901-re 92,000), rendőri bonczolásokért 1500 k., könyvtári jutalék 13,000 k. és a Pasteur-kórház jövedelme: 8000 korona alkotják.

A *kolozsvári tudomány-egyetem* rendes kiadásainak összege 927,404 k., átmeneti kiadás 71,000 k., beruházás 800,000 k., a kiadások főösszege: 1.798,404 k. (1901-re 1.837,192 k.). Ezzel szemben 100,104 k., bevétel áll. Ezenkívül a kolozsvári Karolina-kórház és az egyetemi klinikák szükségleteire külön czím alatt 573,482 k. szerepel, melyből 389,676 k. megtérül (344,240 k. ápolási díj czímén).

A költségvetés ez évben is *érdemes magántanárok jutalmazására* 24,000 koronát irányoz elő.

A *bábaképződék* kiadásainak főösszege 273,460 kor. (1901-re 225,260 k.).

A vallás- és közoktatásügyi ministerium költségvetése tehát az egyetemek szükségleteinek kielégítéséről évről évre jobban gondoskodik. A múlt évben részletesebben összehasonlítottuk az utolsó évtizedtől budgetjeit, ezúttal csak arra utalunk, hogy a budapesti tudomány-egyetem költségvetése megközelíti a *négy millió koronát!* Ebből az állam directe két és fél milliót fedez, míg a kiegyezés után az állam 100,000 koronával járult az egyetem fenntartásához!

Az orvosi kar klinikái s intézetei is évről évre szaporodnak, a jövő év budgetje fejezi be a II-dik sebészeti klinikát, mely egyetemi építkezéseink valódí remeke s ugyancsak ez év fejezi be a kórbonczani intézetet s kezdi meg a Pasteur-intézetet. Kivánatos, hogy a többi szükségletek is ilyen mértékben nyerjenek kielégítést. A költségvetés azon intézkedése, hogy a tanársegédi lakbéréket 300 koronáról 700 koronára emeli, sokkal nagyobb fontosságú, semmint az első pillanatban látszik. Minthogy ezen javítás épen az elméleti tanszékek segédeinek helyzetét javítja (a klinikus tanársegédek bent lagnak), várható, hogy a klinikák amúgy is nagy vonzó erejét némileg ellensúlyozza. Azon általános gazdasági depressio mellett, mely minden téren érezhető, főiskoláink költségvetése valóban vigasztaló jelenség.

G. E.

+ **Orvosi kinevezések.** *Bucsányi Gyula* dr.-t a főpolgármester a Szt. János-kórházhoz segédorvossá kinevezte; *Hódossy Gedeon* dr.-t fizetés nélküli rendőrorvossá nevezték ki.

○ **Berthelot jubileuma.** A párisi Sorbonne-on vasárnap délelőtt ülték meg *Berthelot* ötvenéves tudójubilumát *Loubet* elnöklése alatt és a tudományos világ rendkívüli részvétele mellett. Legyes közoktatásügyi minister és több más szónok magasztalással emlékezett meg *Berthelot*nak a vegyészterén tett nagy felfedezéséről. A külföldi tudományos testületek jelenvolt képviselői üdvözlő iratokat nyújtottak át az ünneplőnek, a ki meghatottan köszönte meg az ünneplést. Azután *Loubet* elnök emlékéremet nyújtott át a tudósnak és megölelte. A Sorbonne környékén összegyűlt közönség lelkes ovatióban részesítette az ünneplést tudóst és *Loubet* elnököt.

— **Az Országos Közegészségi Egyesület** a Trefort-alapból a rendelkezésre álló kamatok erejéig több 25—50 koronára rugó jutalmat oszt ki, azonkívül díszokleveleket ad olyan egyéneknek (férfiaknak és nőknek), kik a mértékletesség, tisztaság, egészséges építkezés, lakás és életmód terjesztése, visszaszokások megszüntetése, egészséges játékok és szórakozások meghonosítása útján vagy bármi más módon kisebb vagy nagyobb körben, a családi vagy közéletben a közegészségügy előmozdításában érdemeket szereztek. E pályázat első sorban a lelkészeket, tanítókat és községi előljárókat illeti. A kik a Trefort-díjra számot tartanak, az egyesület elnökségéhez intézett levélben maguk jelentkezhetnek, kitüntetvén az okokat, melyeknél fogva a díjra számíthatnak. A díjazásra érdemeseket ajánlhatják továbbá az egyesület elnöksége, titkársága, választmányi tagjai, az egyesület bármely tagja, meg az egyházi, iskolai és politikai hatóságok. A pályázó leveleket és írott ajánlatokat 1901. évi december 15-dikéig az egyesület főtájkárában címelve (*Gerlőczy Zsigmond* dr. egyetemi magántanár, Budapest, IV. ker., Király-tér 1., ő Felsége a király bérpalotája) kell beküldeni. A díjakat és díszokleveleket a kiküldött bíráló-bizottság jelentése alapján a választmány ítéli meg és határozatát az 1902. évi közgyűlés elé terjeszti.

☒ **Alföldi tüdővészések sanatoriuma.** Gyuláról írják: Békés vármegye tüdővész-bizottsága *Lukács György* főispán elnöklése mellett tartott ülésében kimondotta, hogy szervezi az *alföldi szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesületét*. Az egyesület megalakításának előmunkálatai teljesítésére *Lukács György* főispán elnöklése alatt *Fábray Sándor* alispán, *Zöldy* főorvos, *Berkes* kórházigazgató, *Hajnal* és *Kun* tb. főorvosokból álló bizottságot választott. Az egyesület megalakítása iránt

megyeszerte a legnagyobb érdeklődés nyilvánul úgy, hogy már deczember első felében megtartható lesz az alakuló közgyűlés.

A bizottság ülésén nagy halálal fogadták azt a bejelentést, hogy *Almássy Dénes* gróf tizezer koronás alapítványt ízetett le a főispán kezeihez a sanatorium czéljaira. Eredményében nagyarányúnak ígérkezik az a mozgalom, melyet a főispán neje, szül. *Berényi* bárónő a hölgytársadalom körében a végből indított meg, hogy a vármegye minden községében a sanatorium javára multságokat és hangversenyeket rendezzenek.

⊕ **Jelölés az elmekórtani tanszékre.** A budapesti egyetem orvosi tanártestülete a *Laufenauer* tanár halála folytán megüresedett elmekórtani tanszék betöltésére kiírt pályázat alapján, november hó 26-dikán tartott rendes ülésében szótöbbséggel következő kijelölést tette: első helyre jelölte *Moravcsik Ernő* dr.-t, a budapesti egyetemen a törvényszéki elmekórtan ny. rk. tanárát, második helyre *Lechner Károly* dr.-t, a kolozsvári egyetemen az elmekórtan ny. r. tanárát, harmadik helyre *Schaffer Károly* dr.-t, a budapesti egyetemen az idegkórtan czimzetes rk. tanárát.

⊙ **Léghajózás orvosi czélból.** Párisban az ottani Aero-Club négy léghajóján orvosok szálltak a magasba, hogy ott *Guglielminetti* dr. előzetes tervezete alapján physiologiai megfigyeléseket eszközöljenek. Az első léghajón különböző magasságokban vizsgálják meg a vérgázokat és a kilégett levegőt és megfigyelik a vérkeringés physikai tüneteit. A léghajón *Chauveau* tanár két assistense, *Tissot* és *Hallion* doktorok szálltak fel a czélból. A második léghajón a vérésejteket számlálják, a vérfestőanyagot vizsgálják és egyúttal megfigyelik az oxygenbelégzésnek a vére való hatását. Ezt a munkát a léghajón *Jolly*, *Lapicque*, *Portier*, *Henry* és *Calagareans* doktorok, tanársegédek végzik. A harmadik léghajón *Henocque* tanár assistense, *Raymund* dr. a vért spectroscopice vizsgálja. A negyedik hajón maga *Guglielminetti* dr. más három orvossal együtt a véryomást fogja vizsgálni. Az egyes léghajókat az Aero-Club előkelő tagjai vezetik.

+ **A gyöngyösi alapítványi nyilvános közkórházban** az 1900. év folyamán — mint azt *Koller János* dr. igazgató főorvos jelentéséből olvassuk — 1135 betegét ápoltak 94,805 ápolási napon. 151 esetben végeztek műtetteket. Kórházi orvosok gyanánt működtek: *Molnár Soma* dr., *Frindt Fer. József* dr.

△ **Esztergom szab. kir. város kórházában** az 1900. év folyamán — mint azt *Gönczy Béla* dr. kórházi igazgató és tb. megyei főorvos jelentéséből olvassuk — 885 beteg nyert ápolást 18,545 ápolási napon, számos sebészi és nőgyógyászati, valamint szemészeti műtéttel. Mint orvos a kórházban *Vándor Ödön* dr. működött.

+ **A nyitrai vármegyei közkórházban** az 1900. év folyamán — mint azt *Biring Ferencz* dr. kórházi igazgató jelentéséből olvassuk — 1981 beteg ápolatott. Műtétet végeztek: belső betegen 55, sebbajokban 332, szembajokban 14, női bajban 3 esetben. Mint orvosok *Szabó Tivadar* dr., *Adler Lipót* dr., *János Lipót* dr. tettek szolgálatot.

+ **Megjelent.** *Nagy képes világtörténet* 142. füzete, mely a 30 éves háború korát kezdi ismertetni. Ára 60 fillér. *Gyógyszerárszabvány*. Hivatalos kiadás. Budapest, 1901. Ára egy korona.

Nyílt levél Nagyságos Kéty Károly tanár úrhoz, mint az Orvosi Club elnökéhez. Helyben.

*Chudovszky Mór*cz dr., az Orvosi Club választmányi tagja és pénztárnoka felkért engem a club érdekében ezen clubba való belépésre. Most értesültem arról, hogy a clubba nem vettek fel.

Azon tiszteletteljes kéréssel fordulok nagyságodhoz, mint a club elnökéhez, kegyeskedjék e club elnöksége nevében, vagy ha ez nem volna lehetséges, a saját nevében e helyt velem tudatni, merült-e fel a nevem kifüggesztése és a szavazás alatt bármi is, a mi a felvételem megtagadását magyarázhatná. Kiváló tisztelettel vagyok Budapestben, 1901. november 29.

Tomka Samu dr.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**“ (Ujjonnan 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 forrásmenedzében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdülő-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját főzeten. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XX. rendes ülés 1901. november 16-dikán.) 782. K — (1901. november 23-dikán tartott XXI. rendes ülés.) 783. I. — Közkórházi orvostársulat. (XIII. bemutató ülés 1901. október 23-dikán.) 784. I.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XX. rendes ülés 1901. november 16-dikán.)

Elnök: Klug Nándor. Jegyző: Wenhardt János.

(Végo.)

Lepra tuberosa et anaesthetica esete.

Beck S.: K. L. 53 éves gabonaügynök, Bácsmezőben, Petrovosszellóban született. 1880-ig Magyarországot nem hagyta el; ebben az évben 4 hétig Turn-Severinben, Romániában tartózkodott, 1881—83-ig többször megfordult Szerbiában s egy ízben másfél évig lakott Semendriában mint gabonakereskedő. Tizenegy év óta állandóan Budapesten lakik, 8 éve nős, gyermektelen. Bajához hasonló betegség családjában soha elő nem fordult. Két-három év óta karjain, lábain göbököt vesz észre: de már 3—4 év előtt léptek fel törzsén gyorsan muló kiterjedt vörös foltok. Statusa ez évi június hónapban a következő volt.

Arca, főleg homlok bőre erősen megvastagodott, utóbbi mélyen barázdált, a mi kiskokú facies leontina küllemet kölcsönöz. Fülezipák feltűnően vastagok és hosszúak. Hajzat, szemöldök és bajusz ép. Kéz-hátakon kevés számú apró, alkarokon nagyszámú borsónyi egész mogyorónyi, a fedő bőrrel együtt könnyen mozgatható barnás-pirosan áttűnő göb. Hasonlóak, de csak mintegy lencsényi nagyságúak találhatók a törzsön, a mellbimbók körül és a hason. A lábháton és alszárakon a göbök nagyobbak, livid kékes színűek. Mindkét alszár középső harmadában egy-egy gyermektényérnyi, erősen infiltrált, tömött képződmény látható. Az alkar két kimetszett göbcséjében s az ornyákban górosó alatt óriási mennyiségű lepra-bacillus látható. Az ornyákhártya fekélyei hosszabb idő óta Zwillingert tagtárs úr kezelésében állanak. A nervus medianus és ulnaris majdnem kisujjnyi vastag köteg alakjában jól kitapintható. Kevésbé vastag a nervus peroneus.

Kimutatható érzési eltérések:

Kézháton az alkarra áterjedő és felfelé csökkenő hyperaesthesia, mely legkifejezettebb a kisujji és hüvelykujji széleken. Mindkét lábon majdnem teljes analgesia, a bokától felfelé fokozatosan csökkenő anaesthesia kézháton és ujjakon inversio érzés, gyakran a hideget melegnek, a meleget hidegnek mondja a beteg.

Klinikai kép és bakteriologiai lelet kétségtelenné teszik a lepra diagnózisát.

Bármily csekély is a mi viszonyaink között a fertőzés terjesztésének veszélye, az esetek halmozódása — Basch leprás családja, Roth esete — bizonyos hygienikus rendszabályok foganatosítását szükségessé fogja tenni. Fontossággal bír az én esetem azon körülmény által, hogy míg a többi Budapestben élő lepra-beteg baját tengerentúli országokból, Dél-Amerikából hozta, addig K. L. soha Közép-Európát el nem hagyta s így baját csak Romániában vagy Szerbiában, tehát közvetlen szomszédságunkban, szerezhette. Romániában, a hol 21 év előtt aránylag rövid ideig tartózkodott a beteg, a lepra endemikus s jelenleg is több mint 200 eset ismeretes. Babes tanár szerint abban a kerületben is, melynek Turn-Severin a székhelye, régóta ismeretes a lepra, bár a városban magában még nem constataltatott. Szerbiában, a hol körülbelül 18 év előtt 1½ évig tartózkodott betegem, mint egyébként az egész Balkánon szörványosan szintén előfordul a lepra. A szerb belügyminisztérium közegészségi osztálya kimutatása szerint azonban Semendriában s egész kerületében lepra soha sem fordult elő s jelenleg mindössze 5 lepra-eset ismeretes egész Szerbiában.

Ezek alapján biztosan el nem dönthető, Romániában vagy Szerbiában szerezte-e K. L. betegségét, a mely rendkívüli hosszú, de a lepránál néha észlelhető 15 éves incubatio után nyilatkozott meg.

Ma a beteget tetemesen javult állapotban mutathatom be. Kezdetben natrium salicylicum rendeltetett nagy adagban. Augusztus eleje óta ol. chaulmoográt kap. Az arcz bőr infiltratuma majdnem teljesen visszafejlődtek, a göbök oly kicsire zsugorodtak össze, hogy sok helyütt csak egy narancssárga kölesnyi folt jelzi helyüket. Érzési zavarok is tetemesen javultak. Igaz, hogy a lepra lefolyásában, igen ritkán, tapasztalni a göbcsék spontán involutioját; tekintve azonban a gyors javulásnak a kezelés alatti beálltát, nehéz volna a chaulmoogra befolyását tagadni. Hogy teljes gyógyulás, mely több esetben észleltetett, létre fog-e jönni, a jövő fogja megmutatni.

Lepra esete.

Roth Alfréd: A beteg körülbelül 17 évvel ezelőtt vándorolt ki Argentiniába, a hol 10 évig élt. Innen Paraguajába ment, a honnan 5 évi tartózkodás után ismét Argentiniába költözött. Argentiniából 2½ hónap előtt tért vissza Budapestre.

Bajára vonatkozólag előadja, hogy 2 év előtt vette észre, hogy a bal felkar alsó harmadának belfelületén egy érzéketlen fehéres hely van, a melyet a délamerikai orvosok bemetszésekkel kezeltek. Néhány hónap múlva mutatkozott azon göbcsés kiütés, a mely részben a mai

napig is fennáll s a mely miatt kereste fel a poliklinikán Török tanár úr osztályát.

A bőrelváltozások túlnyomó többsége a coriumban székel s annak felületesebb rétegeit vagy egész vastagságát foglalja el. Ezen elváltozások gombostüfejnői, lencsényi nagyságúak, barnás-piros színűek, tömött tapintatúak s legnagyobb számmal mindkét gluteus tájékán foglalnak helyet, kisebb számban mindkét alkaron láthatók. Egyesek az alszárakon vannak jelen.

A bal szemöldök külső felében kissé infiltrált, a bal fülezipának csokély megvastagodása szintén észlelhető. A bal felkar baloldali a könyök felett egy gyermektényérnyi szabálytalan alakú fehéres folt látszik. Hasonló folt látható ezüstkoronányi nagyságban a bal czomb küloldalán. Ez utóbbi két helyen a fájdalomérzés teljesen hiányzik, a hőérzés pedig csökkent.

Egyébként az idegrendszer részéről Sarbó tanár úr vizsgálata alapján lényeges elváltozás nincs. Az orrt Baumgarten tanár úr vizsgálta meg s azt teljesen normalisnak találta, az ornyálban lepra-bacillust nem tudunk találni, míg egy kimetszett bőrrészletben lepra-bacillust igen nagy számban találtunk. Ezen körülmény azért bir érdekességgel, mert általános azon nézet (Sticker), hogy a leprafertőzés az orr útján történt, a mit jelen esetben kizárhatunk.

A fertőzés valószínűleg itt is, a mint azt némelyek állítják, a moskitok csipése által jött létre. A kezelés — oleum gynocardiae belső adagolása és egy 5%-os pyrogallol-kenőcs helybeli alkalmazása — eddig elég szép eredményt tüntetett fel.

Zwillingert Hagó: Elvárta volt, hogy Beck felemlítse, miképp szóló az esetet a magyar fül- és gégeorvosok egyesületében bemutatta, a hol bemutató a discussioban is részt vett. Azért említi fel, nehogy a budapesti lepra esetek irodalma nagyon elszaporodjék; és nehogy úgy tűnjék fel a dolog, mintha ez két lepra-eset volna. A fent említett egyesületben az igen érdekes orreletről is beszámolt, de itt most attól eltekint és csak azt említi fel, hogy az ornyákban tömörkedő lepra-bacillus volt jelen. Ezen adat a Sticker elmélete mellett szól, hogy az orrból történhetik infectio.

A neurastheniás idegzsábákról.

Jendrassik Ernő: Előadó hivatkozik az idegzsábák körjelzésének nagy fontosságára, főleg tekintettel az újabb időben a zsábák ellen végzett műtételek igen komoly voltára. Kiemeli, hogy ezen a téren még elég gyakran hibák esnek meg, a minek egyik oka abban keresendő, hogy a betegek többnyire nem szakemberekhez, hanem a sebészekhez és főleg a fogászokhoz fordulnak közvetlenül. Innét ered az, hogy ma már minden valódi és álzsábának közös és állandó tünete a főlegesen kihúzott fogak egész sorozata. A szerzők a zsábák kórokát igen különféle tényezőkben keresik, egyesek felemlítik ugyan a hysteriát és neurastheniát is, de csak P. Blocy volt az, a ki ezen kóralakot topoalgia néven határozottan körvonalozta. A neurastheniás idegzsábát meg lehet különböztetni a valóditól azon alapon, hogy a fájdalom az előbbeni kóralakban állandó, míg a valódiában rohamokban támad, hogy a fájdalom a test túl oldalára s más idegterületekre is áthúzódik, hogy saját-ságos paraesthesiákkal jár, a melyek miatt a betegek sokkal általánosabb kifejezésekkel élnek szenvedéseik elmondásakor (mesés, csodás fájás, irtóztató zsbongás), míg az igazi neuralgiában igen élesen lokalizálják a fájdalmat a betegek (hegyes fúró beledöfése az arcba), hogy a neurastheniás alakban éjel szünetel a fájás, enyhe érintés nem fokozza, stb. E mellett csak gondos kikérdezés árulja el a betegek egyébként is neurastheniás voltát. A betegek szenvedései állandóak, gondolkozásukat alig lehet eltéríteni bajuktól s ők többnyire a legnagyobb makacs-sággal sebészi kezelésre vágyanak s alkalmat adnak ekként sikertelen műtételekre, de egyszersmind az ilyen operálások még inkább odakötik a betegek gondolkozását bajukhoz, a mely ilyen módon állandó gyötrelmé válik. Csakis általános, a neurastheniás diathesist gyógyító eljárásokkal lehet ezélt érni; sajnos, a legtöbb ilyen beteg könnyebben vehető rá a műtetre, mint rendszeres idegkurúra.

Árkövy József: A t. előadó úr volt olyan szíves elismerését kifejezni az iránt, hogy a fogászat conservatív része ez időszerint meg lehetős magas fokot ért el és csodálkozik viszont, hogy annyi foghúzással találkozott eseteiben. Az első nyilatkozatért köszönet illeti, de a másodikkra nézve először magyarázatra van szükség; másodszer tán a vád részrehajló is. Nem elég alapos azért, mert nincs eléggé informálva, hogy azok a betegek, kik ilyen tömegesen huzatják ki fogait, obstináltak, hogy az orvos vegye ki a fogukat és addig nem nyugszanak, míg akad, a ki megteszi. [Közbeszólás jobbról: Végre mégis kihúzzák! (Derültség.)] Hát mit csináljanak? A milyen komikusnak látszik is a dolog, a ki látott ilyen prosopalgiás beteget, az nem nevet; hanem csupa könyörületből is megszabadítja fogától. Ez a magyarázata a foghúzásoknak. De részrehajló is előadó úr, mert ilyen nem indokolt műtételeket a sebészek is végeznek supraorbitalis vagy submentalis ideg neurectomiálásával. Azután elfelejtette, hogy a neuropathologus urak neuralgiát kezelnek, villamoznak hónapokon át, pedig pulpitis és peridontitis van jelen. Tehát ott is van egy kis idevágó statistika!

A dolog komoly oldalára térve át, 1883-ban (nem tudom, tagja volt-e már előadó úr az orvosegyesületnek), bemutattam az orvosegyesületben egy prosopalgiás beteget, kinek már öngyilkossági gondolatai voltak és a kit Kétly tanár küldött hozzám és a kit conservatív irányú kezeltem és pedig sikeresen. Egész fogsort, épet, kellett trepanálni, az exstirpált pulpák microscopice megvizsgáltattak; ez eset a „British Journal of Dental Science”-ben közöltetett. Későbbi vizsgálatok után ezen pulpakort pulpitis chron. idiopathica-nak neveztem el. Tehát: van prosopalgia, mely dentalis eredetű és másodsor ezen zsába conservative kezelhető. A valódi prosopalgiát illető tapasztalataim meg-egyeznek előadóiával, a neurastheniások kívül esnek szakkörömön.

Dollinger Gyula: Jendrassik a mai előadásában sokat foglalkozott azon fogászati és sebészeti beavatkozásokkal, a melyek neurastheniás egyéneknek akkor történtek, ha a neurastheniás fájdalmaikat az illető specialisták fogbetegségnek vagy idegszabánának nézték. A mint az I. sz. sebészeti klinika évi kimutatásából kitűnik, Dollinger ott folyton végez trigeminus resectiókat és számos esetben eltávolította a Gasser-dűzöt is. Ezen nagyszámú esetek között van egy infraorbitalis resectio, a melynél, a midőn a beteg az első műtét után nemsokára ismét megjelent a klinikán és újabb idegresectiot kért magán végrehajtatni, kitéllat, hogy nála a fájdalom neurastheniás alapon áll fenn, miért is a klinikáról elutasított, és van egy második, a hol a Gasser-dűz kiirtása után, a midőn a trigeminus gyöke is eltávolított, a fájdalmak tovább tartottak, a mely eset tehát szintén megengedi azt a feltevést, hogy neurastheniás fejfájás van jelen, bár Lenhossék tanár, a kinek Dollinger a kiirtott Gasser-dűzöt vizsgálat végett átadta, még más magyarázatot is lehetségesnek tart. Azonban Dollinger kiemeli, hogy épen ezen két beteget, a kinél diagnostikus tévedés látszik fenforogni, ideg orvos-specialista küldte műtét végett a klinikára, a miből az következik, hogy a neuralgia és a neurastheniás fájdalom közötti differentialis diagnózis egyik-másik esetben a gyakorlott orvos elé is legyőzhetetlen akadályokat gördít.

Lenhossék Mihály: Megerősíthetem, hogy az a készítmény, a melyet pár nap előtt Dollinger tagtárs úrtól kaptam vizsgálatra, csakugyan úgy néz ki, mint egy teljes ganglion Gasseri, de persze azt nagyon nehéz megmondani, hogy nem maradt-e benn egy kisebb rész. Arra is kell gondolni, hogy az arezot nemcsak a trigeminus látja el érző idegekkel, hanem mint *Zander Krauseval* együtt kimutatta, a nyaki idegeknek egy része (auricularis magnus, occipitalis major és minor), felmegy a pofára is. Azután a trigeminus egyes ágai átnehetnek a másik oldalra is. Végül a facialis sem tartalmaz tisztán motorius rostokat, hanem mint tökéletes specialis ideg a motoriuson kívül érző gyökérrel is bír a nervus intermediusban s a hozzátartozó ganglion geniculiban, mely olyan szerkezetű, mint a spinalis dűzök. Ezért a ganglion Gasseri kiirtása után is maradhat vissza érzékenység, az arez érző beidegzése tekintetében. Valószínű, hogy egyéni különbségek is vannak, egyéni variációk, melyek miatt nem lehet mindjárt a hysteriára fogni a fájdalmakat olyan esetekben, a hol a trigeminus ágainak vagy a ganglion Gasseri kiirtása után megmarad a neuralgia.

Ihrig Lajos: A sebészek reputatioja egyáltalában nincs érintve, mert fő a pontos diagnózis és ezt a neuropathologia van hivatva megadni, ha meg tudja adni. A határvonalak annyira subtilisak, hogy a diagnózis néha felette nehéz. Egy hysteriás neuralgia esete szólónak is volt, mikor a mellében tapasztalt keményedést a climaxban levő nőbeteg előbb carcinomának, majd bordacsontmegvastagodásnak tartotta és amputatio mammae, majd bordaresectiot követelt. De szólok nem ment bele. Hysteriásnak tartotta, ezért fordult Jendrassikhoz. Azonban a neuropathologusok sem jutottak jobb eredményhez.

Donath Gyula: Előadó úr előadását a legnagyobb élvezettel hallgattuk és belőle sokat tanultunk. Joggal figyelmeztet arra, hogy nem ritkán történik polypragmasia a sebészet és mellékszakkmai részéről. A hysteriás neurastheniás idegszabánának kórisémje ideg orvosnak alig fog komoly nehézséget okozni. Valódi trigeminus zsábánál a legkisebb érintés kiváltja a fájdalmat, míg neurastheniásnál nem. A zsábás beteg hal-kan beszél vagy hallgat, ilyen lemondó martyriumra hysteriás nem képes. A zsábás beteg pontosan megmutatja az ideg lefutását, erre hysteriás nem képes. Megengedem, hogy átmeneti alakok létezhetnek, a hol a neurologus is nehezebben állapítja meg a bajt.

A mi *Hüllt*-tel észlelt esetemet illeti, Astley Cooper a 40-es években írt az „irritable testisről”, melyben a herének physiologiáját és pathologiáját pontosan leírja. Ő figyelmeztet a here kóros zsábájára és ő végezte először a herekiirtást. Utána sok here esett ezen eljárásnak áldozatul. A mi betegünk éveken át próbálgatott mindenféle eljárást, főlem határozottan kívánta, hogy semminemű más kísérletbe ne boesát-kozzam, ő fel akarja áldozni heréjét, mert suicidium gondolatával is foglalkozott. Ekkor reabirtam Hüllt, hogy végezze a genitocruralis, lumbosacralis idegek resectióját. Az operatio után a fájdalom egy ideig szűnelt, később ismét felléptek fájdalmak, a min nem lehet csodálkozni, mert más idegek is ellátják a herét. Ez az egyén vissza lett adva az életnek. Jó lelkiismerettel végeztük az operatiót és ma sem sajnálom.

Osztályomon most is fekszik egy egyén orchialgiával, kinek egyik heréje már exstirpált. Mindent meg fogok próbálni és csak végső esetben végeztetem az idegresectiot, mert a csonkítást ellenzem.

Idegszabák esetén mindig kell próbálni és csak ha minden eredménytelen, kénytelen a neurologus operatiót ajánlani. Azonban megengedem, hogy történnek felesleges operatiók is.

Korányi Sándor: Évek óta ismételtén láttam egy orvos özvegyét, a ki 10–12 éve szenvedett baloldali trigeminus neuralgiában. A szokásos sikertelen kísérletek után bal nervus infraorbitalis hosszú darabon re-

secáltatott. A műtétnek hosszabb időre sikere volt. Ez alatt azonban a jobb oldalon lépett fel szintén egészen tipikus trigeminus-neuralgia. Ez hasonló operationak engedett mint az első. Talán két évvel az utolsó műtét után jelenleg mindkét trigeminus-neuralgia recidivált.

Jendrassik: Általánosságban kiemeli, hogy ő sem a sebészek, sem a fogorvosok tudománya ellen nem szólott, de szólott arról, hogy a neuralgiáknak egy része olyan, a melyet ma még sem az ideg orvosok, sem a többi orvosok nem ismernek eléggé és épen azért tartotta előadást, hogy a figyelmet ezen nem méltányolt kérdésre felhívja. *Dollinger* tagtársnak teljesen igaza van abban, hogy az ideg orvosok is hibáznak e kérdésben s előadó ma, külön tanulmánya daczára is még esetleg beleeshetnek a hibába. *Arkövy* könyörületnek nevezi, ha a fogorvos enged a beteg kérésének. Előadó hangsúlyozta, hogy ez nem könyörület, hanem határozottan hiba, mert az ilyen beteget a baj kezdetén kellene hidegvizes kúrába küldeni, nem szentesíteni a beteg panasztát. A beteg panasza fogat húzni nem tudományos eljárás; az ilyen beteget más szakorvoshoz kell küldeni. A pulpitis chronica esete nem tartozik az előadás keretébe. *Ihrig* felhozott esete a neurastheniás kényszer-gondolatok sorába tartozik, míg a neurastheniás neuralgia kényszerítés, e kettő rokonbetegség, de az előbbiről ez alkalommal nem kívánt szólni. *Donath* álláspontját érte, tényleg vannak oly kényszerítő körülmények, a melyekben a gyógyítás sikertelensége belekényszeríti az orvost az operálásba és érdemül tudja be *Donath* és *Hüllt*-nek, hogy lehetőleg kis beavatkozásra szorítottak. *Korányi Sándor* esete kétoldali trigeminus-neuralgia, nem áthúzódása a fájdalomnak a középvonalon túl. Végül *Lenhossék* felszólalására megjegyzi, hogy legnagyobb mértékben elismerője *Lenhossék* tudományos munkásságának, de ezen kérdésben, a melylyel szintén foglalkozott, nem ért vele egyet.

(1901. november 23-dikán tartott XXI. rendes ülés.)

Elnök: *Schwartz Arthur*. Jegyző: *Ritoók Zsigmond*.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri *Tomka*, *Verebély* és *Szontágh* kartársakat. A mai ülésen mint vendég vesz részt *Hints dr. Marosvásárhelyről*. A mult ülés jegyzőkönyve hitelesítettik.

Napirend előtt személyes kérdésben felszólal:

Beck Soma: Napirend előtti felszólalásában reflectál *Zwilling*er mult ülésben való felszólalására, a melyben kifogásolja, hogy a leprás beteg bemutatásakor nem történt említés arról, hogy a beteg a laryngologusok egyesületében be lett mutatva az érdekes orrlelet miatt. *Beck* erre megjegyzi, hogy a beteg általa és e helyütt való bemutatása indokolt azért, mert a diagnosist *Beck* állapította meg klinikai és bakteriologiai alapon s csak miután erről *Zwilling*er tagtárs urat értesítette, ismerhette fel ez az orrlelet jellegét.

Carcinoma két esete a hallószerven.

Tomka Samu: A hallószerven a carcinoma igen ritkán fordul elő, a kerületi betegsegélyző pénztár rendelő intézetében 5500 fülbetegem közt egy sem volt s érdekes véletlen folytán most 3 hó alatt két ily beteg jelentkezett a János-kórházi rendelésen. Az egyik 54 éves, különben egészséges férfi, a kinek jobb fülkagylóján 16 év óta változatlan nagyságú szemölcs van, mely az utóbbi 6 hónap alatt azonban nőni, vézenni kezdett és úgy nézett ki, mint egy nyitott seb; 3 hó óta volt más 3 orvos kezelése alatt és ez idő óta jelentékenyen terjedt a seb. Elesen határolt, beszűremkedett alapú, felhánt szélű, tapadó genynyel fedett, igen könnyen vérző, széteső, kis diónyi nagyságú, daganatszerű kiemelkedés a jobb fülkagylón; a szövettani vizsgálat igazolta diagnosistomat. Ez év október 26-dikán narcosisban a kagylót amputáltam, a nagy sebfelületet a feléle és hátrafelé meghosszabbított bőrmetszés által nyert lebenynyel fedtük, a mi teljesen sikerült a nélkül, hogy *Thiersch*-féle transplantatióra szükség lett volna, a mint az irodalomban közölt esetekben említve van. A halljárataknak megfelelő nyílás szabadon van, beteg jól hall és a seb csaknem egészen epidermizálódott.

A másik 60 éves, erőteljes férfibetegnél a középfülből indult ki 2 éves középfülfolyás kapcsán a carcinoma, innen terjedt a külhalljáratra, az egész halljárát és középfül telve van igen könnyen vérző polypusokkal, a processus mastoideus oedemás, ez oldalt facialis hűdés néhány hét óta. A szövettani vizsgálat igazolta diagnosistomat. Ez esetben az előre haladott stadium miatt radicalis műtétet nem tartottam már végezhetőnek, csupán arra szorítottam, hogy annyi polypust távolítottam el, hogy genypangás ne jöjjön létre, mert ez által meningitis következhetik be, a mi néhány hónapos élettartamát megrovidíthatná. Betegnek otthoni használatra lysol-kifeeskendést ajánlottam a szétesés megakadályozására és morphiomot a nagy fájdalmak ellen.

Mindkét rák laphámrák, csak hogy míg a kagylórak hosszú időn fejlődött és a hámszövetek elszarusodtak, addig a középfülraknál valószínűleg a nagyobb fokú rosszindulatra mutató carcinoma gyors fejlődése miatt a hámszövetek nem voltak elszarusodva.

Hogy miként keletkezhetik a középfülben laphámrák, holott ott hengerhám van, még nem tudjuk; hogy laphámsejtek bevándorlása folytán vagy a hengerhámsejteknek metaplasia folytán laphámmá való átalakulása folytán, e kérdés még nincs tisztázva.

Hogy az idült fülfolyás mennyiben szerepelhet aetiologikus momentumként, azt sem tudjuk még, bár uterus carcinomák is elég gyakoriak annak genyes folyamatainál, láttak azonban középfülfolyás nélkül is carcinomát a középfülben.

Neubauer Adolf: Előadó úr azt állította, hogy a fülkagyló-carcinomák a ritkaságok közé tartoznak s ezt abból következtette, mivel a ker. betegs. pénztár 5500 beteg között egy carcinoma sem fordult elő. Nézetem szerint ezen következtetés téves, mert a fülorvosok azért nem észlelnek több kagylócarcinoma-estét, mert ezen betegek betegségeikkel mint bőrbetegséggel a bőrgyógyászokat keresik fel. Azt hiszem, minden 1000 betegre esik egy carcinoma.

A bemutatott esetre nézve megjegyzésem, hogy a recidiva elkerülése czéljából nézetem szerint a porczos külső hangvezetőt, sőt a környékbéli mirigyeket is el kellett volna távolítani, míg bemutató úr mindezeket meghagyta.

A második felemlített inoperabilis carcinoma-esetben helyesnek találtam volna a Czerny által ajánlott arsenalkohol-oldat megkísérlését, annál is inkább, miután legutóbb az irodalomban több kedvező eredménnyel kezelt eset van felemlítve.

Váli Ernő: Véleményem szerint a bemutató úr téves ösvényen halad akkor, midőn a carcinoma auriculae gyakori vagy ritka voltának elbírálására az ő ambulantiájának öt éves beteganyagát hozza fel összehasonlítás czéljából. Az ő ambulantiájának számát nem fogadhatjuk el egység alapul, de igen is az irodalomban közzétett eseteket ismerjük el mértékadónak e téren. Az irodalomban összesen circa 50 ilyen szerencsésen műtött eset van ismertve; a magyar irodalomban esekélyeségem között egy ilyen esetet 1890-ben a Gyógyászatban.

Mint látható tehát, maga az eset mint ritkaság érdekes arra, hogy az orvosegységben bemutatva legyen.

Tomka Samu: Felszólaló úr azon állítását, hogy minden ezredik fülbeteg fülkagylórákban szenved, mint lehetetlen állítást, nem fogadhatom el és nem tudom elképzelni, hogy honnan merítette ezen adatot, mert nagyon szomorú volna, ha minden ezredik fülbeteg carcinomás volna; olyan ritkák a carcinomák, hogy mint említém, 5500 kerületi beteg közt egy eset sem fordult elő. A mi a műtét technikáját illeti, természetes, hogy úgy mint minden más carcinománál, a fülcarcinománál is minden környékbéli gyanus részt is eltávolít a műtő, megnagyobodott mirigy azonban nem volt, még a bőrelvények nagy területen leválasztása alkalmával sem találtunk ilyet, a porczos halljárat egészséges volt, nem látom be, miért távolítottam volna azt is el egészen. Reményem, hogy betegnél recidiva nem következik be, mert véleményem szerint a műtét követelményeknek teljesen megfelelttem. A középfülráknál azért nem végeztem műtétet, mert ezen betegnél nem volt reményem, hogy előrehaladt stadium mellett minden kórosat kiirt-hassak, csak azt végeztem, a mi szükséges a genypanág megakadályozására. Azután lysolt rendeltem neki, hogy a genyét ez által a halljáratból eltávolítsa és a szétesés lehetőség szerint megakadályozza; a fájdalmak ellen morphiomot kapott. Betegét azóta nem láttam.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató ülés 1901. október 23-dikán.)

Elnök: **Mutschenbacher Béla.** Jegyző: **Terray Pál.**

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Langer Jakab és Ángyán Béla tagtársakat.

Subcutan paraffinprothesisek.

Herczel Manó: M. Józsefné 22 éves, koresmáros nejenél 2 év előtt elhanyagolt harántfekvés miatt decapitatio és evisceratio végeztek. A műtét után azonnal vizeletcsurgás jelentkezett. Midőn a beteg 8 héttel a szülés után 1899. október hóban osztályomra került, a vesicovaginalis válaszfal majdnem egész hosszában teljesen hiányzott, a résen át a hólyag mellső fala tojásnyi, élénk vörös gömb alakjában a vulvába prolábil. Nemesak a hólyag hátsó fala hiányzott, de az urethrának sem volt semmi nyoma, úgy hogy legkedvezőbb esetben a sphincter vesicae csak maradványai lehettek a defectus felső heges szélébe beágyazva. Sok fáradság után sikerült ugyan 10 ülésben a hólyagot az uterus bevonásával és vaginalis lebenyek képzésével elzárni, de continentiája a betegnek még sem volt, mert a záró izom hiányzott. Ha a beteg nyugodtan a hátán feküdt, egy 1/2 órát is szárazon maradt, azonban a hasprésnek legkisebb működésénél, például felülésnél a vizelete csurgott. Már lemondunk arról, hogy a hólyagot continenssé tessük, midőn megjelent *Gersuny* közlése a paraffinbefecskendésről. *Gersuny* egy teljesen analog esetben, melyben az urethra hiánya incontinentiát okozott, paraffinbefecskendés által teljes gyógyulást ért el. Azóta *Pfannenstiel* is végzett hasonló körülmények között paraffininjectiókat, de eredménytelenül, sőt kellemetlen complicatiókkal, a mennyiben enyhe lefolyású tüdőembolia lépett fel. Moskovitz azonban joggal kiemeli, hogy *Pfannenstiel* nem a nyákhártyadudorok alá injeciált és azokat nem reponálta a befecskendezés után, azonkívül oly paraffint használt, melynek olvadási pontja 45° C., melyet tehát oly magas (75–80°) foknál kell injeciálni, melynél már thrombosis léphet fel a vénákban és így közvetítve tüdőemboliák keletkezhetnek.

M. nének kinos állapota készítetett arra, hogy az eljárást megkísértsük. Ezen betegnél 3 ülésben összesen 6 gm. paraffint fecskendeztünk a nyákhártya alá. Már az első befecskendezés után javult az állapot és ez idő szerint a beteg éjjel 2–3 óra hosszat, nappal 1 óra hosszat tartja vizeletét és a hasprés legerősebb működésénél sem jelentkezik vizeletcsurgás. Tekintetbe véve azt, hogy ezen esetben a hólyag kicsiny, 35 gm. folyadékot fogad be, az eredményt ideálisnak mondhatjuk.

Remélhető, hogy a hólyagnak fokozatos tágitásánál és az ez idő szerint fennálló hurutnak gyógyultával a beteg vizeletét több ideig fogja tarthatni.

Mi teljesen az eredeti leírás nyomán jártunk el; használtunk 36–40° C. között olvadó paraffint, melyet olyképp készítettünk, hogy a kemény, körülbelül 70° C.-nál oldódó paraffint vaselin-olajjal kevertük. Egyes esetekben, például orrrecturáknál czéltudatosan a 40° C.-nál oldódó paraffint alkalmaztunk, mert az gyorsan megszilárdul, a bőr alatti kötőszövetben nem terjed szét, hanem azon helyen marad, melyet kiemelni akartunk. Rendszerint a 37–38° C.-on oldódó paraffint használjuk, melyet egyszerűen használat előtt gázlágon nyitott porcelláncsészében felforraltunk. A csészét lassan lehűtjük és közönséges Pravaz-fecskendővel akkor injeciálunk, mikor az anyag homályosan tűnni kezd. Ekkor már kenőcs consistentiában jön ki.

Használtuk ezen eljárást a megbetegedések különböző eseteiben. A legegkésőbb eredményeket kozmetikai téren *besüppelt orrhát* (nyeregorr) *felemelésével* értük el.

N. Anna 22 éves eséléd orra 3 év előtt az orrsontok luetikus lobja következtében besüppedt. Két ülésben összesen 3 gm. 40° C.-nál oldódó paraffint fecskendeztünk be. Injectio után az orr környéke, a szemhéjak és homlok bőre erősen megduzzadt, de néhány nap alatt a reactio visszafejlődött. A cosmetikai eredmény kifogástalan és 2 hónapi megfigyelésünk alatt változatlan maradt, mint azt a körözött fényképek mutatják.

Hasonlóan jártunk el egy az *orrsontok törése* folytán keletkezett difformitás esetében is. Jelenleg egy luetikus egyén van gyógykezelésünk alatt, kinél az *orrsövény* és *orrsorczok részleges elpusztulása* következtében az orrsövény és az orrszárnyak teljesen besüppedtek. Két grammnak a nyákhártya alá való (egyoldalú) befecskendezése után sikerült a porczos részt teljesen felállítani.

Kitünően alkalmas az eljárás a *szájpad defectusainak elzárására*, ha azok nem nagyok. Így sikerült egy 50 éves luetikus hajóskapitány-nál egy körülbelül féllencsényi nyílást a kemény szájpadon 3/4 gm. paraffinnal befecskendezésével teljesen elzárni, úgy hogy nyelésnél egy csepp víz sem került az orrüregbe és a beteget az alkalmatlan nagy obturatórtól megszabadítottuk.

Jó eredményt értünk el *végbélelőses két esetben*, melyek *Kraschke*-féle végbélkiirtás után fejlődtek ki. Egyik esetben (carcinoma recti) egy 65 éves férfinál, radikális műtét után fél évre 15 cm.-nyi hosszú prolapsus fejlődött, melyet már egy ízben körkörös amputáltunk. Daczára ennek, néhány hónap múlva újból egy 10 cm.-nyi hosszú bélelőses fejlődött ki; 1 cm³-nyi paraffin befecskendezése után teljes gyógyulást értünk el. Az injectio óta 3 hónap telt el és a bélelősesnek nyoma sem mutatkozik. Hasonlóképpen jártunk el egy 42 éves nőbetegnél, kinél 2 ülésben 8 gm. paraffint fecskendeztünk be. Ez esetben is az eredmény kifogástalan.

Külső húgycsőmetszés után két esetben alkalmaztuk az eljárást azon czélból, hogy a két sebfelület egymáshoz közelítsük és ez által azok összetapadását gyorsítsuk. Mindkét esetben az urethra hámla és a bőrhám egymáshoz közeledett és a befecskendezéseknek az volt a czélja, hogy a két sarjfelület egymással összetapadjon, még mielőtt teljes áthamosodás bekövetkeznék és húgycsőpóly kifejlődnék. Egyik esetben 2 1/2 gm. a másik esetben 4 gm. 37° C.-nál oldódó paraffint használtunk el jó eredménnyel.

Mindezek után alkalmas esetekben úgy cosmetikus czélból, mint functionalis eredmények elérésére és hiányok pótlására a *paraffin befecskendezést melegen ajánlhatom*, mert vele oly anyagot nyertünk, mely a szövetekbe zavartalanul begyógyul.

PÁLYÁZATOK.

6375/1901. eln. szám.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál lemondás folytán megüresedett Alsótanya III. ker. tisztiorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az 1886. évi XXI. t.-cz. 80. §-a értelmében főispáni kinevezés útján, élet, hosszigan betöltendő ezen alsótanyai ker. tisztiorvosi állással 1600 korona fizetés, 600 korona lótarási átalány, 4 szoba, előszoba és mellékhelyiségekből, istálló kocsiszin és jégveremből álló természetbeni lakás, 20 úrméter puha tűzifa élvezete valamint nyugdíj- és magányakorlatra való jogosultság egybekötve.

Megjegyeztetvén, hogy a kinevezendő orvos a szegényeket ingyen tartozik gyógykezelné, a fizetőképességtől ellenben a 132/901. számú közgyűlési határozattal alkotott, a kormányhatóságilag jóváhagyott szabályrendeletben megállapított díjakat szedhet.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előirt tisztiorvosi minősítettségüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Kállay Albert főispán úrhoz czimezve hivatalomnál folyó évi december hó 10-dik napjának d. u. 5 órájáig nyújtsák be.

Szeged, 1901. évi november hó 17-dikén.

Pályf, polgármester.

10.318 1901. szám.

Vadász (Bézerind) és Simonyifalva községekből álló egészségügyi körben a **körorvosi** állás üresedésbe jöven, arra pályázatot hirdetek s a választásnak **Vadász** községénél leendő megejtésére határidőül folyó évi december hó 19-dikének d. e. 10 óráját tűzöm ki.

A körorvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási díj, továbbá 40 fillér halottkémlési s végre a szabályrendeletileg megállapított hásszemle-díjából áll.

A megválasztott körorvos köteles kézi gyógytárt tartani s a községbeli szegényeket ingyen gyógykezelné.

Felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876.

évi XIV. t. cz. 143. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi december hó 18-dikának d. u. 5 órájáig adják be.

A megválasztott körorvos állását folyó évi december hó 30-dikán elfoglalni tartozik.

Kisjenő, 1901. november 19-dikén.

3-1

Csukay Gyula, főszolgabíró.

1988/1901. sz.

A gyulai kerületi betegsegélyző pénztárnál Gyulán (Békés vármegye székhelyén) 1902. évi január hó 1-én elfoglalandó pénztári orvosi állásra pályázat hirdtetik.

Javadalmazása: 1000, azaz egyezer korona évi fizetés utólagos évnegyedi részletekben; a pénztári orvos a pénztári tagok gyógykezelésén kívül csak magánpraxist gyakorolhat.

A pénztári ambulans betegek részére a rendelés délelőtt és délután egy-egy órában állapítatik meg és a rendelés esetleg az igazgatóság kívánatára egy kijelölt rendelő helyiségben tartandó meg.

Egyebekben pedig az orvosi teendőkre vonatkozólag az alapszabályainkban előírt „ügyviteli szabály” rendelkezése intézkedik.

Bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvény folyó évi december hó 8-dikáig Gyulán, a gyulai kerületi betegsegélyző pénztár igazgatóságához nyújtandó be.

Gyula, 1901. évi november hó 15-én.

Az igazgatóság nevében:

2-2

Mayer István, ig. alelnök.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat december 10-dikén.

Gyárorvos. Diósgyőri gyártelep (Borsodmegye), 1600 k. f., természetbeni lakás, 150 k. fűtés-átalány. M. k. áll. vasgyárak központi igazgatósága Budapest.

Lejárat december 12-dikén.

Körorvos. Széll. 1128 k. Trombitás M. főszolgabíró. Igal.

Lejárat december 14-dikén.

Közsegi orvos. Mágócs. 1000 k. f. Máthé Ödön főszolgabíró. Sásd.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgydara és köszvénybántalmak ellen, vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!
Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Régebben végzett fővárosi orvosnövendék,

ismerettség hiányában, keres orvostudóst, ki őt az elő- és első gyakorlati szigorlatra lelkiismeretesen előkészítené. Szíves ajánlatok és feltevételek „Szigorló orvos” jellegével **MOSSE RUDOLF**-hoz, Budapest, kéretnek.

Bacillo

Hatása és olcsósága miatt klinikailag úgy mint az egészségügyi hatóságok által ajánlva.

antiseptikum.

Lásd: Dolgozatok a bécsi os. kir. ált. kórházból „Klinische Rundschau” 1901. 5. sz.

Mintákat és irodalmat küld S. KREISLER, Wien, IX., Porzellangasse 45.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói és bacteriologia

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.

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

TERMÉSZETES MARIENBADI FORRÁSSÓ

Üvegpalczokban à 125 és 250 gr. és csomagokban à 5 gr.

Javallatok:

Mint pótása a marienbadi forrásoknak, mindazon esetekben, a hol a betegek Marienbadba nem utazhatnak. Ezen esetben a természetes marienbadi források nem csak a legolcsóbb, hanem egyúttal is a legjobb pótászer általános elzsírosodás, a máj és a szív elzsírosodása, obstipatio és plethora ellen.

Kapható valamennyi gyógyszerárban, ásványvízkereskedésben és drogiatánál és közvetlen a forráskezelőség által Marienbad (Csehország).

Budapesti raktár: **Édeskuty L.**-nál.

TÜDŐ- ÉS GÉGEBETEGEK SANATORIUMA ARCOBAN.

Gyönyörű fekvésű, pormentes, legmelegebb és legszélmentesebb helyen. 50 elegánsan berendezett szoba. Villanyos világítás. Telephon. Fürdő- és hidegvízgyógyintézet. Szabadbani fekvőkúrára való nagy csarnok. Erősen tápláló diacta. Folytonos orvosi felügyelet. Szabatos gégekezelés. Arak mérsékelték. Prospektus kívánatra ingyen bérmentve.

Dr. KENTZLER JÓZSEF, vezető-orvos, nyáron fürdőorvos Gleichenbergben.

C. F. Boehringer & Soehne

Waldhof bei Mannheim

ajánlják
mindenütt ismert
kiváló
készítményeiket.



ajánlják
mindenütt ismert
kiváló
készítményeiket.

FERRATIN

D. R. P. No. 72168.

LACTOPHENIN

D. R. P. No. 70250.

FERRATIN, vasas tápláló-anyag

vérszegények és lábadozók számára.

✦ **Ferratin** comprimolt
Tablettákban
1 üvegben 100 drb à 0.25 gr.
Ferratin.

✦ **Ferratin** chokoládé-
pastillák
1 dobozban 50 pastilla à 0.5 gr.
Ferratin.

✦ **Ferratin** eredeti 25 gr.-os
üvegekben. ✦

Ferratosé (Liquor Ferratini) eredeti 250 gr.-os
üvegekben.
D. R. P. No. 72168.

Az orvos uraknak kívánatra irodalmi adatokat és próbamintákat szívesen küldünk.

C. F. Boehringer & Soehne, Waldhof
Mannheim mellett.

Tinctura Ferri Athenstaedt

(Ferrum. oxydat. sacch. verum.)

eredeti csomagolásban 1/4 és 1/2 kilós üvegekben 1 k. 60 f. és 3 k.

Legkellemebb ízű, igen könnyen emészthető, a fogakra teljesen ártalmatlan, 0.2% vastartalmú készítmény. Tartalmazza a vasat az először Athenstaedt által készített, tiszta, könnyen oldható, alkalimenes vas-sacharat alakjában.

Próbaküldeményekkel és prospektusokkal, a legelső orvosi tekin-
télyek ajánlataival, u. m. Dr. R. Fresenius, wiesbadeni egyetemi
tanár és udvari tanácsos vegyi vizsgálatával ingyen szívesen
szolgál a főraktár:

Dr. Rosenberg Sándor Csillag-gyógyszertára
Budapest, VIII., Kerepesi-út 43.

Dr. Rosenberg-féle

HYPOPHOSPHIT-TABLETTÁK

(Tablettae Hypophosphit sec. Dr. Rosenberg.)

A kalium, natrium, calcium, chinin, vas, mangan és strychnin alphas-
phorsavas sóit (az ismeretes Fellow-szörp hatóanyagait) pontosan adagolva tartal-
mazzák olyképen, hogy egy tablettá megfelel egy kávéskanálnyi szörpnek.
A tabletták a gyomorban könnyen oldódnak; ezukkorral 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 klinikákon, kórházakban, valamint magán-
gyakorlatukban kitűnő eredménnyel rendelik.

Egy üvegese (40 tablettá — 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 rendelre adatnak ki.

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, Grósz Emil, 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 fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ónodi A.: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.) A hangrés alatt beékelte necrotikus csont esete. 786. l.

Jendrassik Ernő: A neurastheniás idegzsákokról. 787. l.

Kéty László: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóródjáról. (Igazgató: Kéty Károly tanár.) Az eupyridin, basicin és rhizoma scopoliae carnioleae-ről szerzett klinikai tapasztalatok. 789. l.

Kopits Jenő: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.) A coxa varanának nevezett kórkép ismertetése. 790. l.

Tárcza. Némai József: Az énekhang és énekművészet physiologiája. 792. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Novotny Lajos: A hólyagbetegségekről. 793. lap. — Könyvismertetés. Berend Miklós: Gyermektherapia. (Erőss Gyula.) 794. lap. — Otto von Franqué: Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur.

(Temesváry Rezső.) 795. lap. — Lapszemle. Húgyászati betegségek. Faltin: Kísérleti vizsgálatok a húgyhólyag fertőzéséről. (Ráskai Dezső.) — Orr-, torok- és gégebajok. Fein: Az alsó orrkagyló resectioja. (Tóvölgyi E.) — Spiess: A számarhurut-kezelésnek egy új módja. (Tóvölgyi E.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Gottschalk: Számarhurut gyógyítása. — Hönig-schmid: Jodipin alkalmazása. — Folyóiratok átnézete. 795—796. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Bemutatott oklevelek. — Az orvosi kör országos segélyegylete. — Kiténtések. — Orvosi kinevezések. — A Bókay-szoboralapra befolyt adományok. — A Korányi-jubileum végrehajtó bizottsága. — Tauffer Vilmos. — Műkiállítás rendezésének terve. — Tomka Samu. — Kézmarszky tanár szülészeti poliklinikája. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 797. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A hangrés alatt beékelte necrotikus csont esete.¹

Irta: Ónodi A. dr. egyetemi tanár.

A gégeben előforduló idegen testek ismert esetei és variatioi mellett esetünk úgy lefolyására, mint lényegére nézve igen tanulságos.

B. A. 32 éves férfi ezeltől nyolcz évvel bujakórt acquirált, mely a csontrendszer is megtámadta. Megfelelő gyógykezelés alatt állott. Ezeltől három évvel lassanként légzési nehézségek léptek fel, melyek stenotikus légzésig fokozódtak. Ekkor kórházba vétette fel magát, a hol néhány hét alatt higany-injectiokra a stenotikus légzés megszűnt. A gégetükrészeti lelet szerint akkor a stenosis okát a hangszalagok median állása okozta. Ettől az időtől kezdve hangja rekedt maradt. Ezeltől két évvel köhögési rohamok alatt néhány hét alatt négy kisebb csontot köhögött ki és azután újra nyugalma volt egészen 1901. márczius 6-dikáig, midőn reggel egy köhögés alkalmával fuldoklás lepte meg, érezte, hogy valami elzárja a gégejét. Stenotikus légzéssel küldte fel kozzám kezelő orvosa. A vizsgálatnál a hangrésben és a hangszalagok alatt beékelte egyenetlen, barnás idegen testet találtam, melynek kivételére a laryngofissiot ajánlottam.

Beteg a műtétől megijedt és csak márczius 20-dikán kérésset fel újra még nagyobb lélegzési nehézséggel, midőn Dollinger

¹ Bemutatta a budapesti kir. orvosegyesület f. é. május 4-diki ülésén.

tanár klinikájára felvétetvén, rajta előbb a légesömettszést, azután a laryngofissiot eszközölte Dollinger tanár.

Ezen alkalommal a hangszalagok alatt harántul beékelődött idegen test egy két cm. hosszú, két-három mm. vastag és egy és fél cm. széles nekrotikus csontnak bizonyult. A csont egyik felülete homorú, sima, másik felülete egyenetlen, érdes és csipkézett szélű. A feltárt gégeben ulceratio vagy granulatio nem volt látható. A laryngofissio sebe per primam gyógyult, a decanulament április hó végén történt. Beteg jól lélegzik, de hangját nem nyerte vissza. Az ál- és valódi hangszalagok belöveltséget, duzzadságot, a jobb oldalon a beékelődésnek megfelelően kis megtörést mutatnak. Hangoztatáskor a kannaperez és hangszalag a jobb oldalon alig, a bal oldalon nagyon keveset mozog. A hangrés tág. A góresővi vizsgálatot Pesthy dr. volt szíves végezni, az eredmény: nekrotikus csontszövet.

Az irodalomból ismeretesek a legkülönbözőbb esetek és eshetőségek. Gondoltunk minden eshetőségre, a Röntgenezés a gerincoszlopot intaktnak mutatta, az orrüregben esonthiány nem volt, nyelési nehézségei nem voltak, az egész lefolyás, a lelet esupán egy elfogadható magyarázatot enged meg, melyet a következőkben adunk.

Az eset egész lefolyásában az alapbántalommal, a bujakórral függ össze. A bujakór megtámadta a betegnél a csontrendszer is, az alszár-, kar- és homlokcsontot, egyúttal a gyűrűperez hátulsó lemezének perezhártagyuladását is okozta. A bujakóros perichondritis cricoidea ez esetben nagyon hosszadalmas lefolyást vett. A három évvel ezeltől fellépett nehézlégzés és dyspnoë ezen folyamatra vezethető vissza, mely akkor a hangszalagok median állását és így a dyspnoët okozta. Ugy a median állás, mint a dyspnoë a higanybefecskendezésekre megszűnt.

A dyspnoë megszűnésével azonban a folyamat tovább is fenmaradt, a beteg azelőtt tiszta hangját elvesztette, rekedtségén

kívül más zavara nem volt. A lassan fennálló folyamat a gyűrűporcz hátulsó lemezének esontosodásához vezetett, majd pedig annak elhalásához. Így magyarázható meg az ezelőtt két évvel kiköhögött négy kisebb csont, melyek a gyűrűporcz hátulsó lemezének elesontosodott és elhalt részeit képezték, valamint a legutóbb eliminált nagy esontsequester is, mely egy köhögési roham alatt harántul beékelődött a hangrés alatt és fuldoklást okozott. Meg van magyarázva a folyamat fellépésétől kezdve a tiszta hang elvesztése és most a hangrés tátongása, a hangszalagok és kannaporcok nagyon csekély mozgékonyasága. Azon tény, hogy a laryngofissionál a gyűrűporcz hátulsó lemezének megfelelően sem ulceratio, sem granulatio nem volt található, nem képez meglepő leletet, a mennyiben az észleletek ennek lehetőségét is megerősítették.

A perichondritis cricoidea tünettana és lefolyása, akár bujakórból, akár egyéb okokból lép fel, az irodalomban között különböző esetekből és különösen *Pieniasek*¹ tankönyvéből ismeretesek. Esetünkben kifolyólag a perichondritis cricoidea két érdekes és a gyakorlat szempontjából fontos tünetével kívánunk foglalkozni. Az első a baj kezdetében fellépett fuldoklás, melyet az akkori észlelő a hangszalagok median állásából magyarázott. Már *Pieniasek* felhívta a figyelmet, hogy a perichondritis cricoidea bizonyos elváltozásai folytán a hangszalagok közel a középvonalhoz, median állásban rögzítve lehetnek és könnyen összehúzódnak, adhatnak okot, a mint ezen esetben is történt; a fuldoklás és a hangszalagok median állása a hangrésttágító izmok hűdésével téveszthető össze.

A hangszalagok median állását, a kannaporcok és hangszalagok mozdulatlanóságát vagy nagyon csekély mozgásait különböző elváltozások magyarázzák meg. A gyűrűporcz és kannaporc izülete körül kifejlődő beszűremkedés vagy az izületet magát érintő elváltozások, az izület körül fejlődő tályogképződés, a gyűrűporcz hátsó lemezén a porcshártya leválása, a kannaporcoknak is helyzetváltozása, az izületről való leválása, továbbá a hangszalagok alatt fellépő nyákhártyadudorok mindmennyi ok, a mi a hangszalagokat a középvonalban rögzítse vagy mozgásait nagyon reducálja. És ilyenkor megtörténhetik, hogy a hangszalagok és a kannaporcok különösebb vagy nagyobb elváltozást, duzzadtságot, belőveltséget nem is mutatnak, a hangszalagok median állása, mint ezen esetre vonatkozó említett észlelet is mutatja, tévesen a hangrést tágító izmok hűdésének felvételére vezetett. Az izületek körüli beszűremkedés az antiluetikus kezelésre visszafejlődött és így megszűnt a hangszalagoknak median állása s a hangrés tágulásával, a hangszalagoknak kifelé való mozgásával megszűnt a fuldoklás és nehézlégzés is.

A második és ritka tünet a gyűrűporcz elesontosodott és nekrotizált hátsó lemezének eliminálása és beékelődése a hangrés alatt. Ritkábban fordul elő, hogy a gyűrűporcz hátsó lemeze elhaljon, többnyire egyes részek nekrotizálnak. Ezen necrosis a tályogképződéssel együtt jár, a geny leválasztja a perichondriumot a porczról, mire beáll a necrosis. A tályog helyzete adja az áttörés irányát, mi által a geny a gége üregébe, a sinus pyriformisba vagy az oesophagusba juthat. Úgy az áttörés, mint az eliminált necrotikus porczrészek a gégeben, légesőben suffocatio adhatnak okot, többnyire kiköhögöttek, esetleg beékelődnek.

Esetünkben a beteg négy necrotikus részletet kiköhögött, az utolsó elesontosodott necrotikus rész pedig harántul beékelődött a hangrés alatt. Ugy a kiköhögött, mint az eltávolított részek a gyűrűporcz hátsó lemezét képezték. Ennek elesontosodása, elhalása, eliminálása és beékelődése ritkán fordul elő. Érdekessé teszi az esetet a szokatlanul hosszú lefolyás és a nagy necrotikus esont eltávolítása után a gége hátsó falán a látható elváltozások hiánya. Ezen tényt *Pieniasek* is megerősítette észleleteivel, midőn a laryngofissio útján eltávolított necrotikus részek lehetővé tették a vizsgálatot, a gyűrűporcz területében a nyákhártyán különösebb elváltozás észlelhető nem volt.

A perichondritis cricoidea kórképének többi részleteit ez alkalommal nem érintjük, esetünknek megvilágítására elég volt a bántalom ezen két fontos és érdekes phasisát kiemelni.

¹ Die Verengerungen der Luftwege. 1901. Wien, Deuticke.

A neurastheniás idegzsábokról.

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

(Vége.)

6. O.-né, 29 éves nő, emlékszik, hogy már leánykorában „megfázás” után fájt időnként bal arczfele, de ez később megszűnt. Kilencz év előtt ment férjhez, két gyermeke él, de a legelső négy hónapos korában meghalt. Ezen gyermek halála s a szülés után támadt s hosszú időre elhúzódott súlyosabb méhbaja lehangolták s ekkor, 1894-ben kezdett megfájdulni egyik bal felső hátulsó foga. A fájdalom innen a feje tetejéhez húzódtott s úgy érezte, mintha az utóbbi helyen nyílás, *lök* lenne koponyájában. A fájdalom néha *felsőzár* fogától fejtetőjéhez; *örült* fájása van, a mikor erősebb a fájdalom, nem tűr maga mellett senkit, nem fekszik le, de nyugtalan s izgatott lesz, életuntak mondja magát, nagyon sokat szenved. Társaságban el-elmarad a fájás, de egyszerre csak itt is előáll, estefelé általában jobban van, de azért a fájdalom jóformán folytonos, csak éjjel szünetel s a beteg alszik. A fájás az utóbbi időben néha a jobb oldalra is ájtön, sohasem fáj egyszerre mindkét oldala. Fejének megnyomása kiváltja a fájdalmat, enyhe érintés, hajának simogatása nem. Anyja is ideges asszony. Eddig csak fogorvoshoz járt bajával, a ki először egy ép fogát megfúrta és megplombálta, azután ugyanezen fogat kihúzta és replantálta, a mi sikerült is, de később az incriminált fogat véglegesen kihúzta. Meg kell jegyezni, hogy ezen fogorvos csak a beteg folytonos nógatásának engedett ezen műveleteiben és azoktól sikert nem ígért, de a beteg fájdalmait a szokásos fájdalomcsillapítók sem enyhítették.

7. A. B., 38 éves nő, bal karjában évek óta „pokoli kínokat” szenved; a fájdalmak főleg a váll körül ülnek, a kar mozgatható s a beteg jól is használhatja, a fájdalmak függetlenek a használatról, sőt pihenés közben talán még hevesebbek. Éjjel alszik a beteg. Semmi helybeli elváltozás. A beteg a legnagyobb operálásnak is alávetné magát, csak hogy megszabaduljon a fájdalomtól. A fájdalmat mardosónak mondja. A beteg magába vonuló természetű, kisebb neurastheniás zavarokban régebben is szenvedett.

8. M. I.-né, 26 éves asszony, három év előtt valamely kis incidens után heves fájdalmakat kapott jobb oldalán, a lapoczká táján. Ezen fájdalmak azóta szünet nélkül fennállanak, a beteg ugyan alszik éjjel, de nappal folyton bal kezével iparkodik megfogni jobb lapoczkáját, sír, vergődik a kiállhatatlan fájdalom behatása alatt. A beteg meg van győződve, hogy nagy tüdőbaja van, éri a mint ott szálak húzódnak el, feszülnek meg; meg fog halni. Egyéből mint ezen bajáról nem beszél. A leggondosabb vizsgálat, röntgenezés, egészen ép viszonyokat mutattak ki. Egy alkalommal sürgősen hívtak, mert a fájdalmas tájékon vörös duzzanat támadt, a mely még kezelő orvosában is azt a hitet keltette, hogy talán mégis valamely kórjelenség adja magyarázatát a kétségbeesítő helyzetnek. A pirosság a nyomogatástól eredett, a duzzanat ellenben a m. rhomboideus contracturájának bizonyult s a kart megfelelő állásba hozva, azonnal eltűnt. Ezen fájdalmas kényszer gondolat olyan erős volt, hogy a beteget egyáltalában nem lehetett kezelésbe venni nyílt intézetben.

9. X.-né, 45 éves asszony, néhány év óta bal csípőizületének tájában érez fájdalmat. Ezen fájdalom éjjel szünetel, reggelre ébredve mindaddig nem mutatkozik, a míg állítólag a beteg meg nem mozdul ágyában. Ekkor rohamosan fokozódik, úgy hogy alig tud kiszállni ágyából s napközben is gátolja a járásban, de délután felé megkönnyebbedik fájdalma; úgy látszik azonban, hogy a fájdalom nyugalomban is előállana, de a beteg fájdalma dacára sem bírható reá, hogy gyógyítási kísérletképen pár napig ágyban maradjon. Semmi helybeli elváltozás, ischiasnak semmi jele. Sokféle kezelés kísérlete történt, minden kezelésre pár napi javulás után heves rosszabbodás állott be. Néha heteken át szünetel a baj. Neurastheniás egyéb tünetek is vannak jelen.

Az itt felhozott néhány példa csak általános tájékozással szolgál, jellegzetes közös tulajdonságait ezen eseteknek a következőkben foglalhatom össze. Az ideges fájdalmak ezen alakja mindig egyébként is neurastheniás egyéneken támad. E tekintetben nem oszthatom *P. Blocq* álláspontját, a ki ezen bajt *neurasthénie*

monosymptomatique-nak mondta. Igaz, hogy a fájdalmak annyira előtérbe kerülnek, hogy csak gondos megfigyelés és kikérdezés árán értesülünk egyéb tünetekről, de ekkor a neurastheniás diathesis (ha lehet e szóval élni) kétségtelenné válik. A betegek már gyermekkorukban feltűntek bizonyos irányban, visszavonulók, idő előtt komolyabb gondolatokért keresők voltak, később fejfájásban, álmatlanságban vagy időnként kedélyi ingadozásokban szenvedtek stb., a családi terheltség is többnyire kimutatható, ha egyéb nem, a neurasthenia leggyakoribb, csaknem állandó előzménye: az anya fejfájossága megtudható. Gyakran egyéb neurastheniás kényszer-gondolatok előzték meg ezen bajt, a mely a kényszer-gondolat intenzitásával uralkodik a betegen.

A fájdalom nagy szenvedést okoz a betegnek, de a betegek többsége mégis bevallja, hogy a fájdalom állandósága gyötrőbb, mint a fájdalom élessége. Egyes sajátságok ezen fájdalmat egészen jellegzetessé teszik; ezek első sorban a fájdalom állandó volta, a neuralgiában ellenben éles rohamok váltakoznak teljes szünetekkel; továbbá a fájdalomnak a test túloldalára is áthúzódása, más idegterületekre átvonulása, a mi a valódi neuralgiában kevésbé, talán nem is fordul elő; ide tartoznak a sajátságos paraesthesiák: a beteg megfeszülő idegszalakat érez oly irányokban és helyeken, a hol ilyenek a valóságban nem is léteznek. A beteg magyarázza ezen szalakat, érzi, hogy azokat egy csontszilánk nyomja, valamely fekély marja stb. Az arcz neurastheniás neuralgiájában továbbá teljesen jellegző az objectív jelek hiánya: a valódi trigeminus neuralgiás betegnek egyszerre csak megrándul az arcza, izmai összehúzódnak, bőre elvörösödik, ez a neurastheniás neuralgiában hiányzik, valamint hiányzik a finom érintésnek oly erősen fájdalomkiváltó befolyása, a mely a valódi neuralgiában okozza, hogy a beteg arczát, bajuszát enyhén érinteni nem szabad, hogy a beteg csak nagy óvatossággal beszél, enni nehezen tud s száját tisztán tartani nem képes, fogaira nagy mennyiségben lerakódik a fogkö stb. Mindez hiányzik a neurastheniás neuralgiában; ellenkezőleg ezen betegek bőven és hangosan panaszkodnak, szájukat, ha ott érzik a fájdalmat, kettőzött figyelemmel tartják tisztán. Jellegzetesek a betegek kifejezései is, melyekkel fájdalmukat festeni megkísérik: „mesés fájás, más ember jajgatna, irtóztató zsiborgás” stb. általános kifejezések ezek, nem oly határozott hasonlatok, a mikkel a valódi neuralgiát jelzik a betegek: „hegyes fűrő beledöfése az arcba” stb.

A fájdalom mellett néha a mozgás is gátolva lehet, de inkább csak szövődő neurastheniás kényszer-gondolat kapcsán, mint pl. *Galippe* esetében a beteg száját nem tudta felnyitni, állkapcsai ezen mozgás szándékolásakor erősen összezáródtak. A fájdalom maga azonban az eseteknek csak kis részében akadályozza meg többé-kevésbé a mozgást.

A fájdalmas hely csak ritkán érzékeny nyomásra, sőt a nyomás gyakran jól esik a betegnek. Általában a fájdalom szünettel éjjel az alvás idején és többnyire reggel és délelőtt hevesebb mint délután. A neurastheniás álmatlanságban szenvedő betegeknek azonban éjjelét is kitölti a szenvedés.

A fájdalmak gyakran támadnak valamely kis behatás után, a melylyel a betegek kapcsolatba hozzák szenvedésüket, foghúzás, trauma, néha csúszos megbetegedés váltják ki állítólag a neurastheniás neuralgiát, valószínűbb azonban, hogy már a legelső fájdalom is ugyanazon természetű és csak tévesen magyarázzák fogfájásnak s más egyébnek.

A fájdalom állandósága ezen betegekben valamely anatómiai hiba felvételét oly határozottsággal támasztja, hogy még rövid időre is csak ritkán sikerül a beteggel, sőt hozzátartozóival — néha még kezelőorvosával is — az ellenkezőt elhítenni. Ezen körülményt határozottan hangsúlyoznom kell már azért is, mert a szerzők legnagyobb része, a kik melleleg az ilyen fájdalmakról megemlékeznek, a bántalom jellegzéseképpen hozzák fel, hogy a betegek könnyen befolyásolhatók és figyelmüket elterelve, elfelejtik panaszait. Nincs makacsabb bántalom ennél s a lehetetlenséggel határos a beteget panaszaitól eltéríteni. *Blocq* méltán mondja ezen fájdalmakat *érzési fix-képek*-nek, a fix-ideák mintájára.

Épen a befolyásolhatóság ezen hiánya sodorja ezen beteget veszedelmükbe s ezen közleményemnek főcélja volna az, hogy azon veszedelemre, a mely az orvosi kezelés révén háram-

lik e betegekre, felhívjam kartársaim figyelmét. A betegek ezen csoportjának egészen különleges kezelési szükséglete van. Tanácsainkat csak úgy fogadja el, ha azokat paraesthesiáival összeegyeztetheti; ezen meghatározott irányú sebészi beavatkozás, a melyet azután a beteg véleménye szerint sohasem végeztek alaposan el, mert másképp meggyógyult volna, okozza, hogy egyik orvostól a másikhoz fordul és úgyve állandó kínlásától s behatóbbnak érezvén a sebészi kezeléseket: bizalmát a műszerekkel dolgozó kartársainkba helyezi első sorban. Az egyik beteg vándorol egyik fogorvostól a másikig, azt, a ki meg nem operálja azonnal, elhagyja s ilyen módon elképzelhetetlen mutilálásokat veti magát alá. Valóban tanulságos *Galippe*-nek *Charcot*-val együtt észlelt egyik esete, a melyben egy nagyon szép fogsorral bíró nő kétségtelenül ilyen természetű neuralgiát kapott egyik kissé hibás fogának plombálása alkalmával. A fagon semmi gyuladós tünet ugyan nem volt, de csakhamar egy másik orvos kezébe került a beteg, a ki kivette a tömést s újat tett helyébe, majd ismét másik fogorvos lereszelt fogaiból egyes részeket, ezután ismét egy fogorvos kihúzott egy még teljesen ép fogat és visszaültette újra helyébe, a mi sikertült is, majd villamozta fogsorát; miután fájdalmai ily módon sem szüntek meg, csakhamar más jóhírű fogorvoshoz ment, a ki változatosság kedvéért újra kihúzta a már előbb visszültetett fogát. Ekkor már öngyilkossági gondolatok támadtak a betegben s idegorvosi kezelésbe helyeztetett, a midőn állapota megjavult. Még tanulságosabb egy másik esete ezen szerzőnek, a melyben nem is fájdalom, csak a fogaknak a korral járó elváltozása volt kiindulási pontja a következő kezeléseknél. A beteg nő eleinte egy-két kiesett foga helyébe vendégfogat helyeztetett, de azokkal nem tudott megbarátkozni, a miért is minduntalan más és más fogorvost keresett fel (néhány napon 2—3-at is) és csakhamar nagy gyűjteménye volt oly vendégfogakból, a melyek őt nem elégítették ki. A sok próbálgatás alatt — a mi valóságos mániájává vált — lassanként fogsorainak szétnyitása mind lassabban ment: valahányszor ki akarta nyitni száját, rágó izmaiban heves összehúzóadás állott be. Ekkor új útrakelt a beteg s a fogorvosoktól oly fogbetétet kért, a mely szétnyitja a száját. Nemsokára ezen készülékekből is nagy gyűjteménye támadt, de szájzáródása annál hevesebben állott be, minél erősebb rugókat alkalmaztak. *Galippe* ekkor látta először a beteget s sanatoriumi kúrát ajánlott, de a beteg e helyett tovább folytatta vándorlását a fogorvosoknál. Egyike a legkiválóbbaknak ekkor narcosisban kihúzta 20 meglevő fogát egyszerre s teljesen új fogsort készített számára. Semmi eredmény! A hekatomba hiában való volt! A lenyomat készítéséhez is narcotizálni kellett a beteget. A teljesen kimerült, eltorzított s most még inkább állkapcsaira gondoló beteg úgy látszik ekkor megszabadult a fogorvosoktól s a massálók kezébe került, a kik massetereit gyúrták nem több sikerrel. *Galippe*¹ ezen eseteket *obsession dentaire* ezímen írja le.

Hasonló, hiában való, sőt egyenesen káros operálásokat az álneuralgiának más testrészen localizált alakjaiban is találunk. A trigeminusnak egyes ágait, mint már fentebb is jeleztem, ki-tépték elsőrangú sebészek, a könnymirigyét kiirtotta egy világhírű szemorvos. Hát még a fül-, gége- és orrszakorvosok mennyit szúrtak, égettek és vágtak hiába! A húgyeső is egyike ezen veszedelmes tereknek, a hol nemcsak a neurastheniás, hanem a tabeszes betegek is vesztükre kezeltetnek. A nyálkahártyák mindig duzzadtak, mindig kissé hurutosak, az utak gyakran szűkek, és a beteg szívesen engedi magát operálni! Szerencsére nem minden specialista esik ezen túlzásokba, de mentségül azt is el kell ismer-nünk, hogy ezen neurastheniás bajok még az idegorvosok előtt sem eléggé ismertek.

Benda egy betegének, a kinek traumás hydrocele után maradt vissza kétségtelenül ilyen neurastheniás alapon heves herefájása, heréit távolította el s ezek esonkítása után is a fájdalmak változatlanul fenmaradtak, míg végre a beteg észrevette, hogy egyszerű pelotta nyomásával eltüntetheti a fájdalmat. Ezen csoportba tartozik az az eset is, a melyet *Donath* és *Hüllt*² közölték. A 23 éves beteg fejtraumák után nyolcz éves kora óta nyaranta dél-

¹ Archives de neurologie, 1891.

² Orvosi Hetilap, 1899. 102. l.

előtt nyolcz óraker kezdődő s délután kettőig tartó baloldali fej-fájásban szenvedett (neurasthenia!). Egy kankós heregyuladás után fájdalmasság maradt vissza bal heréjében. Több sikertelen kezelés után *Hüll* a *n. spermaticus externus*-ból 6–7 cm.-nyi darabot kimetszett. Egy hónapig ugyan szünetelt a fájdalom, de azután ismét hevesen kiújult.

Számos példát lehetne még felhozni a sebészi eljárások sikerelenségének kimutatására ezen esetekben; talán előfordul egyszermászor, hogy egyes, igen kivételes, esetekben az operálás olyan nagy suggerálásként hat a betegre, hogy átmenetileg vagy állandóan is meggyógyítja, de ez utóbbi a legritkább eset lehet, mert erre példát sem az irodalomban, sem az életből nem tudok; viszont minden elfogulatlanul ítélő ideg orvos emlékeztetik helyrehozhatatlanul káros eredményre, a melyet sebészi vagy egyéb helybeli kezelés előidézett. Nagyon tanulságos analogia gyanánt hozhatnám fel a *torticollis izomgöresös* alakját — a mely, a mint azt már egyszer kifejtettem³ — mindig neurastheniás göres (*torticollis mental*), és ennek megfelelőleg azon, csaknem massakrálás számba menő műtétek, a melyeknek az *accessorius*, a *cervicalis* idegágak, az inak, az izmok gyakran egy betegen estek áldozatul, a legtöbbször semmit sem használnak, a görcs mégis beáll, csak más izomesoportban, az eredmény pedig igen kiterjedt roncsolás. Ezért próbálnak meg sebészek ezen bajban oly sokféle műtétet s néha igen furfangosakat s a meg nem gyógyult esetekről azt hiszik, hogy nem operálták meg elég alaposan.

A sebészetnek érdeke is követeli, hogy az esetek megvalósításában óvatosak legyünk. *Friedrich*² újabban leirt egy esetet, a melyben a *gangl. Gasserinek* eltávolítása után kiújult a fájdalom az arcidegek területén. A kórtörténetből nehéz ugyan megítélni az esetet, hiányzanak azon jelek, a melyekből a már előzetesen négy ízben operált betegen a *trigeminus valódi neuralgiáját* biztosan meg lehetne állapítani, de az ellenkező irányban sem találunk elégséges adatot, ha csak a nyakon a *proc. spinosusok* nyomásra való érzékenységét, a fájdalmaknak nem rohamokban támadó (371 l.), hanem állandóan, egyenletesen gyötrő voltát s egy külön rajzon nyilas vonalak képében — a valódi idegpályáknak meg nem felelő irányokban — feltüntetett elhúzódsát, sőt még a túlsó oldalra való átterjedését nem tekintjük elégséges jelnek a neurastheniás neuralgia körjelzésére. Ezen alapon teljesen érthetővé válik, hogy a műtét az általános nagy behatástól eltekintve a fájdalmakra úgyszólván semmi befolyással nem volt s nem is lehetett. Ezen eset tehát nem dönti meg a *Gasser-dűcz* eltávolításának végleges sikerét a valódi *quintus-neuralgia* eseteiben. Már *Thiersch* klinikájáról is közölték azon tapasztalatot, hogy a másik oldalra is áthúzódó *trigeminus neuralgia* hálátlan tárgya az operálásnak.

Persze, ha az érem másik oldalára tekintünk, be kell valanunk, hogy a belorvosi módszerek sem adnak sokkal több eredményt ezen bajban. Ennek azonban egyik oka abban rejlik, hogy az ilyen betegek a legnagyobb operálásra is rávehető, rendszeres sanatoriumi kezelésre azonban csak igen ritkán s többnyire akkor, a midőn a sok és csaknem kivétel nélkül vállalkozott sebész, fogász és más szakorvos helybeli kezeléssel szentesítette a beteg téves gondolatát.

A betegek érdekében kell a belorvostan számára reklamálnunk ezen betegeket és lehetőleg el kell kerülni a helybeli kezelést, csakis kellően kiszabott, az egyén állapotához mért általános orvoslással lehet sikert remélni ezen szerencsétlen bántalomban.

Közlemény a m. kir. tud. egyetem II. sz. belkóródájáról. (Igazgató: Kétly Károly tanár.)

Az eupyryn, basicin és rhizoma scopoliae carniolicae-ról szerzett klinikai tapasztalatok.

Irta: *Kétly László* dr., I. tanársegéd.

(Folytatás.)

IV. Sz. F. 21 éves férfi; diagnózis: typhus abdominalis.
1901. aug. 20.-án d. u. 8 óraker, hő 38.8, kap 1.0 gm. eupyrint
10 " " 37.6
12 " " 37.2

¹ Belgyógyászat kézikönyve, VI., 153.

² D. Zeitschrift für Chirurgie, 52. k. 1899. 366. l.

V. K. K. 26 éves férfi. Tuberc. pulmon.
1901. aug. 13.-án d. u. 4 óraker 38.6, kap 1.5 gm. eupyrint
6 " " 38.5
8 " " 37.6
aug. 11.-én d. u. 2 " 39.3, kap 1.5 gm. eupyrint
3 " " 38.3
4 " " 37.3

VI. K. M. 16 éves nő; diagn.: typhus abdominalis.
Október 5.-én d. u. 2 óraker 39.1, kap 1.0 gm. eupyrint
3 " " 37.7
4 " " 37.8
5 " " 37.6
Október 8.-án d. u. 4 " 39.2, kap 1.0 gm. eupyrint
5 " " 38.7
6 " " 37.8
8 " " 37.6
10 " " 37.4
12 " " 37.6
Október 9.-én d. u. 4 " 39.1, kap 1.0 gm. eupyrint
5 " " 38.5
6 " " 38.0
8 " " 37.6
10 " " 37.4

VII. F. Gy.-né 27 éves; diagn.: typhus abdominalis.
1901. szept. 10.-én d. u. 6 óraker 39.8, kap fürdőt, utána 37.8
8 " " 39.5, kap 1.0 gm. eupyrint
9 " " 39.9
10 " " 38.6
Szept. 15.-én d. u. 2 óraker 39.8, kap fürdőt, utána 38.0
4 " " 39.8, kap 1.5 gm. eupyrint
5 " " 39.5
6 " " 38.4
Szept. 17.-én d. e. 4 " 39.8, kap 1.5 gm. eupyrint
5 " " 38.3
6 " " 38.4
7 " " 38.2

VIII. T. K. 16 éves nő; diagn.: typhus abdominalis.
1901. okt. 6.-án d. u. 2 óraker 39.3, kap 1.0 gm. eupyrint
3 " " 38.6
4 " " 37.8
6 " " 37.2
8 " " 36.8.

Mint a II., III. és VII. kórtörténetből látható, az ezen esetekben az eupyrinttal felváltva alkalmazott protrahált langyos fürdők hatása az eupyryn-éval egyáltalában nem versenyezhet, mert e fürdők, után, noha a hő 1.0–2.0 fokkal leszállították, már 1/2–1 óra múlva a láz ismét az előbbi fokot érte el.

Overlach-nak azon észleletét azonban, hogy az eupyryn stimulozó hatásánál fogva más antipyreticumokkal szemben, akár egészséges, akár beteg embernél nagyobb euphoriát idézne elő, nem erősíthetem meg, ezt egy esetben sem észleltem.

Antineuralgikus hatását *Overlach* is tagadván, ez irányban a szert nem is vizsgáltam.

Mindezek alapján az eupyrint mint egy igen biztos hatású, ártalmatlan, kellemetlen mellékhatásokat nem okozó antipyreticumot ajánlhatni; főképp acut lázas betegségeknel, mint pl. a typhus abdominalisnál alkalmazható sikerrel és a versenyt az eddigi ismeretes szerekkel, mint a lactophenin, phenacetin stb. kiállja, sőt némely esetben ezeknél biztosabban hat. A tüdővészések lázánál ellenben nem minden esetben hat elég erőlyesen és ez esetekben tapasztalaim szerint különösen a pyramidonnal nem versenyezhet.

Adagolása legalkalmasabban ostyában vagy a nélkül is történhetik. Pro dosi 1.0–2.0 gm.-ot, pro die 4.0–6.0 gm.-ot is adhatunk.

Irodalom. 1. *Jendrassik E.*: Kell-e orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan? Orvosi Hetilap. 1901. 11. sz. — 2. *Overlach*: Zur Kenntniss einiger neuer Arzneimittel. Centralbl. f. inn. Med. 1900. 45. szám. — 3. *Grasset és Rouillès*: Action physiologique de la vanilline. Les nouveaux remèdes, 1885. jun. 15. — 4. *Mahnert*: Über Phenacetin vom klinischen und physiologischen Standpunkte. Deutsche med. Wochenschrift. 1888. 50–51. sz. — 5. *O. Porges*: Über Eupyryn. Wien. med. Blätter. 1901. 17. sz.

II. Basicin.

Újabban a *Schröder* és *Krämer*-gyár (Hamburg) egy „Basicin“-nek nevezett szert hozott forgalomba, melyről azt írja, hogy eredménynyel alkalmazható migrain, influenza, rheumatismus, malaria, köszvény ellen és mindazon eseteknél, a hol coffein vagy chinin indicált. A basicin továbbá megnyugtató hatásánál fogva az opium alkaloidjait is nélkülözhetővé tenné. Neuralgiáknál 1.0 gm.

chinint 0.3 gm. basicin hatás és a hatás tartama tekintetében felülmúlta.

A basicint *Kreidmann*¹ állította elő és tőle ered az első tudományos közlemény. Ő, miután a chininnek oldható és bőr alá fecskendőre alkalmas praeparatumai részben gyenge hatásuknál fogva (pl. chinin. muriat. carbamidatum), részben a szívre való veszélyes hatásuk miatt (pl. chinopyrin), nem váltak be, már régóta igyekezett alkalmas szert előállítani; végre sikerült neki a chinin és coffein egyesítésével egy vízben teljesen oldható praeparatumot nyerni, melyet „basicin“-nek nevez. Ez körülbelül 2 rész chinint és egy rész coffeint tartalmaz. Vizes oldata (1:1) szobahőmérséknél sokáig eltartható változatlanul. Az oldat sem alkáliákat, sem savakat, sem carbolt nem tűr meg. Az alkaloidák közül: atropin, scopolamin, pilocarpin, eserin és strychnin épen oly mennyiségeit tűri meg a basicin-oldat, a mennyi a gyógyszerintan szerint gyógyezelokra szükséges. A praeparatumnak értéke épen az alkaloidakkal való vegyülési képességén alapul. Így számos szerrel kombinálva (pl. berberin, secale cornutum, sarsaparilla, vas, arsen, narcoticus extractumok stb.) a basicin-oldat mint specifikus növényi antitoxin alkalmazható. Szerinte a basicin kombinációk per os, subcutan vagy bőrbe dörzsölve nyújthatók. Bőrbe dörzsölés czéljából a basicint alkoholban és chloroformban oldva kell rendelni, mert zsírban nem oldódik.

Szerinte a tüdőtuberculosis és elmebetegségek kivételével, minden bajnál rendelhető.

*Kreidmann*² hogy a szer ártalmatlanságát hosszas alkalmazás esetén is bizonyítsa, 17 éven át naponta 0.5—1.0 gm. basicint szedett és soha a legkisebb kellemetlenséget sem tapasztalta. Toxikus maximalis dosist embernél nem állapíthatott meg. A legjobban ható adagnak 0.5 gm.-ot pro dosi és 1.0—2.0 gm.-ot pro die talált. Antipyretikus hatását illetőleg azt írja, hogy 0.5 gm.-nyi adag bőr alá fecskendezve még 40° C. fölötti lázat is jól leszállít és 24 órára ez adag elegendő.

Atropinos oldatát pedig a morphin helyett számos esetben sikerrel alkalmazta.

Szerinte a basicin, chinin és coffein keverékével nem helyettesíthető, mert egy önálló chemiai vegyületet képez, a mi az olvadási pontokból is kiderül, ugyanis a chininé 198° C., a coffeiné 225° C., a basiciné 125° C. A legfőbb különbség azonban a hatásban mutatkozik, mert ott, hol pl. 1.0 gm. chininre van szükség, ott már 0.30 gm. basicin, hol pl. 0.60 gm. coffeinra volna szükség, ott már 0.20 gm. basicin elegendő, hogy ép oly jó hatást fejtsen ki.

Később *Goldmann*³ közölte tapasztalatait a basicinról, ő is növényi antitoxinnak tekinti és mint antipyreticumot jó eredménnyel használta influenzánál. Szerinte a basicin a malaria különböző alakjainál, mint specficum, a chinint is felülmúlta. Jó hatását látta továbbá erysipelasnál, scarlatinánál és más bajoknál.

Mint fájdalomcsillapítót is kiválóan tartja a basicint s e czélból basicin-atropinoldatot alkalmazott bőr alá tabesnél, ischiásnál és egyéb neuralgiáknál. Bőrbedörzsölésre a basicin-olajat alkalmazta, mely készen kapható (Basicini 5.0, Chloroformii 37.5, Alkohol 12.5. Ol. oliv. optimi 45.0).

Miután a közlemények szerint a basicin majdnem 3-szor oly erősen hat, mint a chinin vagy coffein és így azoknak ártalmas hatása is kevésbé érvényesül, mi is kipróbáltuk e szert, de egyelőre csak fájdalomcsillapító hatását illetőleg neuralgiáknál; kiindulva abból, hogy ily neuralgiás fájdalmaknál a chinin nagy adagjai akár tisztán, akár egyéb fájdalomcsillapító szerekkel kombinálva sokszor feltűnő hatást fejtenek ki: ez alapon várható volt, hogy a chininből és coffeinből álló basicin, miután a chinin-nél állítólag 3-szor oly erősen hat, akár tisztán, akár más fájdalomcsillapító szerekkel együtt alkalmazva, annál még erősebb hatást fog kifejteni; és ennek folytán előnye a chininnel szemben az is, hogy nem okozza annak kellemetlen és alkalmazását néha lehetlenné tevő tüneteit. Ennek oka valószínűleg ugyan abban keresendő, hogy a basicin alakban alkalmazott chininnek hatásos dosisa kisebb, mint a tiszta chininé, de talán az ok abban is rejlik, hogy a basicin, mint önálló chemiai vegyület, a chininnek oly alakját képezi, mely kellemetlen mellékhatásokat nem okoz. A basicint azért is siettünk mint antineuralgicumot próbálni ki első sorban, mert hisz minden gyakorló orvos előtt ismeretes,

hogy a fájdalomcsillapító szerek mily sokaságára van szükség; mert egy-egy szer rendszeren csak rövid ideig fejt ki hatást és csakhamar egy másikhoz kell fordulni; és így minden újabb jó fájdalomcsillapító szert örömmel kell üdvözlönnünk.

A basicint mi 30 fekvő betegen alkalmaztuk, még pedig 6 trigeminus neuralgiánál, 7 ischiásnál, 6 tabesnél, 1 polyneuritis alkoholicánál, 2 aneurysma aortaenál, 4 tumor cerebrinél, 3 cephalalgia nervosánál, 1 anaemia pernicioza mellett fellépett cephalalgianál.

Mindezen esetekben a basicint por alakban, 0.5 gm.-os dosisokban alkalmaztuk és mindig egyéb fájdalomcsillapító szerekkel ugyanoly dosisban kombinálva. Még pedig azért, mert tapasztalatunk szerint a chinin is jobban hat más szerekkel együttesen, mint tisztán alkalmazva fájdalomcsillapítás czéljából.

Tapasztalataink szerint a basicinnek citrophennel való kombinált adagolása volt legbiztosabb hatású. De több esetünkben phenacetinnel, antifebrinnel vagy antipyrinnel adva a basicint, szintén biztos hatást értünk el.

És hogy e hatásban csakugyan a basicinnek tudandó be az érdem, mutatta az, hogy ha eseteinkben csak citrophent vagy csak antipyrin, phenacetint, antifebrint stb. adtunk, ezek a fájdalmakat vagy egyáltalában nem, vagy csak kisebb mértékben és kevésbé tartósan csillapították. Ugyancsak, ha tisztán csak basicint adtunk, a hatás sok esetben szintén kevésbé, vagy csak rövidebb ideig mutatkozott. A legfeltűnőbb eredményeket acut és chronikus trigeminus neuralgiáknál láttuk, hol a beteget sokszor már hónapok óta gyötrő, kínzó fájdalmak, melyek az eddig ismeretes fájdalomcsillapító szerekre egyáltalán nem engedtek, basicin és citrophen aa 0.5 gm. adagolására hirtelen megszűntek. Egyes esetekben egy ily adag is elegendő volt egy napra, más esetekben 2—4 ily adagra volt szükség, de a fájdalmak mindig teljesen szűneteltek. Ugyancsak kiváló hatását láttuk a basicin és citrophen kombinált adagolásának tabesekékinő fájdalmainál, hol sokszor sikerült a fájdalmakat hosszú időre csillapítani e szerrel, midőn a többi antineuralgicumok már cserben hagytak. Tabesekéknél néha naponként 5—6-szor is adtuk a fent említett adagot.

A basicin tehát e kiváló hatásánál fogva a tabesekéknél azért bir nagy értékkel, mert általa hosszú időre elodázhatjuk a morphinium használatát.

Ischiásos eseteinknél is sokszor valóságos áldás volt a basicin alkalmazása a betegeknek nézve, mert az addig mindenféle szerrel és eljárással daczoló fájdalmaik enyhültek, sőt sokszor teljesen megszűntek.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A coxa vara-nak nevezett kórkép ismertetése.

Közlő: *Kopits Jenő* dr. műtőorvos.

(Vége.)

Hátra van még, hogy szóljunk a coxa vara gyógyításáról, mely három irányban oszlik meg: 1. az alabántalom gyógyítása, 2. az elgörbülést létrehozó oki momentum megszüntetése, 3. a már létrejött deformitás javítása.

Az alabántalom helyes gyógykezelését azon kórfolyamat szerint kell megválasztani, a mely az elgörbülést feltételezi. Sajnos, a coxa vara egyik legelterjedtebb neme, a coxa vara adolescentium ellen sem praeventiv intézkedéseket nem tehetünk, sem a már constatált bajnál a csomonyak csontszövetében feltételezett lágyulási folyamatot nem áll modunkban gyógykezelnünk, mert lényegében azt nem ismerjük.

Az elgörbülést közvetlenül okozó káros hatvány megszüntetésére kell törekedni, a mint a baj constatálva van. Az irodalomban közölt számos eset és kórtörténet elég biztató támpontot nyújt arra, hogy a kellő időben diagnostizált coxa vara helyes eljárások alkalmazása mellett nem fejlődött ki annyira, hogy teljes izületi merevséget vagy munkaképtelenséget okozott volna.

Miután az elgörbülést közvetlenül a testsúlynak a csontlágyulási folyamatban szenvedő czombnyakra történt állandó nyomása okozza, első sorban arra kell törekedni, hogy e nyomás megszűnjék, a mit az által érünk el legegyszerűbben, hogy a beteget lefektetjük. A fekvéssel egybekötve, ha distractiot is alkalmazunk, úgy a czombnyak correctioját is czélozzuk és a rögzítést tökéletesebbé tesszük. *Bayer* egy esetében 4 heti extensio gyógykezelésre a magas álló trochanter lejjebb szállott és a realis rövidülés a végtagon kevesebb lett. Alkalmazásba jöhetnek még e czélra a különféle tehermentesítő gépek. Enyhébb esetekben elegendő mérvben könnyítünk a czombnyak terhén, ha az addig súlyos álló munkát végző munkással könnyebb foglalkozást választatunk.

Okvetlenül ágynyugalmat igényel a Hofmeister által coxa vara contractának nevezett állapot; nyugalomra és distractiora a fájdalmak engednek, bár néha a beteg hetekig s hónapokig kénytelen az ágyat őrizni.

A tehermentesítéssel párhuzamosan, lényegesen hozzájárul az ízület functiojának javításához a massage és helyesen végzett gymnastika. Mindkettőnek arra kell szolgálni, hogy a végtag kiterő képességét abductio és befelé rotatio irányában növelje. *Alsberg* e czélra különösen a gluteusok masszálását tartja fontosnak. A trochanter magasabb állása következtében ugyanis a gluteusok tapadási pontjai eredési pontjukhoz közeledtek, miáltal azok sokat vesztek abducáló erejükből. A massagenak ezenkívül ki kell terjedni a czomb összes izomzatára. A gymnastikával passive kell terjesztetni az aetiv mozgás határát, hogy egyrészt az adductorok nutritiv zsugorodásának elejét vegyünk, másrészt e gyakorlatokkal a czombfejes ízületi felületét nagyobbítjuk, miáltal az irányszöveget növeljük. E conservativ kezeléssel képesek vagyunk a betegnek subjectiv panaszait megszüntetni, valamint functionalis javulást is létrehozni, a mennyiben a végtag mozgásának a korlátozását a lágyrészek ellentállása okozza; az anatómiai viszonyok változását, nevezetesen a czombnyak lefelé görbülését azonban nem változtatjuk meg.

Legtöbb esetben a sok türelmet és fáradságot igénylő conservativ kezelés nem vétetik megfelelő intensitással igénybe s ilyenkor az elgörbülés fokozódik, az ízület functioja elé nagy akadályokat gördítve.

Ilyen súlyosabb esetekben műtéti eljárások vétettek igénybe. A műtételek részben tenotomiákból állottak, melyekkel a nutritiv zsugorodásokból származó akadályokat igyekeztek megszüntetni, részben magát a csontot támadták meg. Ez osteotomiák egy része a czombnyak megváltozott alakját akarja megszüntetni s annak a normalist megközelítő alakot adni, más része azonban a czombnyaktól távolabb végezve, a végtag állását és ez által functioját akarja javítani.

Magán a czombnyakon *Kraske* ékkivésést végzett olyképen, hogy az éknek a basisa előre és felfelé nézett. A műtét a czombnyak alakjának a megváltozását czélozza. *Kraske* műtétei eredményével meg volt elégedve, a *Bruns* klinikán és *Nasse* által végzett műtétek azonban oly súlyos complicatiókkal voltak egybekötve, hogy a beteg élete hónapokon át veszélyben forgott s meggyógyulva, állapotán alig volt észlelhető némi javulás. A műtét azonkívül ritka esetben alkalmas, sokszor kivihetetlen aképen, hogy extraarticularisan történjék. Rövid lefelé kunkorodó czombnyaknál kiszámíthatatlan, hogy az ék alsó része az ízületbe hatol-e vagy nem és az ék eltávolítása után az anyagvesztés akkora, hogy czombnyak alig marad. Hofmeister nagyon súlyos beavatkozásnak tartja a műtétet, mely eredményében semmi esetre sem ér fel a bekövetkező veszélyekkel és alkalmazása nem engedhető meg egy oly betegségből származott deformitáznál, mely magában semmi veszélyt nem rejt, csak a végtag functioját akadályozza.

Rationalisabbnak látszik a *Büding* által ajánlott *linearis osteotomia* a czombnyakon, melyet módosításokkal végzett *Lauenstein* és *Hofmeister* is a czombnyak különböző helyein. A műtét a czombnyak vonalszerű átvésésében áll csonteltávolítás nélkül. Az átvésés után a végtag a megfelelő abductioban lesz beállítva, miáltal az átvésés helyén egy ékalakú hézag támad, mely éknek a basisa le- és hátrafelé néz; e hézag a gyógyulás folyamán callussal lesz kitöltve. Az átvésés végezhető bárhol a nyakon, de okvetlenül a kis trochanter felett. Az ízületmegnyitás veszélye itt

sines teljesen kizárva. Hofmeister ez okból minél távolabb a czombnyakon ajánlja az osteotomia végzését *osteotomia intertrochanterica* alakjában, midőn az átvésés magán a nagy trochanteren kezdődik és a kis trochanter felett vonul át. Az átvésés e módjánál a nyak a czombsontról teljesen leválasztatik. Előnye e műtétnek az ékkivésés felett, hogy a nyak rotatiojából származó deformitáson is javíthatunk.

Henle az 1899-diki berlini sebész congressuson említette fel *Mikulicz* 3-4 esetét, midőn úgy sikerült functionalis javulást létrehozni, hogy a megtörtetés helyén levő csontélt, mely az acetabulum szélén direct mozgási akadályt képezett, levészte.

Egyik műtéti modornál sem érhető el azonban teljes functionalis eredmény, sőt rendszeren nagyon csekély a javulás, mert a fejecsen már nagyon is súlyos másodlagos elváltozások jönnek létre, melyek gátlólag hatnak az ízület működésére akkor is, ha a czombnyak alakján és irányán változtattunk. Nem szabad tehát vérmes reményeket kötnünk a műtéthez és többet várni tőle, mint azt a javulást, a mit a végtag állásának a correctioja ad. E felfogásból kiindulva, ajánlja Hofmeister és utána *Alsberg* az *osteotomia subtrochantericát*, mely műtét nagyon alkalmas a végtag állásának a correctiojára, a nélkül, hogy bármily veszélyt rejtene magában, ha a kellő óvatossággal végeztetik. *Hoffa*, hogy a végtag rövidülését is corrigálja, az átvésést nem harántúl, hanem ferdén végzi, a midőn distractio mellett az átvésést felületek egymás felett hosszirányban elcsúszthatók. E műtét nem vindicálja magának a radicalis jelleget, sőt igaz *Kraske* azon állítása is, midőn azt mondja, hogy az osteotomia subtrochantericával csak az egyik deformitást compenzáljuk egy másikkal, de mégis legtöbb esetben elérünk vele annyit, mint a czombnyakon végzett úgynevezett radicalis műtétekkel.

Meg kell említeni még a *csipőizületi resectiot* a legsúlyosabb esetek számára, a hol teljes ankylosis van jelen és a czombnyak alaktalanná vált, úgyszólván eltűnt és a fejecsesel együtt egy alakatlan tömeget képez.

Eseteink közül az első esetben a conservativ gyógyítás mellett maradtunk, mert a végtag adductioja nem volt oly nagyfokú, hogy műtéti beavatkozás szükségét indicálnak láttuk volna. A beteget mezei munkától eltiltottuk s ülőfoglalkozást ajánlottunk neki, ezenkívül hozzátartozóit a végtag masszálására és a szükséges gymnastikára betanítottuk. Ily eljárással reméljük, hogy megakadályozhatjuk a deformitás rosszabbodását. A 2. és 3. esetünkben a végtag adductioja oly nagyfokú volt, hogy járásnál erős akadályt képezett, e miatt ajánlottuk a végtag állásának a correctioját osteotomia subtrochantericával, a betegek azonban a műtétbe nem egyeztek bele. A 4-dik esetünkben a gyógyítást a beteg lábainak a redressálásán kezdtük, míg csipőizülete jelenleg az ismertett conservativ gyógyítás alatt áll.

Befejezve előadásomat, kedves kötelességemnek tartom még, hogy köszönetemet fejezzem ki nagyrabecsült mesteremnek, *Dollinger* tanár úrnak a tanulságos esetek ismertetésének szíves átengedéséért.

Irodalom: 1. Müller: Ueber die Verbiegung des Schenkelhalses im Wachstumsalter. Beitr. z. klin. Chir. IV. 137. 1. — 2. Lauenstein: Bemerkungen zu dem Neigungswinkel des Schenkelhalses. Archiv für klin. Chir. XL. 1. 244. 1. — 3. Müller: Zur Coxa vara. Deutsche Zeitschrift f. Chir. XLII. 505. 1. — 4. Kocher: Ueber Coxa vara, eine Berufskrankheit der Wachstumsperiode. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXLIII. — 5. Kocher: Zusatz zu den Bemerkungen des Herr Dr. Müller. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLII. 508. sz. — 6. Hofmeister: Coxa vara. Eine typische Form der Schenkelhalsverbiegung. Beitr. z. klin. Chirurg. XII. 245. 1. — 7. Hofmeister: Zur Pathologie und Therapie der Coxa vara. Beitr. zur klin. Chir. XXI. 299. 1. — 8. Kocher: Zur Coxa vara. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XL. 411. 1. — 9. Alsberg: Anatomische und klinische Betrachtungen über Coxa vara. Zeitschr. f. orthop. Chir. VI. 1. füzet. — 10. de Quervain: De la „coxa vara“. Semaine médicale. 1898. 6. sz. — 11. Sudeck: Zur Anatomie und Aetiologie der Coxa vara adol. Verhandlung der deutschen Gesellschaft f. Chir. 1899. 381. 1. — 12. Sprengel: Ueber einen operirten und einen nicht operirten Fall von Coxa vara traumatica. Verhandlung der deutsch. Ges. f. Chir. 1899. 624. 1. — 13. Albert: Zur Lehre von der sogenannten Coxa vara und Coxa valga. Wien, 1899. Alfred Hölder. — 14. Max Wagner: Die Coxa vara. Eine zusammenfassende Betrachtung über den heutigen Stand dieser Frage. Zeitschr. für orthoped. Chir. VIII. 2. füzet.

T Á R C Z A.

Az énekhang és énekművészet physiologiája.

(Folytatás.)

Az énekhangszerv játéka vagy technikája különösen az által nyer még nehézséget, hogy az egész megtanulás és az egész productio izomérzéken alapszik. Az énekes semmit sem lát a gépezetből, mindent az izomérzése tesz ki.

Igaz ugyan, hogy az akarat impulsus megszokott idegpályákon megy át, a midőn a megfelelő izomrostokat felkeresi, és a zongorajátékosnak, valamint a hegedűsnek játéka is majdnem gépiesen történik; nem először megfigyelés és felismerés, esetleges meggondolás és akkor az akarat innerválása folytán, hanem az egészen megfeszített figyelem csak mintegy lesben áll, hogy vajjon minden rendben megy-e, helyesen találja-e meg az impulsus a megszokott és begyakorolt idegpályákat; de mégis ezek az instrumentumot látják. A zongorásra nézve nagy előny, hogy a billentyűket láthatja, bár többnyire nincsen is ideje ahhoz, hogy azok közül válogasson, és ha melléje ütött is, már későn veszi észre. A hegedűn még nehezebben állanak a dolgok, itt újjainak szabatos elhelyezésével maga készíti a hangot a művész, de legalább szemével is bírja ellenőrizni a távolságokat és segítségére van a 4 készen levő hang. Az emberi hangszervben mindent, légnymást és hangképzést az izomérés szabályoz, a fokozatok pedig a hangszalagok izmaiban a milliméterek tizedeiben, sőt még kisebb méreteken játszódnak le.

A hangszerv tehát igen nehéz instrumentum, és hogy énekelni mégis 3 év alatt szépen meg lehet tanulni, az onnan magyarázható, hogy ezen izomérzést jó részben már életünk kezdete óta szoktuk megismerni és folytonos tapasztalással biztosabban megtanulni; ha a gyermek nem kezdené már első életévében hangszervét próbálgatni, ha nem volnánk folyton hangszervünkre utalva, akkor nem tanulnók meg legalább nagyjában ismerni azon izomérzést, a mely minden helyes hangbeállítás-hoz szükséges. Mivel úgy a rendes szóbeszéd, a mely szintén néhány középhangban mozog, valamint az egyszerűbb dalok, melyeket mindenki énekel, kinek hangszerve énekre kissé képesebb, felkeltették már az izomérzést; azért a művészi kiképzéshez a hangszervnek már oly nagy előgyakorlata van meg, a minőről más instrumentális zenénél szó nem lehet.

Azért az énekképzés bonyolódott hangfógaival és futamaival még nagyon sok tanulást követel meg, és a befejezett művészethez és kiképzett hanghoz 10 évi gyakorlás szokott szükséges lenni. Csak a 30-dik életév után szoktak úgy nők, mint férfiak művészetük tetőfokára elérkezni.

De nemcsak a gyakorlásra mulik, hanem zenetehetség is kell; elvégre a hangszerv nem oly instrumentum, melyet — mint a zongorát — elrontva másikkal lehet felesérelni, ezért tehát a gyakorlásnak határai vannak.

Könnyen és biztosan kell tanulni, nem pedig addig gyakorolni, míg a hangszerv megfájdul. Az énekgyakorlat vérbőséget okoz a gégeben és bizonyos idő múlva a pihenésnek kell jönnie, különben a gége hurutosá válik. Azon énekes, ki egy óra alatt annyit tanul meg, mint a másik 3 alatt, határozott előnyben van, mert itt nem lehet szorgalommal kiegyenlíteni a tehetség minusát, mint a többi hangszere.

Ez tehát ismét fontos kellék az énektanulásnál. Az énekművésznél a hangok az öntudatban hamar készen vannak, az emlékezés a hangok distantiájára és rhythmusára kitűnő, az öntudatban létező hangmagassághoz azonnal megtalálja a helyes beidegzést és az izomérzése perfekt, úgy a légzés hajtásában, valamint a hangrésben, még mielőtt a hangot megszólaltatja.

Miben áll az emberi hangszerv fölénye?

A zongorán egy kész hangot ütünk meg a billentyűvel, a melynek hullámai azután sem dagadni, sem apadni nem képesek, hanem mindinkább gyengülve elhangzanak; már a fuvó és vonós hangszereken a hangot erősebb fuvással és vonással tetszés szerint erősíthetjük és gyengíthetjük (das An- und Abschwellen des Tones), ugyanazon hanggal tehát többet alakíthatunk és fejezhetünk ki. Vonós hangszereken azonkívül a hangot csúsztatni lehet, a mire a többi kész hangokkal berendezett instrumentumok képtelenek, ezen lassankénti átmenet egy hangból a másikba szintén igen fontos zenei kellék.

Vonós hangszereken lehet továbbá leginkább érvényre juttatni a lökészerű hangokat (staccato) és a sima átmenetet (portamento). Vonós hangszereken a hang timbrejét is lehet módosítani (a mit organon mechanikai készülékek iparkodnak elérni) a szerint, hogy melyik húron képezzük az illető hangot, a mi a hangnak zenei szépségre oly fontos variatioját adja meg.

A vonós hangszereken ezen magasabban álló zenekellékeit bírja az emberi hangszerv is, a mi pedig rendkívüli beese, az a hang timbre-jének változtatása. Erre még fokozottabb mértékben képes, mint a hegedű (a különböző registerek képezésével) és a mire egy zeneinstrumentum sem képes, az abban áll, hogy a hangszerv saját resonatorait változtatni is képes, úgy hogy számtalan modulatioira képes. Másrészt meg kell engednünk, hogy az emberi hangszerv nem képes oly szédítő gyorsaságban hangfutamokat producálni, mint azt hegedűn vagy zongorán lehet, és nem képes két vagy több hangot egyszerre fogni.

Az énekhangregisterek. Egyike a legvitásabb fejezeteknek az énekphysiologiában; és pedig azon okból, mert énektanárok, kik a gége mechanizmust nem ismerik, másrészt physiologusok, kik a zenei részt nem kellőképen méltányolták és a kik egymást meg nem értették, működtek közre, hogy a registereket elnevezzék és hogy azok képezé-

sét megmagyarázzák. A kérdés egyébiránt nem is a legegyszerűbb. Mit nevezünk ugyanis registernek? Lényegében azonos színézetű hangok összefoglalását. Midőn azonban hangszínekről beszélünk, nyilván képletes kifejezéssel élünk, mert a színeket látni szoktuk, nem pedig hallani. Csakhogy, míg a látható színekről általánosan elfogadott megjelölések léteznek a köznyelvben, addig a hang sajátosságos színezéséről (Timbre, Klangfarbe), vagyis sajátosságos hangzási karakteréről nincsenek fogalmakat megjelölő elnevezések.

Pedig hallószervünk elég finoman észreveszi azokat; mindenki meg tudja különböztetni egymástól a fuvó, vonós és ütő hangszerek ugyanazon magasságú kótáit; sőt a különböző emberek hangjait.

Physikailag úgy áll a dolog, hogy a hanghullámok ugyanazon szaporasága, tehát ugyanazon számú rezgés megadja a hang magasságának észrevezését; de a hanghullámok különböző alakúak lehetnek, sőt a dobhártyánkat megütő hangok nem solitaer rezgések, hanem a hangadó testnek mineműségétől és az együttrezgő környezettől függő hanghullámok összessége, mely azonkívül még mellékzörejekkel is kevert. Az emberi hallószerv ezeket együttesen mint bizonyos kvalitással bíró hangot hozza az észrevezés öntudatára. Ezen észrevételünk szerint nemcsak a különböző emberek hangja más és más, de ugyanazon egyén hangja is alapszámban véve többféle kvalitással bír. Ilyen az is, midőn pl. valaki tettetett hangon beszél; más resonator is más gége mechanizmussal képezi a hangokat; és pedig vagy ugyanazon magasságú hangjait, vagy különböző kótákat.

Egy registerbe fogalom ugyanazon egyénnek hasonló alaptermészetű vagy kvalitású hangjait és mivel énekregisterről van szó, pusztán csak muzsikái értékű hangjait.

A szerint, a mint valakinek hallószerve érzékeny és megkülönböztetésekben pedans, a hangnak számos színezéseit fogja egymástól elütő karakterének meghallani és így nagyon sok osztályozást (registrálást) kívánni. Ezen eljárás szerint több-kevesebb register elnevezés kerülhet forgalomba (mint a hogyan került is), a mi nem volna célszerű, már azon okból sem, mert nem igen értenők meg egymást.

Tehát a registerek elnevezésénél eltekintünk az apróbb színárnyalatoktól, hanem csak a feltűnőbb kvalitási különbségeket vesszük tekintetbe.

Mint ilyen megkülönböztetés már régóta megvan a mellhang- és fejhang-register elnevezés. E két hangkvalitás feltűnően elüt egymástól. Tudvalevő, hogy ha valaki teljes erővel hangot ad, mellkasán a rezgéseket tapintással is lehet érezni (pectoral fremitus), sőt a rezgések közvetve, pl. székétképpen át is érezhetők, míg azonban magasabb hangok lágyabb éneklési módjánál a mellkasrezgések háttérbe lépnek és a fejcsontrezgések lesznek feltűnőbbek, a mi a mell- és fejhang megkülönböztetésére volt irányadó. Ezek különböző gége mechanizmussal képezetnek.

De a különböző szerzők másféle elnevezéseket is használnak; így mell- és falsethang, mell- és síphang (Fistelstimme), ehhez járul még a voix mixte-register, továbbá az úgynevezett Strohbass- és Kehlbass-register (Merkel), a mi ugyan nem volna baj, ha nem értenének alatta más és másféleképpen.

A mit pl. Fournié (Physiologie de la voix et de la parole, Paris, 1866) voix mixte elnevezéssel illet, az Merkel-nél és Rosbach-nál fejhang. Seiler asszonynál pedig (Altes und Neues über die Ausbildung des Gesanges. Leipzig. 1864) a fejhang egészen más valami, t. i. „die höchsten Töne der Fistelstimme, oder die über die Fistelstimme hinausreichenden“. Mások a voix mixte helyett mezza voce elnevezést használnak, a mi tulajdonképpen az éneklés módjára vonatkozik.

A legkülönbözőbb registerek leírása zenei szempontból megengedhető volna ugyan, mert hiszen — mint említve volt — a hangnak árnyalatait hallani kell és muzsikái hallás után kell és lehet csupán felismerni; de mivel a különböző registereknek a hangképzés megváltozott mechanizmusa szolgál alapul, a mely a hangnak alapszínét, kvalitását változtatja meg; azért a laryngologia szempontjából kell iparkodni egyöntetű és elfogadható elnevezésekre.

Hiszzen az énekművészek előtt sem ismeretlen az, hogy a gége mechanikája megváltozik, hogy bizonyos hangképzéssel jól tudnak a hanglétrán magasabb és magasabb kótát énekelni, de azután érzik, hogy más gége mechanizmus szükséges (sie müssten von Neuem einsetzen), tudniillik az énekes a hanglétrán emelkedve elérkezik oly pontig, hol a hangszalagpár feszességét már nem bírva fokozni, a hangrés rövidítéséhez folyamodik, hogy magasabb hangot producáljon (ez azonban még nem jelent mindig registerváltozást, hanem ugyanazon register scálájában is szükséges lehet).

Mielőtt registerbeosztásomra áttérnék, meg kell említenem Michael kis könyvét (Die Bildung der Gesangregister, Hamburg), a melyben három hangregistert különböztet meg, a mellhang-, középhang- és fejhangregistert, ezekhez még a Merkel-féle Strohbass-registert is elfogadja. Michael a registerképzés mechanizmusát úgy magyarázza, hogy azon complicált izomműködésben, mely a hangszalagpárt megszólaltatja, egyes izmoknak különös fontosságot tulajdonít. A registerek számára egy bizonyos gégeizom különös működését és eltérbe lépését veszi fel, a melyet vezérizomnak nevez (Loitmuskel). A Strohbass tulajdonképpen vezérizom nélkül jön létre, mert a hangrésizomzat egyáltalában nem erősen működik; a mély mellhangregisterre nézve legfontosabbnak tartja Michael azon izmot, mely a hangszalagokat hátsó végükön egymáshoz sajtolja (m. interarytaenoideus), a magas mellhang- és az úgynevezett közepregister számára pedig a hangszalagizmot (m. thyreo-arytaenoideus), mely a hangszalagok egész tömegét egymás felé sajtolja és végül a fejhang képzésére a hangszalagnak nyújtó izomzatát (m. crico-thyroideus).

Azonban nagyon természetes, hogy a vezérizom működése mellett

az egész hangszalagizomzat együttműködése feltétlenül szükséges, mert a hangszalag zárása, feszessége és nyújtása minden muzsikai hangképzésnek alapfeltétele, és bármelyik izom volna is bénulva, már énekhang nem jöhetne létre; de az egyes registerek képzésénél hol zárás, hol feszesség, hol pedig a nyújtás az, ami a hangszalagizomzatban előtérbe lép, tehát a mi az úgynevezett vezérműködés.

A mi az énekhang-registerek elnevezését és beosztását, a mint az a következőkben előadatik, illeti, úgy a beosztásnak a hangrés mechanizmusa szolgál alapul és pedig a hangszalagpárnak szemmel látható módosulásai. Meghallgatva a nálunk megfordult nevezetesebb énekművészeket, a bírálók véleményeit, maguknak az énekeseeknek észrevételeit és elnevezéseiket, továbbá a gégetükri képet és saját zenei hallásmot véve alapul, a registerekre nézve a következőket tapasztaltam.

Az énekhang-registerek összeesnek a hangrés formaváltozásaival, és e tekintetben hosszú és rövid hangrés, továbbá széles és keskeny hangrés jöhetnek elő. Midőn a hangszalagpár egész hosszában részt vesz a rezgésben, akkor hosszú hangrésről van szó, a mely a mély hangoknál relatív széles és bőven engedi át a levegőt; minél magasabb a teljes kilégzési erővel képzett mellhang, annyival inkább szűkül ez a hangrés is, úgy hogy a feszes ínszerű fehér hangszalagpár között olykor csak egy hajszálnyi vékony fekete rést látunk, melyen nagy eleven erő kifejtésével szabadul ki a magas légnymású levegő.

Ezen hangrésalaktól egészen elüt a másik, midőn a mindinkább nyújtott hangszalagpár nem egész hosszában rezeg, hanem a hangnyújtványok oly erősen egymásra sajtolatnak, hogy a hangszalag hátulsó ötödresze a rezgésből elcsúszkál, de mégis rövidebb részletekben rezegnek. Akustikai értelemben tehát mindjárt magasabb hangképzésre is vannak beállítva. E közben az előbb vékony vonalalakú hangrés szélesebb ovalisra változik át, a hangszalagizomnak működése tehát itt nyilván háttérbe lép, a levegő ezen tágabb hangrésen át nem az előbbi feszességgel, hanem lágyabb fuvalat alakjában megy keresztül és sokkal hamarabb is fog el (rövidebb a kilégzés időtartama).

Ezen két formája a hangrésnek, az első mint mellhangképzés, a második mint fejhang vagy falsethang vagy síphang- (Fistelstimme) képzés, már régebbi idő óta ismeretes. Mandl említett könyvéből az ábrákat átvette Mackenzie és utána a többi szerző. Csakhogy megfigyeléseim szerint ezen rövidebb és szélesebb hangrés, a mint a hang feljebb megy, minden magasabb kóta éneklésénél mindinkább szűkebb lesz és végre az ovalis oly szűk lesz, hogy nem lehet megkülönböztetni az egyenes vonaltól.

Ez tehát rövid és szűk hangrés. Ha már most ezen hangrésnek különböző muzsikai jelleggel bíró hangképzését (registereket) elnevezni akarjuk, akkor mindenekelőtt a férfihangot a női hangtól külön kell tekintetbe venni.

A férfi éneklődésében főleg a mellhangot használja, ezen nagyobb légnymással dolgozó, a resonantia együtthangzásával telített, tehát mint mondani szoktuk telt, érezes, nagyobb hordképességgel bíró hang megfelel a férfi erejének és jellegének. Eme hangját a forte és piano különböző mértékében különböző modulációkkal használja fel. Így tehát hosszú hangrésszel énekel. Rövid hangrésszel már ritkábban. Ekkor érezes hangja azonnal lágy, jóval gyengébb, mintegy fuvalat-szerű hangra változik át, melynek muzsikai sajátossága minden laikusnak is azonnal feltűnik. Ez a falsethang (rövid ovalisalakú hangrés). A midőn ezen rövid hangrés azután mindinkább megszűkül és mind magasabb hangot képez, létrejön azon register, melyet fejhangnak lehet nevezni. Ezen elnevezés nem önkényes, hanem Garcia, Bataille és Seiler asszony leírásában nyer támpontot. Csakhogy, a mi a *férfi fejhangjait illeti, ezek zenei értelemben használhatatlanok.* Az énekművész tehát mellhangon és falsetregisterben énekel, de a fejhangokat, ha komikus hatást nem akar elérni, nem használja.

Mily benyomást is keltene a hőstenorista, ha a magas hangjegyeit, melyekkel legnagyobb szenvedélyét és indulatát kell kifejeznie, asszonyos fejhangon sípolná, a helyett, hogy érczesen röpitene ki férfias melléből!

A férfi fejhangregisterre hallható a komikus nőimitatorok előadásában vagy hallható némely férfibeszed szavában, kinél az ifjúkori hangváltozás nem történt meg. A nőutánzó ezen fejhangregister kezelésében meglehetősen jártasságra tesznek szert, mellhangjaikat nem, hanem csak falset- és fejhangjaikat, vagyis a rövid hangrés mechanizmusát használják. Tudnak azonban mellhangon is énekelni; a mit néha a komikus fokozására meg is cselekszenek; és beszédszavuk is a férfi mellhangja szokott lenni.

Némái József dr. egy. magántanár.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hólyagbetegségekről.

Közlő: Novotny Lajos dr. kir. tanácsos.

(Vége.)

Ha a *kő* a hólyagban oly nagyra nőtt, hogy per vias naturales el nem távolodik, operatív úton menekülhetni meg tőle s pedig a *kő* szétzúzása, összemorzsolása által, tehát nem véres úton, vagy pedig véres beavatkozás útján a has, vagy a gát bemetszésén át a hólyagfal megnyitásával, midőn a követ egészében véve egyszerűen kiemeljük.

Burton, midőn egy nagy s 300 gramm súlyos *kő* eltávolítását közli (Brit. Med. Journ. 1900.), érdekesen fejtegeti az egyes módszereket s a magas hólyagmetszést ajánlja, mivel ez alkalommal a hólyag egészben véve megszemlélhető. Freyer 1000 *kő*műtétről számol be (Brit. Med. Journ. 1900.) s ép ellenkezőleg a morzsolás mellett van s szerinte még a nagy *kövek* is könnyen eltávolíthatók ily módon. Hogy a módszerek között — a végbelen át való bemetszést teljesen elejtve — melyiket választja ki a sebész, az a *kő* keménységétől s így összetételétől függ, bár gyakran megesik, hogy a morzsolásra alkalmas puha *kő* igen kemény *kő*magot rejt magában. Hogy csak ott morzsolhatni a követ, hol az urethrán vastag műszerrel behatolhatni, az a dolog természetéből folyik. Hogy a véres *kő*műtétek közül melyiknek adjunk előnyt, az attól függ, hogy melyik műtétnek tudja a sebész előnyeit adott esetben inkább kihasználni s hogy melyikben gyakorolta bele jobban magát, beleértve természetesen az utókezelés apró csinját-binját, mely sokszor fontosabb mintsem gondolkodni. Hogy a hólyagvarrásnak, avagy a hólyag nyitvahagyásának adjunk-e előnyt, hasonlóan nem dönthetjük el oly könnyen. Ha t. i. biztosak volnánk a hólyagvarratban, természetesen mellette törnék lándzsát; de nincs az a varrat, legyen az egyszerű vagy bármilyen complicált; hogy abban teljesen megbizhatnánk. A fűdolog a vizeletnek jó elvezetése, hogy ily módon elkerüljük a pangást s az ebből támadó bomlást. A *kő*morzsolás ellen felhozzák, hogy *kőtörmelékek* maradnak vissza, melyek a húgyárammal kisodortatva, nagy fájdalomnak okozói, hogy a visszamaradt *kő*darabkák *jövendő köveknek* képezhetik magvát s végre azt is felhozzák a műtét ellen, hogy a morzsolás után támadt cystitis hajlamosít ascendáló lbfolyamatra, ureteritisre s pyelitisre. Mindezek ellen ismét az hozható fel, hogy az anaestheticumok (chloroformnarcosis, cocain) alkalmazása által a műtét alaposabban s egy ülés alatt befejezhető s így sem *kőtörmelék* nem marad vissza, sem ascendáló gyuladás nem támad a szigorúan végrehajtott asepsis miatt, csak kellően begyakorolt sebész vegye kezébe a morzsolót. Hogy egyes sebészek a morzsolást valóságos művészi tökélyre emelik, arra példa egyetemünkön néhai Kovács professor, ki a többek közt már akkor az asepsis mellett foglalt állást, mikor az antisepticumok elhagyása törvényszéki esetekben criminalis számba ment. A carbol fénykorában ugyanis sok beteg épen a túlzásba vitt antisepticumok applicálásának köszönhető a műtét után beálló complicatiokat, mert a hólyag s húgyveső nyálkahártyája, akár a conjunctiva, felette érzékeny a carbol iránt. A *kő*műtétet nagy gonddal teljesített vizeletanalisis előznie meg, mert a vesék nem tűrik a nagy izgalommal járó localis beavatkozást s így előbb a vesék baját kell corrigálnunk, s a mint a túlzásba hajtott antisepticumok chemiai ingerükkel gyuladást okoztak, úgy a vizeletvizsgálat felületessége hasonlóképen alaposan megtizedeli a *kő*műtétek jó eredményét. Természetesen manapság már a vesék finomabbnak nevezhető elváltozásaira is figyelemmel vannak, a mióta Högyes tanár vizsgálataiból nyilvánvaló, hogy a vese nemcsak egyszerűen szűrő készülék, de egy jelentős tisztító apparatus is, mely a vérből eltávolítja részint a táplálkozás, részint a hiányos mirigyműködés alatt termelődött toxinokat. A toxinok felhalmozására természetesen inkább a beteg állapotából következtethetünk, mint fejfájás, rossz magazérzés, a végtagok elhidegülése, különböző paraesthesiás tünetek stb. Szóval *kő*műtét alkalmazásával ügyeljünk a vesék állapotára, vagy ha úgy tetszik, erősítsük meg a betegét a műtétre.

A műtét végrehajtására természetesen az életkor is befolyással van s a *kő* okozta kellemetlenség is; mert egy öreg, elgyengült egyénél latba vetjük s lelkiismeretesen mérlegeljük, hogy a beavatkozással nem okozunk-e nagyobb bajt, mint maga a betegség. Más szóval nem rövidítjük-e meg a beteg életét, mert hiszen tudjuk, hogy a *kő* néha igen kis kellemetlenséget okoz, mint pl. Holmes 90 éves bárójánál.

Nem hagyhatom említés nélkül, hogy a cystoskop a hólyagkövek diagnosztikáját is előbbre vitte, sőt nagy hasznát vesszük a kontrollvizsgálatnál *kő*morzsolás után. Diagnosztikus szempontból már csak azért is czélszerű alkalmazása, mert még műtét előtt tisztába jövünk azzal, hogy egy vagy több *kő*vel lesz-e dolgunk, hogy a *kő* puha-e vagy kemény (szederalakú *kő*) s végre megszemléléssel határozhatjuk meg a *kő* nagyságát. Nem közönyös a diagnosztika az x-sugarak bevónása a vizsgáló módszerekbe sem, mely napról napra érdekes esetekkel gazdagítja az irodalmat.

Az *idegen test* a hólyagban úgy a diagnózis, mint a terapia szempontjából úgy bírálendő meg, mint a *kő*. Természetesen a tünetek attól függenek, hogy lágy vagy puha test jutott-e a hólyagba. A hólyagba jutás útja-módja különböző. A veséből vesekövek juthatnak beleje, mely nephrogen eredetű kövek alkotják a legtöbb hólyagkő magvát. Leginkább azonban a húgyvesővön keresztül vezet az út; különösen a mióta a kathereterekkel való bántás mód általánosabb lett. De más úton is juthatnak a hólyagba idegen testek, pl. medenczecontdarabok (cariesnél) vagy lösebeket át golyók. Ha a hólyagban hosszabb ideig maradnak az ily módon bejutott idegen testek, inercustálódnak s így természetesen lágy testek, mint szövethől készült kathereterek, csak úgy extrahálhatók, ha a crustától előbb a lithotriptorral megszabadítottuk.

A cystoskop úgy diagnosztikus, mint gyógyítás szempontjából megbecsülhetetlen segédeszköz, mert a puha idegen test úgyiszlólván csak hólyagtükrökkel ismerhető fel.

A hólyagban támadó *daganatoknak* classificatioja jó indulatú és rossz indulatú daganatokra nincs összhangzásban a végeredménnyel. A polypus, a papilloma jóindulatúak, de meg-megújuló vérzésükkel teljes elgyöngülésre, összeesésre s így halálos végre adnak alkalmat. A rossz

indulatú daganat, mint a rák, rákos cachexiával ugyanazon eredményre vezet. Így tehát a beteg érdekében természetesen az a fődolog, hogy a daganat mielőbb eltávolíttassék. A daganat korai felismerése tehát döntő lesz a terapiában. A daganat mineműségének korai felismerése manapság könnyű a cystoskop segítségével. *Nitze*-nek örök időre szóló érdeme éppen abban van, hogy a cystoskopia fellendülésével ezreit menthetni meg a szegény betegeknek. De, mint minden használható, új műszerhez, úgy a cystoskophoz is eleintén oly nagy reményeket fűztek, hogy a régi vizsgáló módszereknek már-már csak történelmi jelentőséget tulajdonítottak. „A hólyagnak újjal való kitapintása — a digital exploratio — megmarad a hólyagvizsgáló módszerek sorában a) mikor a hólyag kapacitása ad minimum eszköket, b) ha a vérzés csillapíthatatlan s a vérrögöket a hólyagból ki nem takaríthatjuk, c) ha a prostata-mirigy, vagy urethralis szűkület akadályt gördít a műszer bevezetése elé. Ezen esetekben a beteg élete forogván kockán, a tükrözést nem halogathatjuk, hanem a hártás rész bemetszése, vagy a magas hólyagmetszés mellett egyúttal therapeutice is beavatkozhatunk.“ (Novotny dr.: A húgyszervek betegségeinek felismerése.) Maga a cystoskop napjainkban már annyira tökéletesített, hogy segítségével, az úgynevezett operatios cystoskoppal, daganatokat távolíthatni el s idegen testeket extrálhatni.

A hólyagdaganatok felismerése igen sok esetben már a klinikai tünetekből is könnyű, különösen, ha a vizelettel a daganatnak egyes részei kisodortatnak. A vérzés oly sajátos, hogy már annak megjelenési módja is arra irányítja a figyelmet. Így, ha a beteg arról panaszkodik, hogy vizelete hol tiszta — heteken, hónapokon át —, hol meg egy-két napra, vagy csak rövid időre véres, de a vérvelés nem okoz fájdalmat: hólyagdaganatra gondolhatunk.

* * *

A *gümőkór* a hólyagot is éppen úgy megtámadja, mint a test többi szervét. Lefolyásában igen nagy fájdalmakat szokott okozni, s így újabban kimerítőbben foglalkoztak részint pathológiájával, részint gyógyításával. Magának a hólyag gümőkórának két időszakát szokás megkülönböztetni, a tuberculomok támadásának időszakát és a fekélyesedések időszakát. Valamint a tüdő gümőkórának vértöréssel, hurutos tünetekkel köszönt be; úgy a cystophthisis is két stigmával jelöli a hólyagot ért támadást, vérveléssel és kisebb-nagyobb fokú tenesmussal. E két jelenségből azonban csak akkor gondolhatunk magára a gümős bajra, ha tudjuk, hogy az leginkább a szegényvérű, lymphás, scrophulás s általában gyenge egyéneket támadja meg, a kik előzőleg sokáig szenvedtek kankós bajban, mert úgy látszik, hogy a gonococcusok előkészítik a talajt a gümőkórás mikrobiainak. Megtámadja e baj az erőteljes egyéneket is, de ezeknek mellékheréjében, prostatájában s az ondóhólyagokban kisebb-nagyobb göböket tapinthatunk ki, tehát egyelőre ment kankós bajnak megmaradt szövettelváltozása áll még mindig fenn. Végre a hólyag gümőkórására gondolhatunk azoknál is, ha (t. i. úgy ebben, mint a már említett esetekben) csontbajokhoz, carieshez a cystitis jelenségei csatlakoznak. A dolog természetéből folyik, hogy a baj majd könnyű lefolyású, majd pedig súlyos, a szerint ugyanis, hogy a hólyag melyik részletében esnek szét a gümők s alakulnak át fekélyekké. Ha a fekélyesedés a hólyag nyílásába ér s fissura urethrovesicalis támad, a fájdalmak úgyszólván elviselhetetlenek, mert a vizelet alatt az összehúzódó hólyag erősen vöngálja a sebet. Érdekes a megemlékezésre, hogy a tüdő gümőkórása a legritkábban csap át a hólyagba s így hólyagtuberculosis alig észlelhető tüdőbajban. S ez úgyszólván viszonyossába megy, mert a genitáliák gümőkórása sem igen szokott a tüdőbe átcsapni, s így újabban a sebészek sem irtják ki deritüreborura a többé-kevésbé beteg heréket sub titulo, hogy megmentsék a tüdőket. A hólyag gümős bajához előbb-utóbb lo csatlakozik s a beteg végig szenved a cystitis tuberculosa kinzó phasisait. S ha a sebész, látva a szörnyű kínládást, a sebészet mai technikája mellett, a hólyagfal megnyitására, a gümős fekélyek kikaparására s a vizelet ily módon való elvezetésére határozza el magát, nagyon helyesen jár el, bár a műtét nem nagy eredménynyel kecsegtet. Sokszor a gümőkórás ellen irányuló roboráló gyógyítás feltűnően jó eredménynyel szokott járni. A cystitis tuberculosa nagyon jellemző, hogy argentum nitr. mosásokra nemcsak hogy nem javul, mint a hogy azt egyéb okokból, pl. kankókból támadó cystitiseknél észleljük, de még rosszabbodik.

* * *

A húgyhólyag *gyuladós* állapotba ritkán jön önmagától, spontan támadt cystitist ma már nem ismerünk. A cystitis, a hólyagnyákhártya lobja, tehát nem önálló betegség s így a hólyag lobja mindig arra ösztönözzön bennünket, hogy keressük s kutassuk okát, mire, ha nehezen is, de előbb-utóbb ráakadunk. Így gyermekeknél hólyaglob alkalmával köre; öreg embereknél, prostatatúltengésre, agkori elváltozásokra, arterio-sclerosisra; fiatal korban kankóra, stricturára kell előbb gondolnunk s csak azután daganatra, idegen testre s egyéb uton támadó mikrobás fertőzésre, mint a bacillus colira, stb. A cystitis ellen — ha a heveny lob három cardinalis tünete megvan, a gyakori húgyinger, fájdalom és genyes vizelet — nyugalommal és narcoticiákkal küzdünk s a későbbben alkalmazásba vett hólyagmosásokkal, hol nem annyira az orvosságos folyadék bactericid hatására, mint inkább a lob termetle geny eltávolítására, kiöblítésére gondolunk, a legjobb eredményeket érjük el. A dolog természetéből folyik, hogy ez inkább a tisztán bacteriumos cystitisre vonatkozik, mert a hol kő, daganat, idegen test okozza a gyuladást, előbb az okot kell eltávolítanunk. A cystitis régi, elhúzódó chronikus alakja sokszor minden kezeléssel daczol. *Cumston* is sublimát instillatiókat hoz javaslatba (1:4000), melyeket naponta alkalmaz s dicséri jó hatásukat még cystitis tuberculosanál is, úgy hogy teljes gyógyulást is ért el velük. De ha ezekre sem áll be a várt jó hatás,

„Tuberculose der Blase kann durch Curettage geheilt werden . . .“ mi természetesen csak felületes fekélyekre áll. *Dandoy Clerc* két esetben végzett kaparást és edzést lapissal s mindkét nöbetege meggyógyult.

* * *

A hólyag úgynevezett művi *sértései* csakhamar záródnak, mint ezt sectio altanál vagy punctio nál észleljük. Másként áll azonban a dolog, ha a sértés trauma vagy lövés által támad. Ily esetekben a peritoneumot ért sértés miatt a hólyagsértés halálosnak mondható az infectio és húgybeszűródés miatt s így az ügyes és gyakorlott sebész jelenléte, illetőleg meghívása életmentő. Hólyagsértés támadhat külső sebzés nélkül is (a hólyagfalzat repedése), így ha tompa ütés éri a hólyagtájat, mint rugás, ökölesapás, esés, vagy pl. elgázolásnál ha a medencecsontok megsérülnek. A hólyagrepedésre nagy befolyással van a hólyag teltségi állapota. Ha művi beavatkozásra, hólyagmosásra áll be a repedés, az inkább a hólyag falzatának kóros, atheromatous elváltozása miatt esik meg. Ilyen esetekben oly jellegző tünetek kísérik a hólyagrepedést, hogy az alig kerülheti el a figyelmet. A hólyag ellenállása hirtelen megszűnik, az alhasba kiemelkedő hólyag hirtelen eltűnik s a katheteren át a befecskendezett folyadék nem ömlik vissza. A hólyagsértés terapiája a sebészet legszebb fejezetét alkotja. *Berndt* hullán kísérletezett újabban, hogy megállapítsa, hogy a hólyag melyik részében sérülhet leginkább, de a kórházi tapasztalatok nem igazolják a hullakíséret eredményeit. Ő is, mint a sebészek nagy része, hólyagsértésnél, hólyagrepedésnél a sectio alta gyors kivételét ajánlja.

* * *

A *vérvizelés* igen fontos jelenség a diagnosis felállítása körül. A vérnek a vizelettel való keveredése majd kisebb, majd nagyobb lehet s így a kiürített vizelet majd csak húlszerű, majd sötétvörös, a mi a diagnosis és prognosira jól felhasználható.

A vér megjelenése a húgyszervek bajaiban elég rossz jel, mert vagy komolyabb természetű bajok kísérője, mint a hogy daganatok s köveknél észleljük, vagy pedig a már fennálló gyuladós intenzív állapotát jelzi, a hogy azt urethrocystitisben látjuk.

Maga a vérvizelés nem önálló betegség, a vérvizelés csak tünete, illetőleg jele valamelyes betegségnek. S a mint a hólyaglobnál az ok után kutatunk, vérvizeléskor is az ok után kell kutatnunk. Ha a vér oly állapotban keveredik össze a húgygyal, a hogy az az erekben kering, vérvizelésről, haematuriaról szólunk; míg, ha a vizeletben nincs vér, csak vérfesték-vizelésről, haemoglobinuriáról, lehet szó. A vizelet nemcsak a vértől színeződik meg vérpirosra s így tévedések elkerülése végett tudnunk kell, hogy nem szedett-e a beteg valamelyes orvosságot, mint rheumot, sennát, sem. cinnat, mert ezek is vérpirosra festik a húgyot. Maga a véres húgy is különböző színváltozásokban észlelhető. A frissen összekeveredett vér világos, élénk pirosra festi a vizeletet, a mélyebb helyről fakadó vér, mely a vizelet hosszú útja alatt huzamosabb időn át érintkezik vele, sötétbarna lesz, míg a bomló genyes vizelet zöld, sötétzöld színű. A vérvizelés alkalmat ad arra, hogy kifürkésztsük a a vérző, tehát a beteg helyet. Így ha vérrögök vannak a vizeletben, hólyagvérzésről, ha gilisztaalakú alvadékok vannak benne, vesevérzésről, ha a gilisztaalakú vérévaladék a vizeletárammal előre kilöketik, húgyvesérvérzésről s ha végre fejő fogásokkal kipréselhetjük a vérévaladékot, a csingó húgyveserészlet vérzéséről szólhatunk.

A vérvizelés megjelenési módjából is következtetést vonhatunk a vérző helyre. Így a vér megjelenése a vizelet befejezésével hólyagnyak vérzésre vall. E terminalis vérzésre leginkább a kankó ad alkalmat, de ily vérzések hólyagkőnél, daganatnál s maró instillatiók után is észlelhetők. Újabban igen érdekes manipulatiókat hoztak javaslatba arra nézve, hogy a hólyagbéli vérzésről meggyőződjünk. Hólyagvérzésnél ugyanis a kibocsátott vizelet egészben vére véres, piros színű, de ugyanilyen a vizelet vesevérzéskor is. Hólyagvérzésről szólhatunk, ha catheteren át erősen kiöblítjük a hólyagot s ha utána mindjárt szép piros vér szivárog ki a pöcsap nyílásán.

Ha rugalmas húgycsappal a jól kimosott hólyagot irritáljuk (a műszernek ide-oda való tologatásával), a hólyagbéli fekély, polypos, papilloma az eszközt érintésére természetesen vérzeni fog. Legbiztosabban azonban a cystoskop világosít fel bennünket a vérző helyről, mert feltalálhatjuk segítségével a papillomát, fekélyt stb., s ha a vérzés vesebéli eredetű, szemünkre győződhetünk meg továbbá arról, hogy vajjon a jobb, vagy a bal veséből jön-e a vér, a szerint t. i., a mint a jobb vagy a bal ureter nyílásából szivárog ki a vér. A cystoskop azonban hólyagbéli vérzéseknél nemcsak biztos diagnosist ad, de életmentő is lehet, ha pl. a fekélyből eredő vérzést csillapítjuk az operatios cystoskpon át lapis érintésével. A dolog természetéből folyik azonban, hogy ha a vérzés nagy és csillapíthatatlan, sectio áltával vagy a perineum bemetszésével sietünk a Thompson ajánlotta digital exploratioval a beteg segítségére. Újabban mind gyakrabban észlelletnek betegek, kiknél nagy haematuria támad a vérérek ektasiája miatt, s így természetesen igazolva van a régiék hólyaghaemorrhoidja, csakhogy míg a régiék gyakran kórismézték e bajt, napjainkban a pontos vizsgáló módszerek mellett ritkábban van arra alkalom.

Könyvismertetés.

Gyermektherapia. Szakok szerint csoportosítva. Szerkesztette: **Berend Miklós** dr. Kiadja Mai Henrik és fia. Ára fűzve 8 k. 40 fill.; kötve 10 k.

Berend Miklós dr. szerkesztése alatt 12 szakorvos közreműködésével jelent meg ezen 464 oldalra terjedő compendium, mely a szorosabb értelemben vett gyermekbetegségek orvoslásán kívül a gyermekkorban

előforduló összes (így a sebészeti, fül-, szem-, bőr-, stb.) betegségek orvoslásának tárgyalását tűzte ki feladatául, hogy a gyógyító eljárások javulatának és ellenjavulatának megvilágítása mellett tömörre összeszoritva nyújtsa a gyakorló orvosnak mindazt, mit a nagy gyűjtőmunkák (*Gerhardt-Grancher*) tág keretben és behatóan irnak meg a szakember czéljaira.

A könyv első része, a belgyógyászati rész, a csecsemő diaetetikájával kezdődik *Berend Miklós* dr. tollából. Igen kimerítően foglalkozik a szoptatás, elválasztás és mesterséges táplálás kérdéseivel, kellő kritikai elemzéssel választva ki a gyakorlat részére a tapasztalás által is helyeseknek talált módokat.

Utána *Deutsch Ernő* dr. írja meg a II-dik fejezetben az újszülöttek betegségeinek terapiáját, különös gondot fordítva a köldök betegségeire.

A következő III., IV. és V. fejezetben *Preisich Kornél* dr. a heveny és idült fertőző betegségek, valamint az anyagcsere betegségeinek terapiáját állítja össze. A heveny fertőző betegségek közé felveszi a Pfeiffer által leírt mirigyázat is, jóllehet mint külön kóralak még nincs definiálva. De ettől eltekintve, ez a három fejezet fölötté gondos és tömör, részletes összeállítás folytán a legjobbak közé sorozható, a mit csak compendiosus munka nyújthat.

A VI. fejezetet az emésztő szervek betegségeinek terapiája foglalja el *Berend Miklós* dr.-tól. Ezen fejezet a száj- és toroküreget, a gyomor és belek, hashártya és máj betegségeinek, valamint a gyermekkorban gyakrabban előforduló mérgezéseknek orvoslását a tárgy fontosságához mért terjedelemben beható részletességgel tárgyalja s bizvást szolgálhat a gyakorló orvos vezérfonalán.

A VII. fejezetben *Heim Pál* dr. a tüdő és mellhártya, a peribronchialis mirigyek, a pajzsmirigy és thymus betegségeinek terapiáját foglalja össze, majdnem minden kóralaknál röviden előrebocsátva a kóroktanra és tünetekre vonatkozó néhány útbaigazító megjegyzést.

A VIII. és IX. fejezetben *Deutsch Ernő* dr. mondja el a szív és szívburok, illetőleg a vesék betegségeinek orvoslását, nagy gonddal és részletességgel tárgyalva főleg az endocarditis, a szívincompesatio és a nephritis terapiáját.

A X. igen rövid fejezetben *Heim Pál* dr. a hólyag és ivarszervek bajainak orvoslásáról szól.

A tulajdonképeni gyermekorvostani résznek zárókövét a XI. fejezet képezi, melyben *Heim Pál* dr. az idegrendszer betegségeinek terapiáját írja meg. A villanyozás különféle nemeinek és az idegbetegségek általános prophylaxisának előrebocsátása után sorra kerül a gyermekkorban előforduló összes idegbajok terapiája, különös gond és részletesség fordításával a gyakorisága által kiváló fontosságú eclampsia, chorea minor, epilepsia és hysteria orvoslására.

A következő nyolcz fejezetet a specialis szakmák foglalják el. Ezek elsőjében *Fischer Ignác* dr. a gyermekkori elmebetegségekkel foglalkozik ép oly szakszerűen, mint röviden és velősen adva elő a mania, melancholia, a periodikus és circularis elmezavar egyes alakjainak, valamint az idiotismuskak és imbecillitásnak terapiáját.

Majd *Kathy Dezső* dr. mondja el röviden a vízzel gyógyítás elveit a gyermekkorban.

Mohr Mihály dr. a szembetegségek, *Donogány Zakariás* dr. a felső légutak, *Krepuska Géza* dr. a hallószerv és *Basch Imre* dr. a bőr betegségeinek terapiáját tárgyalja. Ezen kisebb szakmák mindegyike az avatott szakember erős gyakorlati érzékéről tanuskodó körültekintéssel öleli fel az aránylag nagy anyagot s azt tömörre összefoglalva illeszti be az egész munka keretébe; mi által az egész munka anyagának beosztásában kellő arányosság és méltányosság nyilvánul.

A specialis szakmákat zárja az *Alapi Henrik* dr. által irt sebészeti és a *Horváth Mihály* dr. által irt orthopaediai fejezet. A dolog lényegében rejlik, hogy a sebészeti fejezet anyagának összeállítása aránylag nagy teret foglal el. De ez csak előnynek tekinthető, mert csakis így lehetett a gyermekkor specialis, valamint a felnőttektől orvoslás tekintetében elütő sebészeti betegségeinek terapiáját akként szorítani dióhéjba, hogy minden benne legyen s hogy a rövideg által a használhatóság ne szenvedjen. Mindkét czélt teljesen elérte a munka ezen része; s ha tán egyes tételeivel (pl. hogy a garat mögötti tályogok kívülről való megnyitásának indicatioit kellenél szélesebb körre terjeszti) nem értenek is teljesen egyet a gyermekorvosok: mégis a nagy anyag kimerítő és tömör összefoglalása kiváló positívot biztosít ezen fejezetnek, melynek méltó függeléke és vetélytársa a *Horváth Mihály* dr. által irt orthopaediai fejezet. Az orthopaediáról legkevésébbet olvashat a gyakorló orvos a gyermekgyógyászati tankönyvekben. Ezért egyrészt előnyére válik az egész munkának ezen fejezet beillesztése; másrészt a szépen megírt és rajzokkal is bőségesen magyarázott tartalom biztosítja a gyakorló orvosnak mindazt, mit jó compendiumtól várhat.

Az előrebocsátottak szerint a „Gyermektherapia“ igen használható vezérfonalul szolgálhat a gyakorló orvosnak és tanulónak is. Egyetlen hátrányát a könyv kiállítását (apró betűs nyomását és kis alakját) róhatnánk fel, mi nem áll arányban a beltartalom értékével.

Erőss Gyula dr.

Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur. Von Prof. Dr. Otto von Franqué. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin II. Band, 1. Heft. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1901. 32 l.

A kitünően szerkesztett „Würzburger Abhandlungen“-nek előtünk fekvő egyik legújabb füzeté is méltón sorakozik elődeihez, mert mint ezek, úgy az is egy fontos orvosi kérdés jelen állását ismerteti röviden, alaposan s jól áttekinthető módon. *Franqué* is saját tapasztalataira támaszkodva, hasonló módon ismerteti a méhruptura fontos kérdésének jelen állását s megadja egyszermind a gyakorló orvosnak a kellő útbaigazítást, miképen viselkedjék az oly veszélyes méhrupturánál, úgy prophylactice mint therapeutice, fenyegető, illetőleg már létrejött repedés eseteiben. A kérdés aetiologiájának alapos tárgyalásával (trauma, méhizomzati rendellenességek, esetleg előment kikaparásnál létrejött perforatio után, szűk medence, ikerszülés, hydrocephalus, erőszakolt fordítás harántfekvésnél, vaginifixatio, lógó has, metreurynter alkalmazása stb.) megadja az újmutatásokat is a repedés lehető kikerülésére. Ha a ruptura mégis létrejött, úgy lehetőleg conserváló módon jár el s tanácsát következőképen fogalmazza röviden: a szülés óvatos befejezése a természetes úton, a has compressioja, egyszerű drainage drainsóval vagy jodoformbéllel. A gyakorló orvosra megnyugtatóan mondja, hogy a tudomány mai állásánál az ily eljárással eddig ép oly jó, sőt még jobb eredményeket értek el, mint a nagyobb operatív beavatkozásokkal, mert az inkomplet repedések így is, úgy is elég nagy százalékban meggyógyulnak, feltéve, hogy a szülés a kellő asepsissel vezetett, a komplet repedések pedig mindkét eljárással a lehető legrosszabb prognosist adják. *Temesváry Rezső* dr.

lataira támaszkodva, hasonló módon ismerteti a méhruptura fontos kérdésének jelen állását s megadja egyszermind a gyakorló orvosnak a kellő útbaigazítást, miképen viselkedjék az oly veszélyes méhrupturánál, úgy prophylactice mint therapeutice, fenyegető, illetőleg már létrejött repedés eseteiben. A kérdés aetiologiájának alapos tárgyalásával (trauma, méhizomzati rendellenességek, esetleg előment kikaparásnál létrejött perforatio után, szűk medence, ikerszülés, hydrocephalus, erőszakolt fordítás harántfekvésnél, vaginifixatio, lógó has, metreurynter alkalmazása stb.) megadja az újmutatásokat is a repedés lehető kikerülésére. Ha a ruptura mégis létrejött, úgy lehetőleg conserváló módon jár el s tanácsát következőképen fogalmazza röviden: a szülés óvatos befejezése a természetes úton, a has compressioja, egyszerű drainage drainsóval vagy jodoformbéllel. A gyakorló orvosra megnyugtatóan mondja, hogy a tudomány mai állásánál az ily eljárással eddig ép oly jó, sőt még jobb eredményeket értek el, mint a nagyobb operatív beavatkozásokkal, mert az inkomplet repedések így is, úgy is elég nagy százalékban meggyógyulnak, feltéve, hogy a szülés a kellő asepsissel vezetett, a komplet repedések pedig mindkét eljárással a lehető legrosszabb prognosist adják. *Temesváry Rezső* dr.

Uj könyvek. *Kobert*: Beiträge zur Kenntniss der Giftspinnen. Stuttgart, F. Enke. — *Moll*: Aerztliche Ethik. Stuttgart, F. Enke. — *Munk*: Physiologie des Menschen und der Säugethiere. Sechste Auflage. Berlin, A. Hirschwald. — *Ewald*: Klinik der Verdauungskrankheiten. III. Die Krankheiten des Darms und des Bauchfells. Berlin, A. Hirschwald. — *Strauss*: Die chronischen Nierenentzündungen in ihrer Einwirkung auf die Blutfliichtigkeit und deren Behandlung. Berlin, A. Hirschwald. — *Winterberg*: Die chronischen Erkrankungen der Gelenke und ihre Behandlung. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Neuburger-Pagel*: Handbuch der Geschichte der Medizin. Zweite Lieferung, Jena, G. Fischer. — *Lebbin*: Die Geheimmittelfrage im Lichte der Reichsgesetzgebung. Berlin, M. Casper. — *Barbier*: Sémologie pratique des poumons et de la plèvre. Paris, Bailliére et fils. — *Couvelaire*: Études anatomiques sur les grossesses tubaires. Paris, G. Steinheil. — *R. H. Chittenden*: Studies in physiological chemistry. London, E. Arnold. — *B. C. Stevens*: Diseases of the pancreas. London, J. Bale, Sons and Danielsson. — *W. A. Hardaway*: A clinical manual of skin diseases. Second edition. London, H. Kimpton.

Lapszemle.

Húgyszervi betegségek.

Kísérleti vizsgálatok a húgyhólyag fertőzéséről czimén *Faltin* (Helsingfors) Tavel berni laboratoriumában és Helsingforsban végzett vizsgálatainak eredményeit ismerteti. A hólyagfertőzés igen sok esetben az eredet kimutatása igen nagy nehézségekbe ütközik. Midőn a műszeres fertőzés, valamely húgycsőmegbetegedés továbbterjedése vagy a vese útján lehatoló fertőzés kizárható, akkor segítségül oly tényezők szerepeltettek, a melyek az újabb vizsgálatoknak helyt nem állhattak (meghülés, rheumatismus). A végbél és hólyag szomszédsága, az előbbinek gazdag bakteriumflórája, azon gondolatot érelték meg, hogy az ilyen homályos eredetű húgyhólyagfertőzések székhelye a végbél volna, mint segítő momentum a vizelet pangás szerepel, ezen hypothesis Wredennek experimentális vizsgálatai beigazolni látszottak. (Bövebben: Ref.-nek „A cystitis aetiologiájáról“ czimű dolgozatában. Orvosi Hetilap. 1899. 36—39. szám.) *Faltin* Wredennek ezen vizsgálatait megismételve azon eredményre jut, hogy a végbélsérülés bármily esetében sem mutatható ki a csiroknak az ép hólyagba vándorlása, a végbél sérüléseit a prostata magasságában idézve elő; kivételt képeznek azon esetek, midőn a végbél sérülései oly jelentékenyek voltak, hogy nyomukban diffus peritonitis és általános sepsis járt. Kétségtelen azonban a bakteriumok kivándorlása a végbélből azon nyirkedénydús szövetbe, a mely a végbél és hólyag között fekvő a húgyhólyagot, a prostatát és ondóhólyagcsákot körülveszi. Hólyagsérülésnél a csiroknak a hólyagba vándorlása cystitist és bakteriuriát hozhatnak létre. (Centralblatt für die Krankh. der Harn- und Sexualorgane. 1901. augusztus.)

Ráskai Dezső dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az alsó orrkagyló resectiojáról. A mint *Kuttner* kifejtette, az alsó orrkagyló egész hosszában egy ollócsapással nem távolítható el és e mellett az utolsó két-három ollócsapást kénytelenek vagyunk minden control nélkül végezni. Sok esetben nem is vagyunk képesek az orrkagyló hátsó részét olló segítségével teljesen leválasztani és a fogóhoz kell fordulni. *Fein* indítatva érzi magát, hogy *Kuttner* ezen előadásából kifolyólag újolag emlékeztetnie hozza egy alkalommal már ismertett műszerét, a melynek segítségével az orrkagyló hátsó része minden körülmények között leválasztható. E műszer két-két egymással szemben fekvő ággal bíró kettős olló. A levágandó részlet az ollók szárai közé eső négyszögű térbe illesztetik. Ha az orrkagyló elülső része nem távolítható el, úgy a hátsó rész lemetszése, szűk orrnyalás esetén, kissé nehezebb, viszont semmi akadályba nem ütközik, ha az elülső orrkagyló már előzőleg elvétellett. (Berl. klin. Wochenschrift, 1901. 18. szám.)

Tóvölgyi Elemér dr.

A számarhurut-kezelésnek egy új módját ajánlja *Spieß*. Azon feltevésből kiindulva, hogy a roham a nerv. laryngeus superior peripher izgalma folytán jön létre, a gége és a légeső nyákhártyának az anaesthesiáját, avagy helyesbben csupán a hypaesthesiáját igyekszik orthoformbefúvásokkal létrehozni. E czélra a Kabierske-féle porfúvó csövének

a vége az ajkak közzé illesztetik és a benne levő tiszta orthoformport egy mély belégzés alkalmával a gégebe inhaláltatjuk. Három éven felüli gyermekeknek két óránként három-négy izben, szükség esetén az éj folyamán is végeztetjük a gyermekre nézve semmi kellemetlenséggel sem járó porbelégzést. Ez eljárás a convulsiv stadium lefolyása után is egy ideig még alkalmazandó. Egyidejűleg belsőleg belladonnából, chininből és antipyrinből álló porkeveréket rendel. (Münch. med. Wochenschrift, 1901. 15. szám.)
Tóvölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Szamarhurut nagyobb számú esetében kísérte meg *Gottschalk* a dionint Neumann berlini poliklinikáján. Egy részében az eseteknek a rohamok száma esőként s a kis betegek sokkal könnyebben is köhögtek. A betegség tartama azonban nem befolyásoltatott a dionin használatával. A szert szívesen vették a betegek, kellemetlen mellékhatások hosszabb használat után sem mutatkoztak. Az adagolás általában a következő: az 1. életév végén 1/2 milligramm pro dosi (0.01:100.0, 3 óránként kávéskanálnyi); a 2. évben 1 milligramm pro dosi (0.02:100.0, 3 óránként kávéskanálnyi); a 3. és 4. évben 1 1/2—2 milligramm pro dosi (0.03—0.04:100.0, 3 óránként kávéskanálnyi); az 5. évtől a 8. évig 5 milligrammig emelkedhetünk pro dosi (0.1:200.0, 3 óránként gyermekkanálnyi). A szülőköt figyelmeztetni kell, hogy fáradtság, álmoság jelentkezése esetén kisebb adagokat kell használni. (Aerztliche Rundschau, 1901. 31. szám.)

A jodipint sok esetben használta *Hönigschmied*, különösen gőrvélyes mirigyeknél, impetigonal, scrophulotikus esont- és bőrbajoknál, továbbá ischiásnál és tüdőemphysemánál. Gyermekeknek reggel és este egy-egy kávéskanálnyi 10%-os jodipint adott, különben pedig a 25%-os jodipint használta bőr alá fecskendezés alakjában. Valamennyi esetben nagyon kedvező volt az eredmény. (Aerztliche Central-Zeitung, 1901. 28. szám.) — *Friedländer* főleg tertiaer syphilisnél használta a 10%-os jodipint belsőleg nagyon jó eredménnyel és kiemeli, hogy hosszabb használat esetén sem jelentkeznek azon kellemetlen mellékhatások, melyeket a jodalkáliák használatakor rendszeren észlelünk. Nagyon kielégítőek voltak a jodipinnel elért eredmények a pajzsmirigy egyszerű túltengésének eseteiben, mielőtt még nagyobb mérvű colloid elfajulás állott volna be, továbbá asthma bronchiale-nél. (Allgemeine medicinische Central-Zeitung, 1901. 58. szám.) — *Demetriade* szintén diéséri a jodipint, hangsúlyozva, hogy használatakor a jodismus rendkívül ritkán észlelhető. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1901. 27. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1901. 48. szám. *Brück Miksa*: Adatok a gyermekek heveny alkohol mérgezéséhez. *Grósz Gyula*: A diphtheria-ellenes serumtherapia. *Sternberg Géza*: A vidéki gyakorlatból.

Orvosok lapja, 1901. 48. szám. *Szenes Zsigmond*: Otogen extraduralis tályog műtét útján gyógyult esete. *Vermes Lajos*: A szem esztetikai, mimikai és művészeti szempontból.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 48. szám. *Fiser*: A szemgödör betegségei. *Demme*: Vérérdényanomaliák a torokban. *Fenton B. Turck*: Néhány módszer a shock és a fertőzés megelőzésére sebészeti műtétknél. *Nobl*: A veszülletett genitalis lymphangiectasia ismeretéhez. *Cantalupo*: Az idegközpontok finomabb elváltozásai általános aethylchlorid-narcosis után.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 48. szám. *Schopf*: A ductus thoracicus nyakrésztelének sérülései. *Pupovac*: Adatok az echinococcus, főleg a veseechinococcus casuistikájához és therapiájához. *Jeney*: Casuistikus adatok a bélinvaginatio kór- és gyógytanához. *Blum*: Mesenterialis cysta vékonybél volulussal. *Freund*: Műszer sebészeti varrathoz. *Moszkovics*: Az állandó catheter rögzítésének egyszerű módja. *Jellinek*: Chloroformnarcosis és villamosság.

Wiener medicinische Presse, 1901. 48. szám. *Wolff*: Gangraena diabetesnél. *Panse*: A szédülés. *Herz*: A peripheriás vérkeringési készülék neurosiai (vasomotorius ataxia).

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 46. szám. *Raymund Tschinkel*: Diplococcus-meningitis esete. *Kugel*: Májrepedés külső sérülés nélkül.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1901. 22. szám. *Jadassohn*: Megjegyzések a syphilis gyógytanát illetőleg.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 48. szám. *Lexer*: Hassérülések. *Greff*: A szemtükör felfedezésének története. *Thorner*: Új stereoscopos szemtükör. *Kiss*: A veseelégtelenség meghatározására szolgáló újabb vizsgáló módok értéke. *Korányi*: A klinikai kryoskopia tudományos alapja. *Zuelzer*: A mellékvese-diabetes kérdéséhez. *Rosenau*: Monte Carlo mint téli tartózkodó hely.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 48. szám. *Koch*: A gümöbacillusok agglutinatioja. *Pfeiffer és Friedberger*: A normalis kecskeserumban levő bacteriolitikus anyagok. (Ehrlich-féle amboceptorok.) *Curschmann*: Orvostudomány és tengeri forgalom. *Plehn*: Az újabb malaria-kutatások gyakorlati eredményei. *Lesser*: Higany- és jodkészítmények egyidejű használata. *Hirschberg*: A szemtükör felfedezésének 50. évfordulója. *Küster*: Tejhigiene. *Rohden*: Vaginalis suppositoriumok és globulusok dermosapból.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 46. szám. *Lauenstein*: Recidiva a hydrocelenek Winkelmann szerint végzett gyökeres műtéve után.

47. szám. *Bum*: Kísérletes vizsgálatok a pangás befolyásáról a esont-callus képződésére.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 47. szám. *Knapp*: Nőgyógyászati demonstráló és gyakorló phantom. *Rühl*: Normalis helyen tapadó placenta idő előtti leválásának esete; a szülés befejezése vaginalis császármetszéssel. 48. szám. *Siller*: A peritoneum és a medencebéli kötőszövet sokszoros echinococcus. *Stroganoff*: Az eklampsia kezelése.

Zeitschrift für klinische Medicin, 44. kötet, 1. és 2. füzet. *Hansemann*: Vesedaganatok. *Lüthje*: Adatok a fehérjeforgalom ismeretéhez. *Reissner*: A chlor viselkedése a gyomorban és a sósavhiány oka gyomorráknál. *Düschmann*: Gyógyforrások sótartalmának befolyása a vér alkotára. *Boekelmann*: Az embergyomor kórboneczta ulcus és carcinoma eseteiben ismert vegyi és motorius működés esetén. *Bendix*: Antiseptikus hatás-e a hűgysav? *Singer*: Az aspirin befolyása a bélrothadásra. *Belski*: Az atrio-ventricularis határon blockirozott systolék.

Progrès médical, 1901. 47. és 48. szám. *Lapointe*: A spina bifida anatómiai alakjai.

Le bulletin médical, 1901. 93. szám. *Manquat*: A klimatoterapia alapjai. 94. szám. *Regnier*: A radioskopia a mindennapi gyakorlatban.

La presse médicale, 1901. 95. szám. *Budin*: A szülészet tanítása Párisban. *Desfosses*: Hogyan kell türeztetést az újból eltávolítani.

La semaine médicale, 1901. 49. szám. *Weill és Péhu*: A szamarhurut prophylaxisa és kezelése.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 48. szám. *Bayet*: Epilepsia syphilitica secundaria. Epithelioma lupus tuberculosuson. *Le Cleve-Dandoy*: Prostatotomia Bottini szerint.

Revue de chirurgie, 1901. 11. füzet. A legutóbb tartott sebészeti congressusok tárgyalását tartalmazza.

Bulletin général de thérapeutique, 142. kötet, 13. füzet. *Laval*: Gümökóros nyaki adenitis. *Laumonier*: Kis gyermekek gymnastikája. 14. füzet. *Maurel*: A gyógyszerek és mérgek általános hatását igazgató törvények. *Mareschal*: A Michel-féle „agrafe” használata. 15. füzet. *Leredde*: A pruritus analis és vulvaris kezelése villanyozással. *Gallois*: A cacodyl-kezelés. 16. füzet. *Laval*: A heregümökör kezelése. *Maurel*: A gyógyszereknek és mérgeknek általános hatását szabályozó törvények.

Archives de neurologie, 1901. november. *Féré*: Az alkohol és a dohány befolyása a munkára. *Marandon de Montyel*: Bőrreakciók elmebajosoknál. *Brunet*: Idült diffúz meningo-encephalitis a baloldalon az arachnoidea obliteratiojával fibrosus szalagok útján.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1901. 8. és 9. szám. *Dubreuilh és Auché*: Ulcus rodens. *Himmel*: Rosszindulatú syphilis két esete.

Revue de médecine, 1901. 10. füzet. *Galippe*: Az állsontok és a fogak anomaliáinak öröklése. *Devic és Gallavardin*: Az epecsatornák, a ductus choledochus, hepaticus és cysticus primaer rákja. *Remlinger*: A dysenteria néhány ritka szövödménye. *Guillain*: A hysteriás hebegés. *André*: Praegastrikus gáztályog.

British medical journal, 1901. november 30. *W. Gowers*: Syphilis arterialis megbetegedés esete. *W. H. Bennett*: A pontos megfigyelés szükségessége sebészeti esetekben. *T. R. Bradshaw*: Heveny sárga májorvadás. *W. Watson Cheyne*: A sebkezelés háborúban. *J. Sawyer*: Gyógyszeres trochiseusok. *J. A. MacWilliam*: A bokaclonus vibratioinak száma. *W. Soltau Fenwick*: Mellékvese-kivonat gastro-intestinalis haemorrhagiánál. *A. Dunley Owen*: Költő-hely moszkítókat számára. *L. Cole-Backer*: Vándorvese műtett esete. *A. Barnes Hughes*: Idegen test a tüdőben; kilöködése parietalis tályogon át. *H. Hughes*: Antistreptococcus-serummal kezelt gyermekági láz eset. *E. Howard Bannister*: Az alsó állsont rendkívül nagy, egyszerű epulisa; eltávolítás állcsontresectio útján.

The lancet, 1901. II. 22. szám. *H. Morris*: A vándorvese tünetei és kezelése. *W. Hale White*: A perigastrikus adhaesiok tünetei és kezelése. *G. Buckston Browne*: 25 évi tapasztalat a húgysebészet terén. *J. Bell Pettigrew*: Boneztani készítmények előállítására. *A. E. Garrod*: Alkaptonuria. *Walker Overend*: Myxasthenia. *C. H. Leaf*: Az emlőrák műtéve. *W. Stewart Stalker*: Elmebajra vezetett ólommérgezés esete. *Peyton T. Beale*: A műtőterem világítása. *W. H. Kelson*: Gégedaganat esete; thyrotomia. *E. Magennis*: Szamarhurut gyógyítása orr irrigatioval. *W. McAdam Eccles*: Tetanus neonatorum esete. *E. W. Goodall és C. Basan*: Purpura diphtheria után. *H. J. Hott*: Arczsérülés esete.

Edinburgh medical journal, 1901. november. *G. A. Gibson*: A munka módszerei. *G. Archdall Reid*: A hereditas rendszer tanítása. *J. Biernacki*: Súlyos diphtheria kezelése. *E. Harding Freeland*: Adatok a tyúkszem kór- és gyógytanához. *Francis Hawkins*: A bél mucosus betegsége. *L. Freyberger*: Többszörös agyalaesio.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. december 6.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1901-dik év 48. hetében (1901. november 24-dikétől november 30-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484,

összesen 744,719. Élve született 420 gyermek, elhalt 239 egyén, a születések tehát 181-el múltak felül a halálozásokot. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 29.3 — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16.7 az egy éven felüli lakosságnál: 13.7, az öt éven felüli lakosságnál: 13.0 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 2, pertussis 0, morbilli 3, scarlatina 4, variola 0, varicella 1, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 10, apoplexia 4, eclampsia 2, szervi szívhaj 18, pneumonia 26, pleuritis 2, pneum. catarrh. 5, bronchitis 10, tuberculosis pulmonum 40, enteritis 14, carcinoma 8, ezek közül méhrák 3, egyéb újképletek 2, morbus Brightii et nephritis 6, veleszületett gyengeség 8, paedatrophia 0, marasmus senilis 14, erőszakos haláleset 13, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 3, bal- és 8, kétséges 1 (1). **II. Betegedes.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2970 beteg, szaporodás e héten 861, csökkenés 833, maradt e hét végén 2998 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi november 26-ától december 3-dikáig terjedő 48. héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 39 (42), diphtheria, croup 29 (16) hagymáz (typhus) 4 (5), kanyaró (morbilli) 127 (63), trachoma 10 (11), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 9, (14), orbáncz (erysipelas) 19 (13), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (4) járv. fültőmirigylob 13 (9), ezenfelül varicella 77 (73).

+ **Bemutatott oklevelek.** Okleveleiket november hó folyamán a fővárosi tisztifőorvosnál bemutatták: Frim Arthur dr., Sipőtz Géza dr., Reuter Kamill dr., Török Lajos dr., Gábor Ármán dr., Ziffer Hugó dr., Pásztor Simon dr., Sebők Zsigmond dr., kassai Raisz Sándor dr., Tugendhaft Gyula dr., Ács Sándor dr., Vilesek János dr., Müller Vilmos dr. egyetemes orvosdoktorok, továbbá Erdős Dezső és Bihari Jenő okl. állatorvosok és 6 szülésznő.

⊕ Az „Orvosi kör országos segélyegyletének” elnöksége értesíti azokat, kik segélyre jogosultak, hogy kérésükkel írásban folyó hó 25-dikéig jelentkezzenek alólírott elnökségnél. Jogosultak: elszegényedett, keresetképtelen tagok vagy elhalt tagok özvegyei és árvái. Budapest, 1901. december 1. *Rákosi Béla* dr., e. i. elnök, Soroksári-utca 18.

+ **Kitüntetések.** Ő Felsője folyó évi november 26-dikáról kelt elhatározásával a személye körüli magyar minister előterjesztése folytán *Vécsey Tamás* dr. budapesti tudomány-egyetemi nyilvános rendes tanárnak és ezidei rektornak, *Sághy Gyula* dr., *Kézmárcsny Tivadar* dr., *Kéty Károly* dr. és *P. Theurewk Emil* dr. budapesti tudományegyetemi nyilvános rendes tanároknak, *Purjesz Zsigmond* dr., a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem nyilvános rendes tanárának, *Hosay Lajos* dr. műegyetemi rendes tanárnak és ezidei rektornak a tudomány és tanügy terén szerzett érdemeik elismerésül a magyar királyi udvari tanácsai czímet díjmentesen adományozta. E kiváló szakembereinknek e tömeges kitüntetését bizonyára örömmel fogadja a hazai tanügy minden őszinte barátja mint annak megnyilatkozó jelét, hogy az oktatásügyi kormányzat fontosságot helyez arra, hogy a felsőbb oktatás különböző terén buzgóan működő harezosok munkásságának culturalis és társadalmi fontossága a legfelsőbb helyről jövő elismerés által is dokumentálva legyen.

△ **Orvosi kinevezések.** *Seyler Emil* dr. es. és kir. szab. k. I. oszt. ezredorvos Esztergom vármegye tisztifőorvosává, *Kaczevinsky János* dr. volt sebészeti tanárságát a békéscsaba központi sebészeti osztályának főorvosává neveztetett ki. *Markovits Lázár* dr.-t a főpolgármester a szt. Rókus-kórházhoz segégorvosnak, *Holczel Zsigmond* dr.-t alorvosnak nevezte ki.

⊗ **A Bókai-szoboralapra** befolyt adományok és gyűjtések **V. kimutatása:** Irsai Arthur dr., Feuer János dr., Királyi Ármán dr., Hütl Hümer dr. 20—20 k., Vas Bernát dr. gyűjtése 15 k., Irsai Frigyes dr., Hegedüs János dr., Lévai József dr., Székely Ágoston dr., Apatitzky Sándor dr., Bakó Sándor dr., Deér Endre dr. 10—10 k., Szegő Kálmán dr. (Abbazia) 400 k., gyűjtése 20 k. (és pedig: Fisch Lajos 10 k., N. N. 4, Ehrmann Leoné, Stiassny Emilné, Kohn Emilné 2—2 korona), Singer Gusztáv dr. 4 k., ivén: Freund Arnold, Fenyves Sándor 1—1 k.; Nagy Dezső dr. (H.-M.-Vásárhely) 5 k., Ékei Antal dr. (Kassa) 20 k., Sóbányai Pál dr. 2 k., ivén: Dócsai Mihály dr. 2, Asklepiad, N. N. dr. 1—1 k., Korányi Sándor dr. 50 k., Ötvös József dr. 5 k., Dobák N. 1 k., Hattyásy Lajos dr., Verebélyi László dr. 50—50 k., Alexy János dr. (Lőcse) 5 k., Linsbauer R. dr. 20 k., ivén: M. M. 5, Kalmár A. 3, E. Zs. 2 k.; Grósz Gyula dr. 50 k., ivén: Stiller Bertalan dr. 40 kor., a „Bródy Adél“-kórház segéorvosi kara 12 k., Neubauer Adolf dr., Lantos Emil dr. 10—10 k., Beck Soma dr. 5 k., Steiner Ignác dr. 2 k., Lengyel Emil dr. 1 k.; Szalay Béla dr. 10 k., ivén: Perény Dezső dr. 2 k.; Mikó Gyula dr. 5 k., ivén: Makoviczky Gusztáv, Duschnitz Fr. dr., Polgár Márk dr., Hoffmann, Stein és Stieglitz dr.-ok 1—1 kor.; Eröss Gyula dr. 50 k., Magyarországi Gyógyszerész-Egyesület 50 kor. A mai kimutatás összege 1066 korona, vagyis az eddig kimutatott 5551 koronával főösszeg 6617. k. Nem mulasztjuk el ez alkalommal sem, hogy úgy a gyűjtőknek, mint az egyes adakozóknak ez úton is őszinte köszönetet ne mondjunk. A Bókai-szoborbizottság nevében Bauer Lajos dr. elnök, Linsbauer Rezső dr. pénztáros, Faludi Géza dr. ellenőr.

⊕ **A Korányi-jubileum végrehajtó bizottsága** november hó közepén összehívott értekezlete működéséről következőleg számol be: A megrendelt 250 éremből 240 darab kelt el. Pénztári maradvány: 96 kor. 43 fl.; ez összeget az értekezlet kiegészítette 100 koronára és a Semmelweis-szoboralaphoz esatolta.

Az érembizottság az érem anyatöit a Nemzeti Múzeumban helyezte el; egy-egy példányát pedig a budapesti kir. M. Tud. Egyet. Orvosi karának, a székesfővárosi muzeumnak, az orvosi sajtó képviselőinek, s végre *Korányi* tanár azon tanítványainak adományozta, kik nem járulhattak hozzá az érem kiállításához. Megküldte az érmet a bizottság azon társulatoknak is, a melyeknek *Korányi* tanár dísz- vagy tiszteleti tagja hazánkban és a külföldön.

Ezek közül melegen megköszönte a figyelmet a berlini Verein f. int. Medic., a bécsi Gesellsch. f. Ärzte, a párisi Société de Thérapeutique főtitkára pedig a következő átiratban válaszolt:

A társulat nevében van szerencsém azon beszéd szövegét közölni, melylyel *Robin Albert* tanár elnök a *Korányi* jubileum érem átvételét közölte a tagokkal:

„Nagy hálával fogadjuk, Uram, a budapesti végrehajtó bizottság figyelmét, midőn társulatunk számára kitünő és híres collegánk, *Korányi* tanár emlékérmét küldeni szives volt. Az érmet a társulat irattárában fogjuk megőrizni. Van szerencsém továbbá javasolni, hogy fejezzük ki *Korányi* tanár úrnak legnagyobb tiszteletünk kíséretében szerenssé kívánatainkat, azon őszinte és szívélyes óhajunkkal, hogy számos éven át folytathassa működését a magyar tudományosság dicsőségére.”

Ez alkalomból *Elischer Gyula* tanár végrehajtóbizottsági elnököt a tiszteleti levelező tagsággal tüntette ki.

□ **Taufer Vilmos** tanár november 21-dikén és december 1-én mutatta be az újonnan épült II. női klinikát az orvoskar tanártestület és a budapesti kir. orvosegyesület tagjainak. Ismertetni fogjuk részletesen.

⊙ **Műkiállítás rendezésének terve** merült fel az országos orvosi nyugalomdíj- és segélyező intézmény javára. A kiállítást jövő évre tervezik a városligeti műcsarnokban. A fő- és székváros polgárainak, orvosainak és orvostanárainak birtokában levő műtárgyakat és festményeket fogják összegyűjteni és kiállítani és hangversenyekkel kapcsolatban a nagy közönségnek bemutatni. A jövedelem az orvosnyugalomdíj-alapot fogja növelni. A rendezés élen egy műértő kartársunk áll, ki műbarát társaival ismert energiájánál fogva kétségen kívül sikerre fogja vezetni ezen a nemes czél szempontjából üdvözlendő vállalkozást.

— **Tomka Samu** dr.-nak múlt számunk vegyesei közötti nyílt levelére a következő választ vettük:

„Méltóságos **Högyes Endre** dr. úrnak, mint az „Orvosi Hetilap” főszerkesztőjének.

Az „Orvosi Hetilap” f. évi 48. számában **Tomka Samu** dr. úgyszólván egy nyílt levelet intézett hozzám, mint az Orvosklub elnöki igazgatójához, mely levélre a következőkben válaszolok:

Az Orvosklub választmánya a tagfelvétel felett titkosan szavaz. A választmány e részbeni határozatát indokolni nem köteles.

Ennyit mint a klub elnöki igazgatója. Mint magánembernek, **Tomka Samu** dr. úr személye ellen semmi kifogásom sincs.

Budapest, 1901. december 5. Tisztelettel *Kéty Károly* dr.

— **Kézmárcsny tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét november hóban 72 esetben vették igénybe 40 műtéttel. Évi folyó szám 753.

+ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület segélyét** november hóban 814 esetben vették igénybe. Évi folyó szám: 9006.

∇ **Megjelent. Julius Dollinger:** Ein Betrag zur Hochschulpädagogik. (Klny. a „Deutsche med. Wochenschriftból.”) — **V. Babes:** Les épidémies associées. Paris. 1901. (Klny.) Über Neuroglia-wucherung. 1901. (Klny.) Einige Sanitäre Vorurtheile. 1901. La tuberculose des bovines en Roumaine. 1901. — **W. Erb:** Winterkuren im Hochgebirge. 1901. — **Baumgarten E.:** Pruritus senilis linguae. 1901. (Klny.) Chronische Kehlkopfstenose traumatischen Ursprungs. 1901. (Klny.) — Révai-kalendárium. 1901. Révai testvérek irodalmi intézet részvénytársaság, Budapest.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénos iszapfürdő, melynek 520 m²-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **lokális iszapborogatások.** Minden női gyógy- és üdítő-türodák. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az **Igazgatóság.**

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (1901. november 23-dikán tartott XXI. rendes ülés.) 798. l. — (XXI. folytatólagos rendes ülése 1901. november 28-dikán.) 799. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIII. bemutató ülés 1901. október 23-dikán.) 800. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(1901. november 23-dikán tartott XXI. rendes ülés.)

Elnök: Schwartz Arthur. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

(Vége.)

Belső incarceratio készítménye.

Verebély Tibor: Kétségtelen, hogy a belső incarceratiók aetiológiájában jelentékeny szerepet kell tulajdonítanunk a féregnyulvány lobos elváltozásainak. A periappendicitis, mint körülírt peritonitis oly sokszerű elváltozást létesíthet, hogy az appendicitis okozta incarceratiók alcsoportokra oszthatók. Az első, leggyakoribb csoportba sorolhatjuk a periappendicitisből származó kötőszövetes kötegek okozta nyílásképződést; a második csoportban meglévő, szomszédos szervek tapadnak össze periappendicitis folytán úgy, hogy intraperitonealis sérvkapuk létesülnek; harmadik legritkább csoport az, a mikor maga a processus változtat helyzetet úgy, hogy nyílásképződés az eredmény. Ez utóbbiak közül ismét gyakrabbi eset az, hogy a processus a képződő nyílás körzetének egy részét alkotja hidszerű lenövés útján, ritka az, hogy a processus maga alkotja az egész sérvkaput circularis meghajlás által.

Egy ilyen igen ritka készítmény a jelen bemutatás tárgya, mely egy 51 éves, hatalmas termetű, ép szervezetű munkás férfiból származik, a ki kifejezett ileus tüneteivel vétetett fel a kórházba s csakhamar elhalt, mielőtt az absolut indicált laparotomia rajta végrehajtható lett volna. A boncolásnál a hasüregben kezdődő peritonitis fibrinosa s mérsékelt véres-savós (300 cm³) transsudatum mellett szembetűnt az ileum alsó részletének véres tömülése, a fölötte fekvő egész béltractus tágulásával, a vastagbél collapsusával. A véres tömülés oka a legalsó 1 meternyi ileumszakasz és megfelelő mesenterium beszorulása egy 2 cm. átmérőjű, a caecumzák bal oldalán fekvő gyűrűbe, mely a typus horizontalis sinistert mutató féregnyulványnak körkörös felhajlása és letapadása által létesült. A mennyiben a lenövés úgy történt, hogy a felfelé visszahajlott féregnyulvány csúcsa a processus caecalis eredéséhez nőtt le, a képződött sérvkaput minden oldalról a féregnyulványtest határolja. Ebbe a gyűrűbe préselte belé a bélperistaltika az ileum legalsó részletét úgy, hogy a sérv kivezető szára közvetlenül a vastagbélbillyű felett fekszik.

Coecalis lymphosarcoma készítménye.

Verebély Tibor: A készítmény egy 27 éves férfiből származik, a ki a mult hónapban folyton fokozódó cachexia s egy gyorsan növekedő ileocoecalis daganat tüneteivel halt el Korányi tanár klinikáján s retroperitonealis sarcoma diagnózissal került boncolásra.

A hasüregben a jobb csipótányértől emelkedik ki egy másfél emberfejnyi daganat, melynek alsó polusához odanőtt az omentum maius csúcsa s mely balra szorítja az összeesett, üres bélsatornát. A daganat közepén, a középvonaltól jobbra, a legnagyobb domborulat a colon ascendens van a daganat felett kifeszítve úgy, mintha a daganat a mesocolon vastagodása folytán emelkedett volna ki előre és jobbra. A colon a daganatot három részre osztja; a jobb nagyobb fél fekszik a csipótányérban s a jobb vese előtt, a bal kisebb fél a mesenterium lemezt domborítja előre, a középső épen a colon alatt fekszik s megfelel a kiszélesedett mesocolonnak. Ez egységes daganattól egy nyulvány megy jobbra hátra felfelé, infiltrálva a musc. quadratus lumborumot, a bordák csonthártáját s az alsó bordaközi izmokat; egy másik nyulvány a bal félből a mesenterium lemezébe nyúlik göbös vastagodással. A daganat körüli mirigyek diónyi-ökölnyi megduzzadása. A felmetszett bélben kitűnik, hogy a falrétnek diffus, az ileum alsó részletében kezdődő s a colon ascendens nagy részét elfoglaló infiltratioja van jelen, mely azonban a mucosát érintetlenül hagyja, submucosus elhelyezési; maga a nyálkahártya csak savósan beszűrődött s tágult véredényekben dús. A colon közepén azonban, a hátsó falon gyermektenyéni ulceratic ül, melyen át egy gyermektenyéni üszkös üregbe jut a kutató ujj; a fekélyesedés ellapuló szélű, nem alávált, oly természetű tehát, mint azt kívülről befelé terjedő daganatoknál találjuk. A daganat metszlapja mindenütt egyenletes, velőszerű, fehér; állománya lágy, kocsonyás, oly tulajdonságok, melyek az adenoid szövettől rosszindulatú daganatokra, a lymphosarcomákra jellemzők. Ezt a kórismét megerősíti a göröcsövi vizsgálat, melynél igen finom adenoid reczében fekvő lymphoid sejtek dominálnak.

Az általában ritka bélsarcomák között igen ritkáknak kell tartanunk az ileocoecalis sarcomákat, a mennyiben az irodalomban alig 8—10 eset ismeretes. A jelen daganat a leirtakkal megegyezik abban, hogy férfinal, a fiatal években lépett fel, diffus circularis kiterjedésű, erős falvastagodást, de semmi szűkületet nem okoz, a mucosát csak másodlagosan támadja meg s hogy lymphosarcoma. Eltér az eddig leirtaktól nagyságában, a mennyiben jóval nagyobb valamennyi eddig leirtónál, s növekedésében, a mennyiben a serosát áttörve, a laza subperitonealis szövetben vezetett gyors beszűrődéshez, a mit eddig csak egy esetben láttak.

Ritoók Zsigmond: Az eset klinikai oldalát ismerteti, mely alkalommal súlyt helyez a többi és a szokottól lényegesen el nem térő tüneteken kívül a véreletre: vörös vörsejtek száma 2,100,000, minden morfol. eltérés nélkül; a fehér vörsejteké 10,000; haemogl. 25%. A fehér vörsejtek csaknem kizárólag polynuclearis leukocytákból állarak, lymphocyták alig voltak találhatók. E vérelet Ehrlich szerint azon esetekben, melyekben a tulajdonképeni pseudoleukaemia más, generalizált lymphomatosistól egyéb klinikai jelek alapján el nem különíthető, különösen fontos, mert szerinte a pseudoleukaemia és a lymphosarcomatosis generalis „differentiál diagnosztikai criteriumát” e lelet képezi. Míg lymphosarcomatosisnál a fehér vörsejtek egymáshoz való viszonya vagy nem változik, vagy a lymphocyták megfogyása észlelhető, addig pseudoleukaemiánál a lymphocyták jelentékenyen megsaporodnak, esetleg lymphoemia alakjáig. A bemutatott eset már a második pár hó óta az I. sz. belgyógyászati klinikán, melyben az Ehrlich felvételét beigazolvá látták.

Alopecia areata Finsen módszere szerint kezelt esete.

Schein Mór: Finsen gyógymódja tudvalevőleg a fény kék, ibolya és ultraviolet, úgynevezett chemiai sugarainak a bőrre gyakorolt hatásán alapul. E sugarak koncentrált mennyiségben való alkalmazására és a meleg sugarak elnyelésére Finsen egy complicált, drága apparatust használ, mely a magánygyakorlatban nehezen szereshető be. Azért több orvos, különösen *Strebel, Bang, Lortet* és *Genoud* iparkodott Finsen módszerét egyszerűsíteni és olcsóbbá tenni. Ama készülékek közül, melyek e célra szolgálnak, az egyiket én *Török Lajos* barátommal együtt beszereztem és ezen apparatussal folyó év június 12-dike óta kísérleteztünk. Az apparatust *Lortet* és *Genoud* írták le a *Lyon médical* f. évi 11. számában. Fényforrásul úgy mint Finsen apparatúsán egy villamos ivlámpa szolgál, melynek széncsúcsai fehér izzó állapotban sok kék, ibolya és ultraviolet fényt sugároznak ki. A hatás ugyanaz mint az eredeti Finsen-féle készüléknél. Közvetlenül az expositio után csekély hyperaemia és exsudatio észlelhető az illető felületen, mely lassanként fokozódik és 12—14 óra múlva maximumát éri el. Ezen *photochemikus lob* abban különbözik a hősugarak okozta lobból, hogy utóbbi rögtön keletkezik és igen rövid idő múlva éri el tetőpontját.

G. B. 24 éves nyomdász baját 1901. május havában vette észre. A kezelt első napján (VI. 30.) a hajzatos fejbőr hátsó felében két kopasz folt volt látható, mindkettőn igen gyér szintelen lanugo. A haj színe egyébként világosbarna. A felső folt nagysága ezüsfortintnyi volt, az alsó jóval kisebb, koronagagságú. A felső foltot naponta ismételt 20 percznyi ülésekben exponáltuk. A huszadik ülésnél (VII. 31.) constatáltuk, hogy a folt a periphéria felől kisebbedett, hogy itt rendes hajszálak nőttek ki és hogy a szőrnövés a folt centruma felé gyengül. Harmincz ülés után (IX. 3.) azt találtuk, hogy a szőrnövés a folt centruma felé lényegesen terjedt, de a centrumban még maradt egy kis kopasz terület. Negyven ülés után (X. 10.) ezen hely terjedelme kisebbedett. Jelenleg a folt teljesen be van növe rendes hajzattal és csak annyiban különbözik a többi hajzattól, hogy a szőrnövés kissé gyérebb. Ellenben a nem kezelt folt a kezelés idejében teljesen változatlan maradt és csak most kezd a szélén és itt-ott rajta is egy rendszeren pigmentált hajszál nőni.

Kétségtelen, hogy a felső folt gyógyulása a chemiai fénysugarak hatásának tudható be, mert a gyógyulás oly mértékben haladt előre, a mint a fénysugarak behatottak és mert az alsó nem kezelt folt a kezelés idejében semmiféle változást nem mutatott. Ezen eredmény megegyezik a Finsen-intézetében szerzett tapasztalatokkal, mely intézetből *Larsen* 7 gyógyult esetet közölt. Megegyezett továbbá más orvosok tapasztalataival is (például *Spiegler* Bécsben), kik az alopecia areata Finsen methodusa szerint való kezelésénél hasonlóképen teljes gyógyeredményt értek el.

Beck Soma: Először lévén alkalmunk Finsen módja szerint kezelt betegre e helyütt látni, beszámolok az eset kapcsán saját észleleteimről. *Lortet* és *Genoud* készülékének leírása után magam is megszereztem az eszközt s addig 4 esetben alkalmaztam. Alopecia decalvans egy esetében, a hol a fej már másfél év óta majdnem teljesen hajtalan volt, hosszabb kezelés után sem értem el sikert. Ez különben megegyezik *Finsen* tapasztalataival, a ki csak a friss és kis terjedelmű plaqueokat ajánlja kezelésre. *Lupus* 3 esetében azonban az eredmény igen szép volt s csak egyről emlékezem meg külön is, a hol egy kiterjedt hypertrophias exulcerált lupusnál 25 ülés után a beteg terület lelapult, behámosodott, elhalványosodott s alig bir göbcsékekkel.

Az eredeti Finsen-készülék nagy drágaságánál fogva nehezen szereshető meg, *Lortet* és *Genoud* módosított készüléke, mely hatásában igen kiváló, már sokkal olcsóbb, alig 200 frtba kerül, de legnagyobb haladás e téren *Bang* új készüléke, a mely a mellett, hogy hatásában az előbbieknél sokkal erősebb, 2—3 percz elég egy terület kezelésére, oly kicsi, hogy a szébbe tehető s alig fog 80 márkánál többbe kerülni. Elve az, hogy szénelektrodok helyett vaselektrodokat tartalmaz.

Basch kijelenti, hogy bár az orvosegyesület egyik ülésén már

három évvel ezelőtt részletesen beszámolt a Finsen-féle gyógyítás-módról s úgy annak idején, mint azóta többször is kiemelte, hogy a lupus-kezelések között ezen eljárással lehet a legszebb és úgyszólván ideális eredményeket felmutatni, nem hallgathatja el azt, hogy az alopecia areata gyógyításában nem tulajdonít ezen eljárásnak oly nagy fontosságot, mint azt bemutató teszi.

Tudjuk, hogy az alopecia régi eseteiben, a hol a szőrtüszők atrophia folytán elpusztultak, semmiféle szerrel sem vagyunk képesek hajzatot előteremteni, épúgy tudjuk azt, hogy friss esetekben a legkülönbözőbb kezelések is eredményteljes járnak hol rövidebb, hol hosszabb idő alatt, sőt vannak esetek, midőn az area Celsi minden kezelése nélkül is gyógyul; tudjuk azt is, hogy ott, a hol az egyik szor pl. chrysarobin eserben hagy, más szer mint pl. a sublimatos alkohol vagy a tinctura capsici alkohollal felhígítva stb., vagy akár a farados áram is beválik. Így tehát oly kezelést, mely 40 ülést igényel egy fillérnyi terjedelmű kopaszág megszüntetésére és ez által részben az orvos idejét túlságosan veszi igénybe, részben a beteg részéről sok időbeli és pénzbeli áldozattal jár, nem tartok előbbre valókná olyanná, a melyet kellő kitanítás alapján a beteg maga is végezhet és a mely legfeljebb 2 hetenként szorol orvosi ellenőrzésre.

A Finsen-féle fénytherápia épúgy mint a Röntgen-therápia az alopecia areata kezelésében nem nyújt tehát semmi különös előnyt s így haladásnak sem tekinthető, a mit különben maga Finsen és Bang is több ízben hangoztattak.

Schein Mór: Megengedem, hogy az alopecia areata sok esete kivált fiatal egyéneknél spontán gyógyul, hogy továbbá más gyógy-eljárások is szoktak jó eredménnyel járni. Jelen eset azonban nem így ítélhető meg. Lehetséges ugyan, hogy hosszabb idő múlva jelen esetben is lehetett volna más gyógyeljárással gyógyeredményt elérni. De mivel a kisebb folt más gyógyeljárás alkalmazására nem javult, mivel továbbá a nagyobb folt oly mértékben kisebbedett, mint a hogy a fényugarak behatoltak, kétségtelen, hogy jelen esetben az eredmény a fényugarak hatásának tudható be.

A csecsemő táplálásáról szóló tan mai állása.

Szontagh Félix: Előszavában kiemeli, hogy a rationalis diætetika szabályainak nélkülözhetetlen, egyedül helyes kiindulási alapja: a csecsemő és a szoptató nő élettani viszonyainak exact ismerete.

Legelőször is a női tej mennyiségét illetően foglalkozik. Első sorban *Johanessen* tejanalysiseinek eredményeit ismerteti, melyekből az derül ki, hogy a fehérjetartalom állandóan 1% körül van, nemkülönben, hogy az össz N mennyisége és a fehérjéhez kötött N között elég tetemes a különbség.

A zsirtartalom óriási fokban ingadozik, középértéke = 3.21%. *Johanessen*nel úgyszólván teljesen egyező eredményre jutott *Hoffmann* is (fehérje = 1.03%). Mindketten az individualizáló rendszerek segítségével jártak el. *Pfeiffer*, a ki a generalizáló methodust követte, kerek 100 analysisében majdnem kétszer annyi fehérjét talált, mint a két előbbi kutató. Szerinte a fehérjetartalom = 1.944%. Ezután behatóban ismerteti *Camerernek Söldnerrel* egyetemben végzett tejanalysiseinek eredményét, melyekből az derül ki, hogy a női tejben egy az *osseinhoz* vagy *chondrinhoz* hasonló anyag foglaltatnék, melynek N tartalma 5-6%, továbbá, hogy a női tej N tartalmú testeinek összege az első hónapban = 1.2-1.6% fehérje + 0.5-1.0% ismeretlen anyag. Ezen két bűvár ezen irányban vizsgálatait még tovább folytatta és ezen vizsgálatokból az derült ki, hogy a tehéntej maradékanyaga csekély mennyiségű, a női tej maradékanyaga nagy mennyiségű N-ben szegény vagy N mentes testeket tartalmaz. Ezen ismeretlen testek izolálása eddig nem sikerült, de valószínű, hogy *polysacharidok*.

Pfeiffer szerint azonban céltalan ismeretlen test után kutatni, minthogy friss tejben más N tartalmú testek (úgynevezett kivonati anyagok) nem fordulnának elő és a tej N tartalma rendkívül tág határok között ingadozik. Ezután *Schlossmann* 218 tejanalysiseinek eredményét ismerteti nagyon behatóan. *Schlossmann* a fehérjetartalmat egyszerűen úgy számította ki, hogy a meghatározott N értékét 6.25-tel szorozta. *Schlossmann* szerint a női tej fehérjetartalma = 1.56%.

Minthogy az újabb analysisek eredményei a női tej fehérjetartalmát illetőleg meglehetősen ellentmondók, előadó kívánatosnak tartja további kutatások végzését és valószínűnek tartja, hogy *Pfeiffer*, *Camerer* és *Schlossmann* eredményei felelnek meg a tényleges viszonyoknak.

Ezután a női tej és a tehéntej között fennálló legnagyobb részt ismert minőleges különbségekkel foglalkozva, kiemeli, hogy a kétféle tej caseinje között előadó által először kimutatott differentia a *nuclein-tartalmat* illetőleg, *Zweifel* hasonirányú vizsgálatai által megerősítést nyert. Hangsúlyozza a fehérjetestek között fennálló vegyi különbségek fontosságát a csecsemő táplálásánál. Ezek után foglalkozik a csecsemő tápszer szükségletével normalis súlygyarapodás mellett. Szopós csecsemőknél a szoptott tej mennyiségéből majdnem biztosan következtethetni a *valóságos* tápszerszükségletre. A megfigyelésnél a perspiratio insensibilis (5-12 gm.) el nem hanyagolandó. Ismerteti *Camerer* táblázatait, melyek egy része az újszülött és csecsemő összanyagcsereforgalmát is megfigyelt és theoretice kiszámított adatok alapján tünteti fel. Ezután a tápláló quotiens definícióját adja (a napi súlygyarapodás viszonya az átlagos napi tej mennyiségéhez), melynek segítségével mélyebben pillantathatunk az élettani viszonyokra.

Az anyagcsere kísérletek czíménél kimerítően tárgyalja az eddigi bűvárok, ú. m. *Raudnitz*, *Bendix*, *Lange*, *Grosz*, *Berend*, *Heubner*, továbbá *Cronheim* és *Müller*, nemkülönben *Freund*, *Keller* és *Michel* vizsgálati eredményeit. A N deficitről szóló tant, mint régen túlhaladott álláspontot csak röviden érintve, behatóan méltatja az anyagcsere kísérleteknél

nyert értékek fontosságát, nemcsak élettani szempontból általában, hanem mint a rationalis táplálás elengedhetetlen követelményeit modern tudomásunk értelmében. Mindazonáltal figyelmeztet arra, hogy az anyagcsere értékeknek mindjárt a gyakorlatba való átültetésénél bizonyos óvatosságra van szükség.

Ezután saját észleletéről számol be. Előadó egy mesterségesen (*Székely-féle* tejjel) táplált csecsemőnél hónapokra kiterjedőleg pontosan meghatározta volt a több ízben meg is analizált elfogyasztott tej mennyiségét (köbcentiméterekben) és a súlygyarapodást. Ezen csecsemő 2 és 4 hónapos korában *Tanl* tanár egy-egy 4 napra terjedő anyagcsere kísérletet végzett; ismerteti táblázatokban. Ezen kísérleteknél a perspiratio insensibilis kívül az összes anyagcsere-értékek lettek meghatározva. A N, P és Ca 24 órai forgalmát külön összeállítás tüntette fel. Előadó esetében az emésztés teljesen normalis, a N kihasználási % a 90-97 illetőleg 92-20 volt. A N retentio kiszámításánál kiderült, hogy az első kísérletben a tejjel elfogyasztott N-nek 26.73%-a, a felszívódott N-nek 29.58%-a tartatott vissza; a második kísérletben a megfelelő értékek: 28.49% és 30.77%. Ezen kísérletek is bizonyítják, hogy a tehéntej fehérje anyagai majdnem ép oly jól resorbeálhatók, mint a női tej fehérje anyagai.

A liszt kihasználását illető anyagcsere kísérleteket mint nem ide tartozókat csak röviden érintve, bővebben kiterjeszkedik a N retentióra női és tehéntej mellett. Az összehasonlításból az derül ki, a mit előadó *Biederttel* és *Zweifel*lel együtt vegyi vizsgálatok útján is bizonyított, hogy t. i. a női tej fehérje anyagai sokkal könnyebben emészthetők, mint a tehéntej fehérje anyagai.

(XXI. folytatolagos rendes ülés 1901. november hó 28-dikán.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri *Szontagh Félix*, *Grósz Gyula*, *Rákosi Béla* tagtársakat.

Felhívja a figyelmet arra, hogy a tagajánlások terminusa november 30-dika.

A csecsemő táplálásáról szóló tan mai állása.

Szontagh Félix: Előadásának második részében a természetes táplálás diætetikáját egyszerűen mellőzve és e tekintetben *Hirschler* és *Terray*, illetőleg *Temesváry* műveire utalva a hallgatót, a mesterséges táplálás csakis azon elveivel foglalkozik, a mik discussiot igényelnek. Kimerítő irodalmi szemle után, sok bűvárral egyetemben arra concludál, hogy a sterilizálás (3/4-1 óráig), tekintve, hogy a tej emészthetőségén ilyen eljárás inkább ront, mintsem használ, elvetendő; az egyszerű felforraltatás (10-15 percig) mellett nyilatkozik. Ezen álláspontját különösen *Flügge* dolgozatával erősíti első sorban. Ezután *Carstensen* és *Starek* munkálataival foglalkozva, a hosszú időre kiterjedő sterilizált tejjel való táplálásnak elég gyakran előálló hátrányos következményeit ismerteti. Ezen hátrányok székszorulás, vérszegénység, angolkór és *Barlow* kór. Kiemeli, hogy előadó már 12 év előtt tartott előadásában arra figyelmeztetett, hogy kizárólagosan (sterilizált vagy forralt) tejjel történő táplálás után, különösen, ha az hosszú időre terjed ki, angolkór gyakoribb mint természetes táplálás mellett. *Starek*kal egyetemben oda concludál, hogy ez idő szerint a forralt tehéntej a női tejkén a legjobb pótszere. *Barlow*-kór előadó eddigi tapasztalatai szerint Magyarországon nagyon ritka, miért is valószínűnek tartja, hogy ezen érdekes bántalom fellépésénél a földrajzi elterjedés is szerepet játszik. Előadónak csak egyszer volt alkalma ezen betegséggel találkozni, még pedig hosszú időre terjedő, úgyszólván kizárólagosan liszttel való táplálás után. Bár az ő esetében ezen bántalom elég súlyos alakjában lépett fel, mégis a diætá gyökeres változtatásával (friss tej, zöld főzelék, gyümölcsnedvek stb.) aránylag gyors gyógyulást ért el. Az angolkór és a sterilizált tejjel való táplálás közötti oki összefüggés tárgyalásánál *Zweifel* vizsgálatait ismertette kiemeli, hogy ezen bűvár szerint a forralás következtében a mézszóknak nagyfokú retentioja áll elő, minek kiegyenlítésére ezen szerző 3 gramm konyhasónak a hozzátételét 1000 gm. tejkeverékhez ajánlja. Ezután a pasteurizált tejjel foglalkozik. Kiemeli, hogy különösen amerikai orvosok erre vonatkozólag igen kedvező eredményekről értesítenek és ismerteti egyszerűen azon óvszabályokat, miket a pasteurizálásra használt tej nyeresénél és kezelésénél alkalmaznak, illetőleg követelnek. Ezután a nyerstej kérdésével foglalkozik és ismerteti azon szigorú cautelákat, miket különösen *Biedert* állít fel, hogy a nyers tejjel történő gümőkóros infectionak a veszélyei teljesen elkerültessenek és *Biederttel* egyetemben előadó is azon véleményen van, hogy a nyers tejjel való táplálás mint természetes állapot után kell törekedniünk. A nyers tej fogalmához ma az *aseptice nyert* és *kezelt*, vagyis *absolut tiszta steril tejként* a fogalmát köti. *Koch*nak az idei nyáron a tuberculosis congressuson Londonban tartott előadását csak röviden érintve, véleményt nem kockáztat, csak kiemeli, hogy ha *Koch* kijelentése igaznak bizonyulna, a nyers tejtől való félelem semmivé redukálná.

A hígítás kérdésével röviden végezve, arra figyelmeztet, hogy a túlságos hígítások aligha vezethetnek súlygyarapodásra. Az újabb időben több oldalról ajánlott teljes tejkén nem barátja, bár concludálja, hogy lehetnek csecsemők, kik fürik. A teljes tej kapcsán a *Dungern* szerint gyomoroltóval az úgynevezett peginnel (a gyomoroltónak tisztán előállított tejzúkorhoz kötött készítménye) megalkasztott tejről megemlíkező emliti, hogy *Siebert* igen lelkes ajánlatára saját osztályán most kísérletezik, vele, de az eredményről még nem számolhat be.

Minthogy feltételezi előadó, hogy azon eljárások, a mik hivatva vannak a hígítás által előálló tápláló anyag, első sorban zsír hiányt pótolni, továbbá, a mik azt czélozzák, hogy a tehéntej fehérje anyagai

könnyebben emészthetők legyenek, szóval, hogy a tehéntejből egy a női tejjel mindenben aequivalens táplálószer álljon elő, legnagyobb-részt ismeretesen nem terjeszkedik ki rájuk, csak a tej-készítmények két hibájára figyelmeztet, t. i. hogy előállításuk gyárilag történik és a tej eredeti vegyi szerkezetének, igaz sokszor csak csekély, de sokszor igen nagyfokú megváltoztatásával jár. Mindazonáltal elismeri, hogy van közöttük sok használható, sőt jó készítmény is.

Végül arról referált, hogy — úgy szólva napjainkban csak — az írónak, másképen soványtejnek az idei hamburgi vándorgyűlésen akadtak ismét igen lelkes szószólói, dacára annak, hogy eddigi theoretikus ismereteink szerint ezen tápszer aligha tekinthető rationalisnak, sőt ha úgy beválnék, mint az eddigi tapasztalatok szerint tényleg bevált, minden eddigi tudomásunkat úgyszólván halomra döntené. Másoknak e tápláló szert lesújtó kritikája dacára ajánlja, hogy kísérletezzenek vele, mert előállítása egyszerű és olcsó. Németországban és Hollandiában a nép évtizedek óta kitűnő eredménnyel használja csecsemőinek felnevelésénél.

Zárszávában, a melyben arra utal, hogy a mesterséges táplálás kérdésében nagyon sok az eltérő nézet és a homlokegyenest ellenkező vélemény, oda concludál, hogy mindaddig a női tej az ép és beteg csecsemőknek az ideális tápláló szere.

Grósz Gyula: Örömmel üdvözli az előadást annál is inkább, mert az ezen téren kifejtett óriási munkálkodás labirintusában útbajgazított. De nemcsak ezen szempontból értékes ezen előadás, hanem az által is, hogy előadó saját vizsgálati eredményeit összehangzásba hozta az eddigi ismeretekkel és önálló nézeteit hangoztatta; továbbá bírálat tárgyává tette mindazt, a mit az utolsó évtizedben ezen a téren produkáltak.

Ha már most azt kérdezzük, vajon van-e ezen nagy irodalmi és laboratoriumi munkálkodásnak a gyakorlatra nézve valami lényeges, kézzel fogható eredménye: erre az a feleletünk, hogy igenis van. G. hivatkozik *Biedert* és *Camerer* elévülhetetlen érdemeire, a kik évtizedeken át tették vizsgálataik tárgyává úgy az emlőn, mint a mesterségesen táplált csecsemők életviszonyait, fejlődését stb. Annyi bizonyos, hogy a természetes táplálás még mindig a legjobb, hogy az anyatej könnyű emészthetősége oly előny, a melyet semmiféle más mesterséges táplálási módszerrel pótolni nem lehet. Mindazonáltal az eddigi tapasztalatok alapján be kell ismernünk, hogy a mesterséges táplálással, így különösen a sterilizált tejjel is, kitűnő eredményeket lehet elérni, a mint ezt a gyakorlatban elégszer tapasztaljuk; természetesen mindig feltéve, hogy a csecsemők normalis emésztőképességgel bírnak. Erre vonatkozólag hivatkozik a *Camerer* által összeállított táblázatra. C. ugyanis 114 anyatejjel és 85 mesterségesen táplált csecsemő súlygyarapodását feljegyezte a különböző hónapokban és arra a következtetésre jutott, hogy a természetesen táplált csecsemők átlagos napi súlygyarapodása eleinte nagyobb, mint a mesterségesen tápláltaké egészen a harmadik hó végéig; a negyedik hónapban ez egyenlő, az ötödik hónaptól kezdve a napi súlygyarapodása a mesterségesen táplált csecsemőknek már nagyobb. A végeredmény az, hogy a tizenharmadik hónap végén a természetesen táplált csecsemők napi súlygyarapodása 15, a mesterségesen tápláltaké pedig 38 gm.

Igen fontosnak tartja a csecsemő súlyának hetenként való meghatározását, mert ha azt látjuk, hogy a csecsemő 2—3 héten át nem gyarapszik kellőképen, úgy elérkezett annak az ideje, hogy melléktáplálékról gondoskodjanak. Ez azon eljárás, a melyet a francia szerzők „*allaitement mixte*”-nek neveznek.

Nagyon fontos továbbá azon kérdés, hogy mit tegyünk akkor, a mikor az anya nem szoptathat, vajjon dajkát ajánljunk-e vagy a mesterséges táplálást?

Ezen kérdés megfontolásával évek óta gyakorlatilag foglalkozván, azon conclusiora jutott, hogy helyes a *Biedert* álláspontja, a ki határozottan a dajkák ellen nyilatkozik. Gyakorlatában már számos esettel rendelkezik, a melyekben a mesterséges táplálás és pedig a sterilizált tejjel való táplálás, a megfelelő hígítások mellett, kitűnően vált be. A hígítást illetőleg az individualizáló eljárást követi.

Ha a természetesen táplált csecsemő nem gyarapszik, akkor az anya vagy a dajka tejének vizsgálata teljesen értéktelen, a mennyiben számtalanszor meggyőződött arról, hogy a tej összeállítása még physiologikus viszonyok között is nagy ingadozásoknak van alávetve.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató ülés 1901. október 23-dikán.)

Elnök: Mutschenbacher Béla. Jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

Darier-féle betegség nyálkahártya localisatioval.

Huber Alfréd: 19 éves fiúnál a betegség székhelye a köztakaró nagy részén kívül az alsó ajak nyálkahártyája és a kemény szájpád. Bemutató ugyanekkor egy 28 éves nőbetegéről is referál, a kinél ugyan-csak hasonló természetű elváltozások voltak észlelhetők a száj nyálkahártyáján Darier-féle megbetegedés kapcsán. Bemutató két esetén kívül az egész irodalomban csak egy hasonló esetről van még említés téve. Véleménye szerint a nyálkahártyák megbetegedése a Darier-féle betegségnél nem lehet olyan nagy ritkaság, csak hogy eddig a figyelem nem terelgetett eléggé rá.

Nékdám Lajos. A bemutató figyelmét elkerülte, hogy szülő, a mikor az esetet az orvosgyógyászatban bemutatta, a kemény szájpádon levő nyálkahártyajelenségeket is be- és megmutatta. Eleinte szülő maga is

azt hitte, hogy e jelenségek a legnagyobb ritkaságok, az irodalom ide vágó adatainak áttekintésénél azonban meg kellett győződnie, hogy előtte már többen is tetek ily irányú észleleteket. Így *Hallopeau* második esetén kívül, melyet bemutató is említ, *White* már 1889-ben említ a „*few firm, small papular projections upon the hard palate*”, *Besnier* „*des lésions buccales et linguales de l'ordre des stomatites epithéliales — plaque blanche*” (1891), *Jarisch* 1895-ben ugyancsak leukoplakiát ír le, mely minden kezelés nélkül erősen javult, *Fabry* is a nyelven és az ajkakon talált elváltozásokat, továbbá még néhány, talán említésre méltó adat van *Moueknél*, ki sectionál a trachea nyálkahártyáját erősen injiciálnak, a bicuspidalist miliaris verrucosus exerescentiákkal borítottan találta, *Buzzi* és *Mietkénél*, kik elephantiasis labii superiorisnál rhinitis chronicát és mirigyduzzanatokot találtak, mit lymphatismussal magyaráznak. Végre *Schwimmer* esetében is feltűnő hasmenések gyötörték a beteget, ki folyvást arról panaszkodott, hogy bőrbaja beleireis áterjedt.

Ha tehát ezen adatok egy része nem eléggé affirmatív is, kétség-telen, hogy a folyamát noha igen ritka, nem sorolható az unicumok közé és csatlakoznunk kell a bemutató azon nézetéhez, hogy pontosabb vizsgálata mellett több esetben fogunk e folyamattal találkozni.

E folyamát érdekességét és tanulságos voltát különben szóló nem e localisatiókban látja, ahhoz fontos pathologiai kérdések fűződnek.

Ismeretes, hogy *Darier* 1889-ben parasitaernek tartotta e folyamatot, hogy azonban ő e felfogását 1896-ban visszavonta, mert csak morphologikus leletre támaszkodott, azóta ezt mások megdöntötték. E theoria mellett azonban egyéb érvek is vannak. Ha pl. az ép és kóros részek határára megvizsgáljuk göreső alatt a bőrt, úgy feltűnhet, hogy az egészséges sejtek egész tengerében néha csak egy vagy két elváltozott sejtet ú. n. *corps vonds*-ot, találni ezeket azonban minden átmenet nélküli, súlyos elváltozásban. Minthogy pedig az összes külső és belső behatások, traumák, keringési, beidegzési anomáliák stb. a szomszédos sejteket egyforma mértékben támadnak meg, közel áll a feltevés, hogy a *corps vonds*-okat e sejtek belsejébe jutott, talán parasitikus természetű ok hozta létre.

Ennek kiderítésére a jelen és a szülő által bemutatott másik beteg bőrből apró darabkákat 15 nyúlnak és malacznak peritonealis ürűbe oltott *Holezer* dr. és *Szatmári* dr. segítségével; az állatok hosszabb-rövidebb idő múlva leölve megvizsgálta a beoltott bőrdarabot és az állatok szerveit. Eleinte talált is néha *coccidiosis*-ban szenvedő májra. Ez a lelet azonban véletlenül bizonyult és a bevitt darabkák tüzetes vizsgálata azok necrosisát, gyors körülnövetését és felszívását mutatta ki minden localis proliferatio nélkül.

E kórfolyamat aetiologiája pedig azért volna sürgősen felderítendő, mert két érdekes kérdést világítana meg. Miként szóló annak idején praeparatumaiban kimutatta, ez a folyamat a genetikusan egyenlő értékűnek látszó *Malpighi*-rétegnek közepéből indul ki, egy savógyűlem szétválásztja a legalsó réteget a többtől és míg az alsó atypusosan a mélybe proliferál és ott *globe epidermique*-ek közpése mellett a *carcinomákra* emlékeztető képet ad, addig a többi elszarusodik; a *physiologie összetartozó hámrétegek tehát pathologie különbözően viselik magukat.*

A másik fontos pont e folyamatnál az, hogy dacára e *carcinomás* jellegű szöveti elváltozásoknak, évtizedekre terjedő, benignus lefolyással bír, tehát azon folyamatokhoz tartozik, melyek a jóindulatú lobok és a malignus daganatok között átmenetet képeznek.

Visszatérve a szóban forgó nyálkahártya-elváltozásokra: szülő a beteget 1899. októberében látta először, 1900. nyarán pár hónapig szülő osztályán feküdt, ekkor, mint biztonsággal állíthatja, nyálkahártyáján még nem látszottak e jelenségek. A folyó év tavaszán újból több hónapot töltött a beteg szülő osztályán és ekkor a szeméi előtt fejlődött a beteg kemény szájpádján a betegség, melyet tejsavnak, chromsavnak stb. bedörzsölésével nem tudott localizálni.

A heroinum alkalmazásairól a nőgyógyászatban.

Elischer Gyula: Mielőtt a tárgy tulajdonképeni ismertetésére áttérne, az egyes kórfolyamatoknak meghatározott időben és helyen mutatkozó ingadozásaira szándékozik ráutalni.

Úgy látszanék, mintha a méh rákos elfajulása ritkábban fordulna elő. Az utolsó három év összeállítása szerint 10,101 betegre (a járólagos betegrendelésben) 375 = 3.87% *carcinomás* jut, ezek között műtételre egyáltalán alkalmas 105 = 1.1%, ezek között mindössze 17, mely *totaléxstirpatoria*, *radicalis* műtételre alkalmas. A többiek egyik rendelő intézetből a másikba vándorolva főleg nagy fájdalmaik miatti panaszaiakkal veszik igénybe az orvos tanácsát.

A rákos méhbántalommal együttesen fellépő fájdalom mind *diagnostica*, mind *prognostica* tekintetben igen fontos tünet, a kezelésre nézve pedig az orvos rendelkezésére álló szereket és módokat hamar kimeríti.

Czélirányosnak bizonyult szülő előtt ilyen értelemben a *Dresser*, *Gerhardt*, *Tauszk*, *Floret*, *Weiss* és mások tapasztalatai nyomán *Mirtil* által a nőgyógyászati praxisban ajánlott *heroinum muriaticummal*, mint fájdalomcsillapító szerrel kísérletezni.

A szer hatását 1:1000 oldatos glycerines tampon alakjában 20 kórodai eseten figyelte meg.

A betegek két csoportja lett vele kezelve.

Olyanok, a kiknél a fájdalmakat a peritoneum izgatott volta idézte elő és olyanok, kik inoperabilis méhrákban szenvedtek.

A gonorrhoea ascensa, peri- és parametritis, valamint adnextumoroknál a fájdalom enyhítése elérhető volt váltakozó időtartammal és elősegítette a felszívódásra törekvő más szerelést. Az inoperabilis *carcinomáknál* hasonló, néha igen feltűnően kedvező eredmény lett elérve.

Eredmény nélkülinek bizonyult a heroinum ott, a hol a rákos elfajulás az ivarszervekre egyáltalán és a medenczekötőszövetre és mirigyekre kiterjedt.

Ideges nyugtalanságnál, álmatlansággal, valamint hysteriás nőknél a szer nem vált be.

Melléküneteket, bágyadság érzetét az alkalmazás után nem volt módunkban megállapítani.

A megejtett ellenőrző vizsgálatok alapján oda concludálhatni, hogy a *heroinum* mint fájdalomnyiható szer az előadott módon használva igen alkalmasnak bizonyult; a nyálkahártyákon izgalmat nem okoz, hosszabb időn át rendelhető és mint ilyen, különösen a rákos elváltozások második stadiumában kiterjedt alkalmazást érdemel.

Retrograd tágitott bázisingszűkületek újabb esetei.

Fischer Aladár: Csak röviden kívánom demonstrálni az általam használt Hacker-féle eljárással gyógyított két újabb esetemet.

Mindkét beteg (K. A. 25 éves eseléd, valamint Cs. M. 16 éves eseléd) lügmérgezés által okozott és impermeabilis bázisingszűkületben szenvedett és általam azon elvek és módszerek alapján operáltak, melyeket már több ízben volt szerencsém kifejtetni.

Heges pylorus-stenosis operált és gyógyult esete.

Fischer Aladár: K. P. 33 éves nőbeteg már régebben heves gyomortáji fájdalmakban szenvedett, néha hányt is; hogy a hányadék valaha véres lett volna, erre nem emlékszik. Tavasz óta gyomorpanaszai fokozódtak, állandó teltségi érzete volt, gyakori felbőgésekből szenvedett, melyekhez mind gyakrabban ismétlődő hányás csatlakozott. Bajától szabadulandó, f. é. szeptember hó 9-dikén a szt. Rökus-kórház Angyán tanár úr vezetése alatt álló II. sz. belosztályára vettette fel magát, ki őt a Navratil tanár úr vezetése alatt álló II. sz. sebosztályra volt szives áttenni.

Betegnél a középvonaltól jobbra, valamivel a köldök felett mozgékony, majdnem tyúktojásnyi intraabdominalis tumor. Gyomor erősen tágult; hányadék igen bő és savanyú szagú.

Szabad sósav a gyomorváladékban kimutatható, functionalis gyomorvizsgálatnál az ingesták legnagyobb fokú pangása állapítható meg. Mindezeket figyelembe véve, betegen laparotomiát végeztet f. é. szeptember 29-dikén, mikor is kiderült, hogy a gyomor pylorikus részét egy igen rostos és kemény heg foglalja el, mely a pylorus átjárhatlanságát okozza.

A pylorus heges stenosisainál három műtéti eljárás lett az idők folyamán alkalmazva: a resectio pylori, a Heinecke-Mikulicz-féle pyloroplastica és a gastroenterostomia, melyet ilyen esetekben manapság jóformán minden sebész alkalmaz.

A Wölfler-féle gastroenterostomia antecolica anteriorit végezte, melynek Kocher és Mikulicz nyomán előnyt ad a retrocolica felett.

A circulus elkerülésére pedig ez esetben is az általa alkalmaztatni szokott műfogást használta, t. i. az odavezető bélkacsot 90% alatt megcsavarta és a belet beszorító gaze csikot az odavezető száron a varrat leendő helyétől kisebb (2 cm.-nyi), az elvezető száron pedig nagyobb (6-8 cm.-nyi) távolságban alkalmazta. Az egyesítés a Braun-Kocher-féle varratokkal végeztetett.

Betegnél műtét után a hányás és gyomorpanaszok egy csapásra megszűntek és jelenleg súlyban és erőben jelentékenyen gyarapodott.

PÁLYÁZATOK.

2553/1901. szám.

Szentgyörgy szab. kir. városban 800 korona évi fizetéssel javadalmazott városi II-od orvosi állásra Pozsony vármegye alispánja pályázatot nyitott és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. XIV. t.-cz. 43. §-ában jelzett bizonylatokkal felszerelt folyamodványok ez évi december hó 10-ig hozzá adandók be.

A választás határmája a kérvények beérkezése után fog megállapíthatni. Szentgyörgy, 1901. évi november hó 26-dikán.

A városi tanács.

1053/1901. f. i. szám.

A kormányzatomra bízott Nyitra vármegye területén fekvő nagytapolcsányi közpörháznál lemondás folytán üresedésbe jutott alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok s felhívom mindazokat, kik ezen évi 1000 korona fizetés és 1 szobából álló természetbeni lakással javadalmazott s nyugdíj jogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. része értelmében megkívánt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. évi december hó 31-dikéig bezárólag — a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján — nyújtsák be.

Később beérkezett kérvényeket figyelembe nem veszek.

Nyitra, 1901. november 28-dikán.

Főispán helyett:
Markhot, alispán

2-1

2739/1901. szb. sz.

Udvarhely vármegyében a VIII-dik közegészségügyi körorvosi állomás lemondás folytán üresedésbe jött. Ezen körhöz Szentgyörgyház és Kápolnás-Oláhfalu, Lövete és H.-Almás községek tartoznak Szentgyörgyház-Oláhfalu központtal, a hol az orvos köteles lakni.

Fizetése évi 800 korona és természetbeni lakás.

A mennyiben a Homoród-fürdőn teljesítendő körorvosi teendővel is megbíztatik, ezért 400 korona tiszteletdíj jár. Az orvosi rendelvények, valamint a műtétek díjai is szabályozva vannak 1 koronától 10 koronáig, vagyontalan betegek díj nélkül kezelendők. Járvány kiutása vagy hivatalból tett kiküldetésnél a körorvost díj nem illeti, csak természetbeni kiszolgáltatandó fuvar vagy annak ára kilométerenként 20 fillér.

A körorvos köteles leendő havonként és félénként a járási orvoshoz egészségügyi jelentést és kimutatást beküldeni.

A pályázni kívánók felhívhatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt folyamodványokat 1901 évi december hó 31-dikéig alulírt járási főszolgabíróhoz adják be.

Székeludvarhely, 1901. évi november hó 22-dikén.

Demeter, főszolgabíró.

A budapesti kerületi betegsegélyző pénztár a fővárosi VI. kerület külső részében (Külső váci-út, Gömb-utca és Hungária-körút közötti területen) létesítendő orvosi állásra pályázatot hirdet.

Pályázhatnak okleveles orvostudorok legalább három évi gyakorlattal.

A pályázati beadványnak tartalmaznia kell:

1. Az oklevél keltét és kiállításának helyét.

2. Az esetleges kórházi, illetve kórodai gyakorlat kimutatását.

3. Annak felemlítését, hogy a pályázó más pénztárnak vagy egyesületnek orvosa-e vagy sem.

4. Annak határozott ígéretét, hogy a pályázó a pénztár hivatalos helyiségében betekínthető szolgálati szerződést magára nézve kötelezőnek elfogadja, illetve megválasztása esetén alá fogja írni.

A fizetés iránti, valamint bővebb értesítés a pénztár főorvosánál nyerhető hétköznapon déli 12—1 óra között.

Pályázati kérvények legkésőbb f. hó 18-dikáig benyújtandók Damjanich-utca 26 sz.; később érkezettek figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1901. december 4-dikén.

A „Budapesti Kerületi Betegsegélyző Pénztár” Elnöksége.

10,130/1901. ki. sz.

Tolna vármegye völgyeségi járásához tartozó Tevel, Kovácsi, Apar, Nagyvejte, Mucsfa, Kisvejte, Lengyel és Zavód községekből alakult közegészségügyi körben rendszerezett körorvosi állás lemondás folytán megüresedett.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. XIV. t.-cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb 1901. évi december hó 18-dikáig d. e. 12 óráig annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkezettek figyelembe nem veszem. Az állás 1902. január 1-jén foglalandó el.

A körorvos évi javadalmazása:

1. Kézpénz 1000 korona.

2. A látogatási díjak Tevel és Kovácsiban nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fill., a többi községben 2, illetve 4 korona.

3. Hivatalos községi látogatások alkalmával fuvarmegtérítés vagy elfogat.

A választást Tevelen, mint a kör székhelyén f. évi december 19-dikén d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Bonyháid, 1901. évi november hó 29-dikén.

Perczel Béla, főszolgabíró.

1048/1901. f. i. szám.

A kormányzatomra bízott Nyitra vármegye tulajdonát képező „Nyitra-megyei közpörháznál” lemondás folytán üresedésbe jutott alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok és felhívom mindazokat, kik ezen évi 1400 korona fizetéssel, a kórház épületében egy szobából álló lakással (fűtés, világítással) és teljes ellátással javadalmazott s nyugdíj jogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. része értelmében megkívánt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám, f. é. december hó 31-dikéig bezárólag — a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján — nyújtsák be.

Később beérkezett kérvényeket figyelembe nem veszek.

Mint hogy a kinevezendő alorvos a kórház elmebeteg osztályában nyer alkalmazást, az elmegyógyászatban jártasok a kinevezetésnél előnyben részesülnek.

A kinevezett alorvos esupán a kórház területére vonatkozó magánygyakorlatot ízhet.

Nyitra, 1901. november 26-dikán.

Főispán helyett:
Markhot, alispán.

10,318/1901. szám.

Vadász (Bélzerind) és Simonyifalva községekből álló egészségügyi körben a körorvosi állás üresedésbe jövén, arra pályázatot hirdetek s a választásnak Vadász községében leendő megejtésére határidőül folyó évi december hó 19-dikének d. e. 10 óráját tűzöm ki.

A körorvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási díj, továbbá 40 fillér halottkémlelési s végre a szabályrendeletileg megállapított hússzemle-díjakból áll.

A megválasztott körorvos köteles kézi gyógytárt tartani s a községbeli szegényeket ingyen gyógykezeln.

Felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi december hó 18-dikának d. u. 5 órájáig adják be.

A megválasztott körorvos állását folyó évi december hó 30-dikán elfoglalni tartozik.

Kisjező, 1901. november 19-dikén.

3-2

Csukay Gyula, főszolgabíró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárt december 12-dikén.

Körorvos. Széll. 1128 k. Trombitás M. főszolgabíró. Igal.

Lejárt december 14-dikén.

Községi orvos. Mágócs. 1000 k. f. Máthé Ödön főszolgabíró. Sásd.

Lejárt december 15-dikén.

Községi orvos. Gyulafelelca. 1200 k. Gyógytár, húsvágatási szemledij. Müller sz. b. Zombor.

Lejárt december 21-dikén.

Körorvos. Poroszló. 1200 k. Fülöp fszb. Tiszafüred.

Lejárt december 28-dikén.

Körorvos. Szaplonca, 1160 k. f., 200 k. ú. á. Mármarosziget. Főszolgab. hivatal.

HIRDETÉSEK.

Meran

VILLA HUNGARIA.

Magyar ház, üveg-fekvőteremmel, balkonokkal, sanatoriumszerű kezeléssel és ellátással. — Gondos ápolás — Mérsékelt árak. — Felvilágosítással szolgál dr. GARA GEZA.

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, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky 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.

- Stiller Bertalan: A gyomoratonia kérdéséhez. 802. lap.
 Déri J. Henrik: Velezületett keresztstáji daganat. 804. lap.
 Kéty László: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkórodájáról. (Igazgató: Kéty Károly tanár.) Az eupyryn, basicin és rhizoma scopoliae carniolicaeról szerzett klinikai tapasztalatok. 807. l.
 Tárca. Némái József: Az énekhang és énekművészet physiologiája. 808. lap. — Juba Adolf: Az iskolaegészségügy reformja. 809. lap.
 Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Torday Árpád: A malariatheoria jelenlegi állása. 810. lap. — Könyvismertetés. Placzek: Jahresbericht der Unfallheilkunde, gerichtlichen Medicin u. öffentlichen Gesundheitspflege für die ärztliche Sachverständigenhätigkeit. 811. lap. — Krönig: Ueber Kystoskopie beim Weibe. (Ráskai Dezső.) 811. lap. — Ernst Meissen: Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose. 811. lap. — Lapszemle. Belgyógyászat. Heller R.: A salzburgi természetes lápfürdőkrol, a lápvasfürdőkrol s ezek physiologiai hatásáról. (—nt.) — Sebészet. Tavel: Sebdipltheria. (Pólya Jenő.) — Szülészet és nőgyógyászat. Goedecke: Klinikai megfigyelések eclampsianál. (Kern Géza.) — Rielländer: Elhalt magzat esetében észlelhető lepényi elváltozások. (Kern Géza.) — Venerás bántalmak. Welander: A jodkalium, jodalbacid és jodipin hatása. (Sellei József.) — Grouven: A jodipin (Merck) a syphilis gyógykezelésénél. (Sellei József.) — Fülgyógyászat. K. Biechl: A nervus vestibularis koponyán belüli átszakítása és ennek következményei. (Ifj. Klug Nándor.) — Biner Wolf: A gerinces állatok ivjáratának méretei. (Ifj. Klug Nándor.) — Kisebb közlemények az orcosgyakorlatra. Braun: Az ariol „Roche“ használata a gyakorlatban. — Cutter: Vaginismus. — Gantin: Heroin. — Folyóiratok átnézete. 812–813. lap.

gyógyászat. Goedecke: Klinikai megfigyelések eclampsianál. (Kern Géza.) — Rielländer: Elhalt magzat esetében észlelhető lepényi elváltozások. (Kern Géza.) — Venerás bántalmak. Welander: A jodkalium, jodalbacid és jodipin hatása. (Sellei József.) — Grouven: A jodipin (Merck) a syphilis gyógykezelésénél. (Sellei József.) — Fülgyógyászat. K. Biechl: A nervus vestibularis koponyán belüli átszakítása és ennek következményei. (Ifj. Klug Nándor.) — Biner Wolf: A gerinces állatok ivjáratának méretei. (Ifj. Klug Nándor.) — Kisebb közlemények az orcosgyakorlatra. Braun: Az ariol „Roche“ használata a gyakorlatban. — Cutter: Vaginismus. — Gantin: Heroin. — Folyóiratok átnézete. 812–813. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Trefort-estély. — Szegő Kálmán. — Közegészségügyi intézkedés a francia vasutakon. — A budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 813. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyomoratonia kérdéséhez.

Irta: Stiller Bertalan dr. egyetemi tanár.

Nézeteim a gyomoratoniaról és a vele kapcsolatos locogásról nagy hullámokat vertek fel a német szakajtóban. Igaz, hogy ezek a gyomor kórtanának egyik legvitásabb kérdései. Majdnem egyidejűleg négy közlemény jelent meg a legtekintélyesebb folyóiratokban,¹ melyeknek egy része heves támadást intéz ellenem, másik része ellenben nézetemet pártolja. Miután így napirendre került a kérdés, onnét döntés nélkül nem szabad levenni.

Az enteroptosist illető sok évi tanulmányaim alatt azon eredményre jutottam, hogy a gyomoratonia korántsem azonos a mozgási elégtelenséggel, hanem hogy van az atoniának egy szaka, a hol csak az izomzat tonusa gyengült, a kihajtó erő azonban még megteszi kötelességét; csak hogy oly ingatag, hogy a legkisebb működési többlet megzavarja, úgy hogy szörványosan peristaltikus gyengeség mutatkozik. Hasonlóképpen látunk a szívgyengeségnél egy hosszú és szerfelett fontos kezdeti stadiumot, a hol az izomzat atoniája, mielőtt végleges pangás fejlődne, a szív működés ingatagsága és elégtelensége, kifáradás, légszomj, sőt csekély meg-eröltetésre mulékony bokavizenyő által árulja el magát. Ugyanaz áll a húgyhólyagról, a mely gyengeségét néha éveken keresztül csupán a vizezés lassúbbodása, a húgysugár elernyedése és csekély káros behatások folytán jelentéktelen retentio által fejezi ki, mielőtt az állandó pangás beállana. A míg azonban a szívnek és hólyagnak atoniája szerzett és mindig haladó bántalom, a gyomor myastheniája rendszerint velezületett és többnyire élethossziglan,

mint egyszerű tonikus gyengeség áll fenn. Az eseteknek csak kis számában történik, hogy állandó elégtelenséggé, sőt pangássá fajul. A tiszta, egyszerű atonia képét látjuk az enteroptosis vagy ideges dyspepsia legtöbb esetében.

Elsner az ő replikájában intve kiemeli, hogy nézeteimmel teljesen egyedül állok. Ezt nagyon jól tudom, de ezen tudat sehogy sem bánt. Hiszen eddig én vagyok az egyedüli, a ki az atonia több ezernyi esetét tudatosan észlelte és annak helyét a kórtanban kijelölte; azért nem esoda, hogy ama eredményre egyelőre csak én jutottam. Az enteroptosis egész tanában, melynek az atonia felfogása csak töredéke, sem látok még nagyobb helyesítő tolongást körülöttem. Nagy tapasztalatnak eredményét csak másoknak tapasztalata igazolhatja, s erre idő kell. Csak hogy tanomnak synthetikus alapeszméje, mely az egyes észleletek halmazát szerves egészszé egyesíti, alkalmas arra, hogy az utána vizsgálók munkáját könnyítse. Egyelőre megelégszem azzal, hogy néhány nyomatékos szavazat helyeslőleg belehangzik a megindított vitába s hogy elméletemnek majdnem minden egyes pontja discussiora lett méltatva.

Ellenfelem továbbá bizonyos pathossal ismételve azon intést hangoztatja „mily rengeteg zavart idézek fel az orvosok felfogásában“, midőn azt állítom, hogy minden sülyedt gyomor eo ipso atonikus s hogy a locogás az atoniának s így a ptosisnak is legállandóbb jelzője. A kartársak ugyanis az atonia eddigi felfogása szerint azt fognák hinni, hogy minden ptosis és minden locogás mozgatósi elégtelenséget jelent s így a tévedések tömkelegébe fognak jutni. Ezen rettegett zavar engem nem hat meg. Bocsánat a példáért, de Copernicus nagyobb zavart okozott az emberek agyában, midőn a szemlátomást meghazudtolni vállalkozott. Minden tévedés feltárása ilyen üdvös zavarral jár. Mennyi zavart szenvedtem át magam, a ki az orvostannak egész újjá alakítását átéltem. Mily gyakran kellett traditionalis nézeteimet átídomítanom, mily gyakran biztosnak tartott értékeket átértéke-

¹ Archiv f. Verdauungskrankheiten és Berliner klin. Wochenschrift.

sítenem, hányszor eszmetáram jól rendezett ládait új etikettel el-látnom.

De nem elég a szörnyű zavar, melyet felfogásom a fejekben megindít, „azzal — mondja — visszaestünk azon *Rosenbach* és *Kussmaul* előtti időkbe, a mikor a gyomorkutaszt még nem ismertük“. Hát még hogyan bánt volna velem tisztelt collegám, ha nem igéri, tekintettel lenni azon respectusra, melyre nevem kötelezi. És miért vagyok ily veszélyes hátramaradó? Mert a kutaszpróbát elvetem ott, a hol helyén nincs. Már én régebben ismerem a kutaszt mint ő s ép annyira becsülöm. De csak esz-közöm és nem uram; nem egyedül üdvözítő istenségem. A beteg szervezet hű észleletét még többre becsülöm.

De nézzünk szemébe tulajdonképeni kérdésünknek. Ellenfelem meg fog győződni, hogy nem állunk egymástól oly messze, a mint hiszi. Ő ugyanis sorában az eseteknek bebizonyította, hogy a loesogás majdnem mindig súlyedt gyomorban mutatható ki, hogy azon tünet tehát a gastroptosisnak jellemzője. E pontban tehát egy szív és egy lélek vagyunk; mert ugyanezen állítást már évek előtt az enteroptosiszt illető alpmunkámban nyomtatékkal kiemeltem. Kimutatta továbbá, hogy ezen súlyedt, loesogó gyomrok többnyire rendes időben végzik az emésztést, hogy azoknál tehát mozgatósi elégtelenség nem található. E pontban megint szóról szóra egyetértünk; mert én is régen állítám, hogy a ptotikus loesogó gyomor rendszerint a peristaltika gyengeségét nem mutatja. Most jutunk azon pontra, melyen utaink szétválnak. Én ugyanis azt állítom, hogy minden súlyedt loesogó gyomor egyzersmind atonikus; ő ezt ellenzi, mivel mozgatósi elégtelenséget nem mutat és mivel valamennyi szerző épen ezt tekinti az atonia jellemzőjének.

Ha már most az emberek csekély kivételes számánál élénk loesogást találok, mely az emberek túlnyomó nagyobb számánál hiányzik, kérdeznem kell, mely physikalisk vagy élettani viszonyok okozzák ezen jelenséget ama kivételes esetekben. Ezen kérdést nemcsak én, de majdnem valamennyi észlelő akként oldja meg, hogy azt csak a gyomorfalzat elernyedése okozhatja, hogy ezen zsongtalan gyomor nem alkalmazkodik szorososan tartalmához, hanem hogy ez mint petyhüdt zsákban könnyen ide-oda hullámozik. Ez elvitázhatatlan, mert más physikalisk okát a loesogásnak kifizérkésni lehetetlen.

De menjünk tovább. A loesogást majdnem kizárólag súlyedt gyomron találjuk. Mi okozza a ptosiszt? Megint csak a szervnek elernyedése, falzatának rendellenes nyújthatósága, a mely lehetővé teszi, hogy a cardia rögzített voltánál előbb a nagy görbület, később a kis görbület is lesüljed és a gyomor a rekesz boltozatától a hasüreg mélyéig lenyúlhat. Ezen pontban is majdnem valamennyi szerző velem egyetért.

Ezen állásponttól az út még tovább vezet. Mert hol találjuk a gastroptosiszt? Száz eset közül 90-ben mindig egy veleszületett gyengeségű astheniás szervezetben. Előttünk van gyengéd esontváz, hosszú paralytikus mellkas, hegyes felhási szöglet, a bordaöv szilárdságának gyengülése mozgó 10-dik borda által. Látunk továbbá vékony zsongtalan izomzatot, satnya zsírpárnát és szokványos székrekedésben nyilatkozó béltoniát; látunk végre gyenge, izgékony, ingatag idegrendszert és elégtelen, labilis emésztést. A gastroptosis tápláló talaja tehát az egész szervezetnek kifejezett astheniája, mely a súlyedt gyomrot is kétségtelenül mint kiválóan atonikust jellemzi. E szerint mind a loesogás physikalisk értelmezése, mind a ptosis élettani magyarázata, végre a talaj is, melyen mindkettő majdnem kizárólag tenyészik, kényszerítő szükségéggel arra mutatnak, hogy a súlyedt loesogó gyomornak mindig egyzersmind petyhüdtnek kell lennie.

Ha most ellenfelem az ily gyomorban nem bírja kimutatni az emésztés késését, ebből korántsem az következik, hogy az ilyen súlyedt gyomron nincs atonia — mert ez elvitázhatatlan —, hanem ebből a logika szerint ellenkezőleg az folyik, hogy a mozgatósi elégtelenség nem lehet kriteriuma a petyhüdttségnek és hogy létezik atonia vagy annak egy szaka, a hol csupán a tonikus erő, a peristole, gyengült, a nélkül, hogy a peristaltika lényegesen szenvedett volna. Ha azonban ezen esetek lefolyását szemmel kísérjük, meggyőződünk, hogy a legesekélyebb túlhajtásra a kihajtó erő is időlegesen csökkenést mutat, vagyis hogy a peristolés

gyengeség peristaltikus gyengeségre hajlamosít, sőt egyes esetekben ama egyszerű peristolés petyhüdttség az ő szórványos kihajtási elégtelenségével állandó insufficientiává, sőt pangássá fajulhat. Az ily elégtelen erejű vagy plane pangásos gyomor kétségtelenül atoniás; de az atoniás gyomor csak kivételes esetben elégtelen.

Midőn tehát *Elsner* arra kér, hogy ejtsem el a „gyakorlatban kivihetetlen“ megkülönböztetést az atonia és elégtelenség közt, a legnagyobb áldozatot követeli tőlem, t. i. valódi sacrificium intellectust; míg én tőle nem kívánok egyebet, mint a klinikai logikának engedni. Hiszen ő maga hozzájárult a traditionalis vélemény megdöntéséhez az által, hogy kimutatta, miszerint a súlyedt gyomor nem elégtelen, a mit én már rég hangoztattam. Csak ne hagyja magát annyira hypnotizáltatni az imádott kutasztól, miután még egyéb klinikai bizonyítékok is léteznek az atonia kimutatására. Mily különös ide-oda! Majdnem valamennyi észlelő az atonia terményének tartja egy részről a gastroptosiszt, más részről a loesogást; de a traditiónak engedve azt állítják, hogy ezen atonia egyzersmind elégtelenséget is jelent. *Elsner* pedig kimutatja, hogy a súlyedt gyomor nem elégtelen, ellenben állítja, hogy az nem atoniás. Ha azonban a szerzők *Elsner* kísérletei helyességéről, ez pedig a szerzők azon véleményének igaz voltáról, hogy a súlyedt gyomor szükségképp petyhüdt is, meg fognak győződni — a miről én már rég meggyőződtem —, akkor valamennyien: a szerzők, *Elsner* és én, testvéries egyetértésben leszünk és egy fontos klinikai vitás kérdés elérte egyszerű megoldását.

Milyen különös sorsom az, hogy ezen kérdésben két ellenkező irányú küzdelemre kellett vállalkoznom. 17 év előtt monographiámban az ideges gyomorbetegségekről *Leube* ellen, az ideges dyspepsia megalapítója ellen, kellett fellépnem. Ő ugyanis azon felfogásból indul ki, hogy ama betegség csak tisztán érzési zavarok alapján áll és hogy az emésztés lefolyása egészen rendes; azt állította tehát, hogy a gyomorbennék kihajtásának késése kizárja valamely dyspeptikus esetnek ideges jellegét. Én ellenében azt állítám, hogy ama bántalomnál nemcsak érzési, hanem mozgatósi és kiválasztási zavarok is szerepelnek s hogy a peristaltica gyengesége időnként, nem túlrítkán észlelhető. És most épen az ellenkező nézet ellen kell küzdenem, mely szerint az ideges dyspepsiás atonia szükségképp az emésztés késésével jár. *Leube* ellen igazolva lett nézetem a szakférfiak döntése által; biztos vagyok benne, hogy a jövő a másik irányban is meggyőződésemet igazolni fogja.

Nem kevés jel már ma is ezen várt eredményre rámutat. Ellencim nézzenek csak körül az irodalomban és meg fognak győződni, hogy a szerzők nagy része, noha a mozgatósi elégtelenséget traditionalis módon az atonia jellemzőjének tekinti, ezen állítást bizonyos kísérő megjegyzések által lényegesen meggyengíti. Mintha klinikai lelkiismeretük minden traditio daczára mégsem akarná megengedni ama criterium kivétel nélküli helyességét. Így *Riegel* ezt mondja: A gyomor nagyobb nyújthatóságak orántsem feltétlenül azonos a mozgatósi erő gyengülésével; továbbá: nem szabad az atoniát mozgatósi elégtelenséggel teljesen azonosítani. *Fleiner* mondja: a mozgatósi elégtelenség az egyszerű atoniánál többnyire csak relativ, vagyis csak egy esetleges és változó lelet, mely különös körülmények által okoztatik. És *Bouveret* szavai, melyeket *Elsner* ellene idéz, így hangzanak: „La contractilité est donc légèrement affaiblie, et l'évacuation du chyme un peu plus lente qu'à l'état normal“. Különös, hogy ellenfelem, *Schüle* tanárnak épen megjelent közleményét használja fegyverül, mivel ezen szerző a súlyedt gyomornál szintén nem találta az emésztés késését. Pedig ő épen az első észlelő, a ki szóról szóra nézetemet igazolja. Ő ugyanis gyomorpróbáiból, épen úgy mint magam, azt következteti, hogy azon kétségtelen atonia, melyet a ptosis és a loesogás képvisel, nem az elégtelenség criteriuma alá esik, miután ezt élénk loesogásnál sem találta. A loesogás klinikai értékesítésére nézve is egészen nézetemhez csatlakozik.

Ellenfelemnek elmefuttatása a gastroptosis és a „*Stiller*-féle atonia“ hótiszta kórtani ártatlanságáról nem fog bőven foglalkoztatni. Szerinte ama fontos, kiterjedt alkati betegséget, melyet az

enteroptosis képvisel, egészen ki kellene küszöbölni a kórtan keretéből, mert látott súlyedt gyomrú embereket, a kiknek nem voltak dyspepsiás panaszai. Ptosist és loesogást mutató egyének szerinte épek, egészségesek. Hát már *Glénard* is látott ilyeneket, a kik időnként emésztési zavarokat nem panasztak s ezen alapot enteroptose compensée fogalma alá hozta. És én magam kiemeltém, hogy ezen kórcsoportban toto coelo különböző kórodai képeket találunk; egyrésztől időszerűleg ép gyomrúnak látszókat, más részről olyanokat, a kik súlyos tüdőbaj vagy rákos cachexia képét adják, de valamennyi a costalis családjegygyel, mely együvé tartozóknak bélyegzi. S *Elsnerrel* egyidejűleg *Volland* és *Schüle* vele épen ellenkező értelemben nyilatkoztak a ptosis jelentőségéről, noha ezen szerzők még messze vannak azon állásponttól, melyet én az enteroptosis méltatásában elfoglaltok.

De ezen meglehetősen ritka egészséges ptosisosokat, kik azonban mindnyájan gyenge evők és idegesek, csak egy példán akarom illusztrálni, melyet ellenfelem maga nyújtott. Én nyanyis azt állítám, hogy azon loesogás, melyet ép gyomorban 1—2 és több liter víz beöntése által elő lehet idézni (*Boas*), korántsem bizonyítja, hogy ezen ép gyomor egy közönséges ebéd után is loesog. Mert ha ily nagy mennyiségű vizet néhány perc alatt az ép gyomorba öntünk, akkor túlnyújtjuk és időleges atoniát idézünk fel. *Elsner* vidám kedvben nyilatkozik ezen állításomról s azt kérdi, vajjon a német deák, ha néhány korsó sört leöblint vagy mi magunk, ha jó ebédnél néhány palack bort fogyasztunk, gyomoratonit szerzünk-e! Hát azt hiszem, hogy az ily lakmározás rendesen tovább tart, mint egy gyomorbeöntés és hogy ama nemes italoknak idejük van a gyomorban és bélben felszívni s tért engedni a folytatólagoz portioknak. Ekkép inkább támád a hólyagnak, mint a gyomornak túlfeszítése, a mit a sörházi vízeldekben észlelhető sürgés, tolongás bizonyít. De tegyük fel, hogy ama italok csakugyan rövid idő alatt jutnak a gyomorba. Nos, ha valaki jó házból való, akkor bizonyára nem fog állandó atoniát szeretni, mert az ép gyomor azonnal kiegyenlíti a túlfeszítést; szokványos túlterhelés mellett pedig a jól szervezett egyénél legfeljebb gastromegalia vagy a gyomor izomzatának túltengése fog fejlődni. De nyomatékosan intem ellenes collegámat, hogy bizony óvakodjék az ő híres ép egészséges ptotikusait hasonló próbáknak kitenni; mert egyszerű atoniájukhoz csakhamar beszerzik az eddig hiányos mozgatási elégtelenséget, sőt az atoniás táulatot is — bármennyire tiltakozik is a fiatalabb *Boas*-iskola az utóbbinak létjoga ellen —; és megtörténhetik, a mit gyakorta láttam, hogy néhány hét alatt 20 kilónyi súlyvesztéséget, súlyos betegek benyomását adják. És a mi jellemző ezen egyéneknek, az, hogy szellemi, kedélyi és nemi kihágások is ép ily hatást gyakorolnak az emésztésre és táplálkozásra, mert atoniás gyomruk csak részttünete astheniás szervezetüknek. Ez a különbség az én ptosis nélküli egészségeseim és az ő ptosisos egészségesei közt; vagy az a különbség, a mely ép szívü és panasz nélküli compensált szívbjajos közt fennáll.

Összegezzünk. A gyomoratonia a legkorábbi és legállandóbb jele az enteroptosisnak, veleszületett astheniás talajon fejlődik és a gyomornak ideg-izomkészülékét illeti. Tisztán helybeli, vagyis csupán az izmokat illető esetek a kivételekhez tartoznak. Az egyszerű atonia csupán a gyomorfalzat tonusának gyengesége, mely azt időleges elégtelenségre hajlamosít, de csak az esetek kis számában vezet a peristaltika csökkentésére, még ritkábban állandó pangásra. Az egyszerű vagy peristolés atonia csak facultativ elégtelenség. Ptosist, atoniát és ideges dyspepsia átlagosan azonos fogalmak. Azon működési zavarnak, melyet atonia névvel jelzünk, morphologiai kifejezése a ptosis és csálhatatlan kórodai jele a súlyedésen kívül a loesogás. Ez, ha könnyen és erősen felidézhető, az emésztés magaslatán egyszerű vagy peristolés atoniát jelent, az emésztési idő után elégtelenséget vagy peristaltikus atoniát, éhgyomornál pangást vagy atoniás táulatot; valamennyi egy kórállapotnak szakai, melyek pontos határ nélkül egymásba átmennek. A loesogásnak igen értékes ellenőrző módszere a hangváltozás, vagyis tompulat bal oldalfekvésnél; ezen természetes terhelési próba annál biztosabb, mivel csak az atonia magasabb fokainál érvényesül. Mindkét próba könnyű gyakorlati módon képes a gyomorkutatást helyettesíteni azon esetekben, a hol annak alkalmazása akármily okból kivihetetlen.

Veleszületett keresztjtáji daganat.

Irta: *Déri J. Henrik* dr. járási orvos.

A veleszületett keresztjtáji daganatoknak az irodalomban fejlődéstani és kórboneztani szempontból ismertetett esetei azt mutatják, hogy e daganatok sokkal nagyobb érdeklődést tudtak kelteni a fejlődéstannal és a kórboneztannal szakszerűen foglalkozók körében, mint a gyakorlattal foglalkozó orvosok között. E körülmény abban leli magyarázatát, hogy e daganatokkal született gyermekek nagy része vagy még a szülés folyamán, vagy az élet első napjaiban elhal és így az esetek nagyobb része a kórboneztnokhoz jut. *Calbet*¹ szerint az esetek 50%-a vagy a szülés folyamán vagy az élet első napjaiban hal el. *Moll*² 81 esete közül 29 halva született. *Gurl*³ leír ugyan eseteket, melyekben 20—40—55 évet élt ilyen daganattal bíró egyén, de ő is azt állítja, a mit *Follin* és *Duplay*, hogy 70 ilyen gyermek közül 61 az első hónapokban elhal. Az életben maradt néhány eset még leginkább a sebész érdeklődését fogja felkelteni. Igaz ugyan, hogy a keresztjtáji daganatok — akár spina bifida, akár cystosarkoma, akár dermoid, akár parasitaer torzképződés — legtöbb esetben tömlős, puha állományú, összenyomható daganatok, mely daganatokat a szülés kitolási szakában fellépő fájdalmak rendes méretű medenceze szüléscsatornáján keresztül tudnak nyomni, de változhatnak a méhbeli térvizonyok olyan módon, hogy e daganatok összenyomása elé akadály gördülvén, e daganatok a szülés lefolyását erőművi módon gátolják és így a gyakorló orvos érdeklődését vonják magukra. Ilyen térvizonyokat hozhatnak létre úgy a medenceze, mint a méh daganatai, továbbá a többszörös terhesség, de míg az előbb említett esetekben aránylag ritka a torzképződés, addig az ikerterhességnél, a mint azt *Kleinwächter*⁵ tapasztalta és az *Otta*⁶ által leírt eset is mutatja, aránylag elég gyakran észlelhető az egyik magzatnak torzképződése. Gyakorlatomban ikerszülés kapcsán az egyik magzaton keresztjtáji daganatot észleltem, mely esetet, részben azért, mert a daganat a veleszületett keresztjtáji daganatok szokásos méreteit messze felülmulta, részben azért, mert a szülés folyamán oly erőművi akadályképezett, hogy csak megkisebbitése után volt a szülés befejezhető, közlésre érdemesnek tartok, annyival inkább, mert mint az Orvosi Hetilap 1890—1900 évi évfolyamaiból látom, e tíz év alatt hasonló eset nem közöltetett.

Van ugyan említés téve egy keresztjtáji daganatról a „Sebészet“ 1894. évi 21. számában, mely esetet *Kuzmik*⁷ tanár úr mutatott be a budapesti orvosegyesületben, egyúttal kivitásba helyezve az eset bővebb ismertetését, de mint vidéki orvosnak, csak magánkönyvtáram állván rendelkezésre, nincs tudomásom arról, hogy lett-e az eset bővebben ismertette vagy nem.

Folyó évi szeptember 14.-én az éjjeli órákban szüléshez hivatam, hová megérkezve, a szülésznő elmondja, hogy ez alkalommal már negyedizben segédkezik e nőnél és eddigi szülései alkalmával minden segély nélkül szülte meg egészséges gyermekeit, csak az utolsó, ezelőtt három évvel történt szülés alkalmával született a magzat mindkét oldali csipőzületi ficzammal. Ez alkalommal is úgy találja, hogy a magzat rendes koponyafekvésben van, sőt már annyira leereszkedett a koponya a hüvelybe, hogy fájdalmak alkalmával az egymástól szétterő szeméremajkak között a koponya látszik is, de dacára annak, hogy a fájdalmak elég gyakran jelentkeztek, egy óra óta a szülés nem halad előre, miért is kívánatosnak tartotta az orvosi segély igénybe vételét. A jól fejlődött asszonynál a szülfájdalmak elég gyakran jelentkeztek, elég tartósak, fájdalom alatt a gát gömbszerűen kiemelkedik és az egymástól elvált szeméremajkak között a hajás koponya látszik. Havi baja legutoljára 1900 karácsonyakor (decz. 25.) volt, a magzatmozgást pedig áldozócsüörtök (május 12—18.) táján érezte először. Ez adatok szerint a szülésnek csak október első napjaiban kellett volna bekövetkezni. A has kerülete 106 cm.; a mellő felső csipővisek közötti távolság 23 cm., a csipőcsontok tarajának egymástóli távolsága 26 cm. Azon körülmény, hogy a medenceze méretei nem mutatnak szűkületre, továbbá, hogy e nő eddigi gyermekeit minden orvosi segély nélkül szülte meg, arra engedtek következtetni, hogy máshol kell okát keresni annak, hogy tartós fájdalmak, jó magzatfekvés mellett a kitolódás megakadt. A has nagy kerülete az első pillanatban azon gondolatra

vezetett, hogy nem-e a magzat túlságos nagysága a kitolódás fennakadásának az oka, de egy pillanat a szeméremrésben mutatkozó, még a rendes méreteken alul levő koponyára ezen lehetőséget kizárta. A méh alapja a köldök felett tenyérnyire van; fájdalom-szünetekben, a mennyire a hason és a méhfalon át tapintani lehet, a méh jobb oldala felső és középső harmadának megfelelőleg egy magzathátnak megfelelő kemény ellenálló részlet tapintható ki, míg a méh jobb oldalának alsó harmadában magzatfejre emlékeztető gömbszerű képlet érezhető. A magzati szívhangok a méh jobb oldalának középső harmadában — percenként 136 — hallhatók legjobban. A méh bal felében szintén nagyobb magzatrészlet érezhető, míg az apróbb részek inkább a méhfenéken tapinthatók. A méh bal fele fölött azonban magzati szívhangok nem hallhatók. A has nagy terjedelme, több ellenálló részlet tapintása, a méh jobb oldalának alsó felében fejre emlékeztető gömbszerű képlet, továbbá azon körülmény, hogy a szeméremrésben levő koponya és a méhben tapintható részlet összetartozandósága képtelenség, a magzatrészek elrendeződése: az ikerterhesség gondolatát keltette.

Ezen felvételt látszottak megerősíteni az asszonynak a terhességre vonatkozó adatai. Elmondja, hogy sohasem volt még olyan „nehéz terhés” mint ez alkalommal. Eddigi terhességei folyamán sohasem voltak kellemetlenségei, míg ellenben ezen terhessége folyamán nagyon gyakori fuladása és nehéz légzése volt, alsó végtagjai megdagadtak, sőt a bal alszáron éresomó is képződött. Ugyancsak az ikerterhesség mellett szólt az is, hogy a szülés, melynek rendes körülmények között október első napjaiban kellett volna bekövetkezni, már szeptember 14-dikén megindult. A legtöbb ikerterhességnél tudvalevőleg a rendes időnél hamarabb következik be a szülés, valószínűleg azért, mert a szokatlan nagy tömeg idő előtt indítja meg a szülfájdalmakat. A külvizsgálat alkalmával tapasztaltak kettős, esetleg hármas terhesség felvételére jogosítottak, de nem adtak felvilágosítást a legsürgősebb kérdésre, hogy a kitolódás miért akadt meg. Szokott ugyan ikerterhesség-nél megakadni a kitolódás akkor, ha a farfekvésben születő első magzat feje elé a II-dik, koponyafekvésben levő magzat feje ékelődik, de ezen lehetőség, koponyafekvésben lévén az első magzat, ez alkalommal ki volt zárható. De kizárható volt azért is, mert ha a helyes a felvétel, hogy ikerterhesség van jelen és a méh jobb felének felső részében észlelt nagyobb rész a II-dik magzat háta, akkor a méh jobb felének alsó részében levő gömbszerű képlet e háthoz tartozó fej, a mely még nem volt beékelődve a kis medencébe és így nem akadályozhatja a kitolódás menetét. Gondolnom kellett azonban a méh bal felében talált nagy magzatrészre való tekintettel hármas terhességre is, és minthogy ez utóbb említett nagy magzatrésznek megfelelő fejet kitapintani nem lehetett, nem volt kizárható az, hogy ez akadályozza a kitolódás további menetét. Bármennyire tartózkodom is a belső vizsgálatról — és a ki a vidéki szülési praxist ismeri, indokoltan fogja tartani e tartózkodást —, ez alkalommal a körülmények kényszerítették a belső vizsgálat eszközésére. E vizsgálat alkalmával kiderült, hogy a mellkasával már a hüvelyben levő magzat hasi oldalán az apró részek között felhaladó kéz a méh jobb oldalának alsó felén egy másik magzat koponyáját érzi, míg ellenben a magzat háti oldalán felhaladó kéz a hát alsó felén egy domború, feszesen ruganyos részletbe ütközik, melyre a méh szorosan mindenütt reá simul, és mely részlet felső határát a vizsgáló kéz el nem éri. Bizonyos volt tehát az, hogy míg egyfelül ikerterhesség esete forog fenn, másrészt a méh bal felében egy daganatszerű képlet van, mely daganat képezheti a további kitolódás akadályát. Hogy e daganat vajjon a méh szövetéből indult-e ki, avagy a magzattal van szoros összefüggésben, egész bizonyossággal meghatározni nem lehetett, mert a daganat és méh közötti viszonyra nézve csak részben voltam tájékozódva, nem bírván elérni a dag felső határát, bár azon körülmény, hogy a magzat határol mindjárt a daganatra jut az ujj, inkább az utóbbi lehetőség mellett szólt.

Lett légyen azonban a dag akár a méhbel, akár a magzattal összefüggésben, bizonyos volt az, hogy a szülést erőművel gátolja és ezen akadály megszüntetése volt a legsürgősebb feladat. A daganat ruganyos tapintata tömlős dagra engedett következtetni, miért is megkísérlettem a felvezetett ujjakkal a dag ruganyos részét átszakítani, hogy az ily módon megkisebbitett daganatnak

a szülöcsatornán való keresztül jutását lehetővé tegyem. Lehetséges, hogy nem fejtettem ki elég erőt, lehet, hogy a dag vastag burka volt az ok, de ezen kísérlet nem sikerült. Gondoltam arra is, hogy nem lehetne-e a végbélbe felvezetett kézzel a daganatra oly nyomást gyakorolni, hogy ennek megszületése lehetővé váljék. Tekintettel azonban részben arra, hogy a kéz elég magas feljutása csak narcotizált nőn vihető keresztül, részben e kísérlet sikertelensége esetén attól való félelmem, hogy kezeimet annyira nem tudom deszficiálni, hogy egy esetleges belső beavatkozást elvégezzek — lévén az eset színhelye a várostól 15 kilométernyire fekvő tanya földes szobája, melyben egy nem nagyon jó petróleumlámpa és egy ugyanolyan szülész nő segítkeztek —, e gondolatot hamar elejtettem. Nem maradt más hátra, mint a daganatot megcsapolni — ha ugyan szűresap lett volna kéznél. A magammal vitt eszközök közül még a Naegele-olló látszott erre a célra legalkalmasabbnak. Az olló vágó részének alsó falát ragtapaszszal beragasztva, a magzat háta mellett bevezetett bal kéznek a daganatig vezetett ujjai védelme mellett vezettem be az ollót és mikor a daganat felületét érte, előrenyomtam, mire körülbelül 200 gm.-nyi, a rendes magzativznál sűrűbb és sötétebb, kissé nyúlós folyadék ömlött ki a szeméremrésen, mire az ollót a kéz védelme mellett visszahúztam. A következő fájdalmak folyamán a gát még jobban megfeszült és tágult, a nagy szeméremajkaknak hátsó ereszteke csaknem elpattanásig feszült, a magzat koponyája a nyílt szeméremhasadékban előbb megállapodott, majd pedig a gát lassú visszahúzóda mellett a fej megszületett.

A következő fájdalom alkalmával a törzs a rajta levő és részben összeesett daganattal együtt kiküszöbölődött. Ebéd után kezdődtek a szülfájdalmak, éjjel után 1/21 órakor jöttem a beteghez és a magzat 1/23 órakor hajnalban született meg, a méh megnyílási és a kiküszöbölési szak csaknem 15 óráig tartottak. A köldökzsinór lekötése után a kissé asphyctikus magzat hideg víz lefeeskendezésre mélyebben lélegzett és sírni kezdett. Egy negyedóra múlva nagyon csekély magzativz kifolyása után megszületett a másik magzat. A II. magzat megszületése után kisfokú vérzés mutatkozott, de a méh dörzsölése közben mintegy félóra múlva a méhlepény is eltávolodott, mire a méh, daczára a két magzat és a daganat okozta nagy kitérülésnek, jól összehúzódott, úgy hogy az egész szülés folyamán nagyon csekély volt a vérvesztés.

Mindkét magzatnak közös méhlepénye volt, mely körülbelül 1 kgm. súlyú, közepe táján kissé hártás elvékonyodást mutat, közel a széleihez indul ki belőle a két köldökzsinór. Azon körülmény, hogy a közös méhlepény egy chorionnal és két amnionnal bír, továbbá, hogy mindkét magzat hasonlóan nőnemű volt, azt bizonyítja, hogy a két magzat egy petéből származott, mely több esirt tartalmazott, a melyek a bekövetkezett termékenyítés után közösen tovább fejlődtek.

A magzatok méretei az érett és életképes magzatok méreteinél kisebbek. Hosszúságuk 47.5—48 cm., a koponya kerülete 30—31 cm., a nagy ajkak nem egészen fedik a kicsinyeket, a körmök elérik az ujjhegyet, de azt nem haladják túl. Az I. magzat súlya körülbelül négy kgm., míg a II. legfeljebb 2 1/2 kgm. lehet. Az első magzat keresztirányban egy daganat van, melynek legmagasabb pontja a keresztirányban felső szélének felel meg, oldalvást áttekintve mindkét oldali farpofára, és a végbélnyílás mögött végződik. Legnagyobb hosszúsága 27 cm., kerülete, ha a mérő szalag jól meg volt húzva, 32 cm. A daganat három gömbszelvény-szerű dudoros kiemelkedést mutat, mely kiemelkedések között helyenként sekélyebb, máshol mélyebb, de mindenütt az ép bőr felületén haladó barázda mutatkozik.

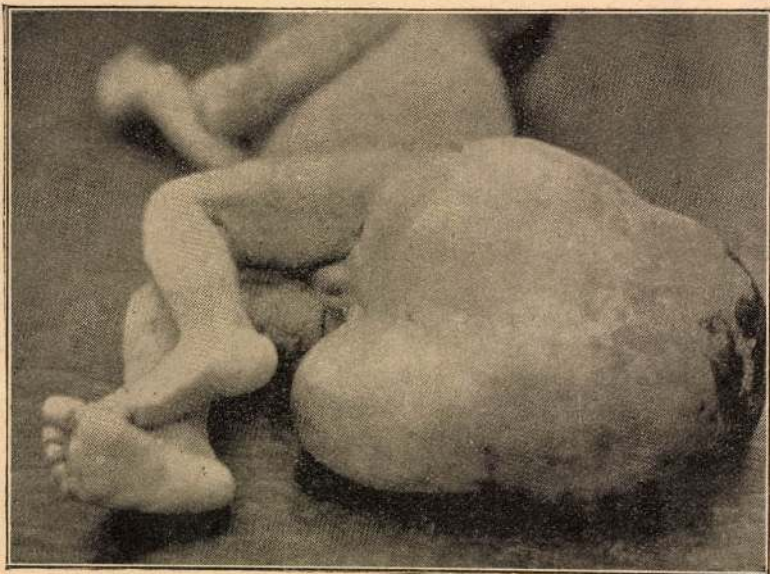
A három dudor közül az, a melyik a keresztirányban közvetlenül szomszédos, redős behorpadást mutat, mely behorpadáson egy 1.5 cm. hosszú, 3 cm. széles, éles szélű folytonosság hiány van. A daganat a szeméremajkak és a végbélnyílást annyira előre tolja, hogy a felemelt gyermeket a lábai között lecsüngő daganattal elülről nézve, a végbélnyílás a symphysis alá nyomva, elülről látszik. A magzat hátáról megszakítás nélkül halad a bőr a daganatra, azt mindenütt beborítja, oldalt a farpofát fedő bőrben, alul a végbélnyílás mögötti bőrben végződik. A bőr élénk piros, rajta sehol sem tágult visszerek, sem hajszálak vagy hajcsomók nincsenek.

A fentebb leirt és a Naegele-olló által okozott folytonosság -

hiánytól eltekintve, a daganaton sehol sipolynylás vagy sipolyment nyoma nem látszik. A bőr a daganat felett redőbe szedhető és mozgatható, csak a barázdák mentén úgy tetszik, mintha jobban volna rögzítve az alatta levő szövethez. A daganat a kereszt-táj felett jól mozgatható, de a mozgatás alkalmával a kereszt-sonton sehol éles szél nem érhető. A daganat tapintata különböző helyeken különböző, mert míg egy helyén ruganyos, feszes, hullámzást mutató, addig máshol téztapintatú vagy ellenálló kemény, míg a megszárt helyen egészen puha és nyomás alkalmával a szűrés helyén húslészerű folyadék szivárog ki belőle, de a más helyen alkalmazott nyomásra a daganat nem kisebbedik. A daganatra gyakorolt nyomásnál a magzaton semmiféle agyi tünet nem volt észlelhető. A magzat végelbe vezetett ujj a végbél körül vagy a kereszt-sont mellső homorulatán semmiféle daganatra emlékeztető részletet nem tudott kitapintani. A szűrés helyére kötést alkalmazva, a beteget elhagytam.

A daganat természetére nézve nem tudtam magamnak egész biztos véleményt alkotni, de látva a kereszt-tájon levő, hullámzást mutató daganatot, daczára annak, hogy a daganat alapján nem volt érezhető a szétvált, illetve össze nem forrott csigolya-ív éles széle, spina bifida sacrolumbalisra gondoltam. Egész bizonyos azonban nem lévén benne, kértem a szülőket, hogy ha a ki nem fejlődött és nem egészen érett magzaton valamilyen változást észlelnének, arról engem tudósítsanak. Szept. 20.-áig nem hallottam hírt a gyermekről, de e nap délutánján behozták hozzám azzal, hogy az eddig jól szopó magzat sokat sír és nem akar szopni. A gyermeknek hőemelkedése nem volt, nagyon elesettnek, bágyadt-nak látszott, mell- és hasúri szerveiben eltérést nem tudtam kimutatni, csak érlökése volt szapora, 144, felületes és könnyen elnyomható. A daganaton csak annyiban volt változás, hogy az a rész, a melyen a szűrés volt, ismét telt ruganyos tömlő volt és a szűrés helyén nyomás alkalmával sem szivárgott folyadék. Szept. 21-dikén reggelre a gyermek meghalt.

Nagyon kértem a szülőket, adnák nekem a kis hullát; az volt szándékom, hogy valamelyik kórboneztani intézetnek küldöm be, részben azért, hogy az eset további részleteit szakember ismertesse, részben, hogy az intézet muzeumában elhelyezve a kórboneztani, illetve torztani előadásoknál felhasználható legyen. A szülők azonban hallani sem akartak erről és még abba is csak hosszas rábeszélés után egyeztek bele, hogy a kis hullát lefotografáljam és a daganatba néhány bemetszést tehessenek, mellém állítva őrzőül egyik szomszédot, nehogy valamit a hullából magammal vihessek. A kis hulláról vett egyik felvétel még csak sikerült úgy a hogy, de a másik, a melyik a daganat metszlapjáról lett véve, egyáltalán nem sikerült, a képen csak sötétebb és világosabb foltok váltakoztak és semmi jellemzőt nem lehetett a képen látni. A daganatba bemetszve legelső sorban arra nézve óhajtottam felvilágosítást szerezni, hogy milyen viszonyban van a daganat a gerincezatornával, illetve a gerincezvelővel és annak burkaival.



A daganat bőre alatt helyenként zsírszövet van, de különben az egész daganatot a bőr alatt egy tömött, 3 mm. vastag szürkés-fehér burok veszi körül, mely a kereszt-sontot fedő csonthárttyába folytatódik és ez által van a daganat a kereszt-sonthoz rögzítve. Az egész daganatot le lehetett választani a kereszt-sont domború hátsó felületéről és akkor látszott, hogy a kereszt-sont csigolya-ívei nem képeznek még egy teljes csontgyűrűt, hanem a középvonalban mintegy 3–4 mm. szélességben egy tömött hárttya egészíti ki a csigolya-ívek hiányzó csont részleteit. E tömött hárttya végig húzódik az egész kereszt-sonton és sem a középvonalban, sem a kereszt-sont oldalnyílásain nincs oly folytonosság hiány, a melyen a gerincezvelő vagy burkai a daganattal közlekednének. A gerincezatornának a kereszt-sont felett az ágyéki csigolyákon sincs semmiféle rendellenes hasadása vagy nyílása, a gerincezatorna teljesen zárt, közte és a daganat között nincs összefüggés. A kereszt-sont alatt a faresontot egy kis porc-darab képviseli. A faresont alatt a végbél környékét és a medence belsejét megvizsgálva, ott daganatrészletre nem akadtam. A daganatot körülvevő burokból a daganat állományába 2–4 mm. vastag kötegek vonulnak, mely kötegek a daganaton lefutó barázdáknak megfelelőleg a legvastagabbak. A daganat metszlapján szembe tűnik a kereszt-sonttal szomszédos, kb. 250 gramm úrtartalmú tömlő, melynek fala a daganat külső felén vékony, ott azonban, a hol fala a daganat állományába tekint, a tömlő fala 1 cm. vastag zsírrétegbe van ágyazva és e helyen a tömlő fala bársonyszerű, bolyhos tapintatú; a tömlő húslészinű sűrű folyadékot tartalmazott. A daganat alsó felét képező gömb-szelvénynek megfelelően a metszlapon több apró, sűrű barna folyadékot tartalmazó tömlőcske mellett, húskínésű, vöröses színű, nyálkás környező anyagba beágyazott mogoró egész diónyi csomók láthatók. A daganat legnagyobb részét alkotó dudor át-metszésekor a kés alatt porcszerű receség érezhető és chocolate-szerű híg anyagot tartalmazó több apró tömlő mellett egy körül-belül 150 gramm úrtartalmú tömlőből szürkés-vöröses, exhumált gyermekhulláknak a boneszatalon szétfolyó agyállományára emlékeztető tartalom ürült ki. Azon helyen, a hol a három dudor egymással érintkezik, vastag, tömött, a tömlők falával szoros összefüggésben levő részben egy 2,5 cm. hosszú, 0,5 cm. széles, kissé hajlított csontdarab van. A daganat felmetszésekor a gerincezatorna és a daganat közötti minden közlekedés hiánya megdöntötte azon feltevésemet, hogy spina bifida sacrolumbalis van jelen. Igaz ugyan, hogy a külvizsgálat azon lelete, hogy a daganat alapján gerincezhasadás széle a bőr alatt nem érezhető, hogy a daganat méretei a spina bifida méreteit túlhaladják, hogy az alsó végtagon sem elferdülés, sem hűdés nyoma nincs, hogy a daganat nyomásakor semmiféle agyi tünet a magzaton nem látszott, ellene szólottak a spina bifidának, mégis az első pillanatban nem tudtam kitérni a spina bifida gondolata elől. Gondolnom kellett tehát a veleszületett kereszt-táji daganatok azon nagy csoportjára, melyek sacralhygromák, cystosarcoma, lymphangioma cysticum (Linsler), egyszerű és összetett dermoidok, csökevényes farkképződmények, parasitaer torzképződmények, tumores coccygei cum intrafoetatione (Ammon),⁸ intrafoetatio sacralis congenita (Lotzbeck),⁹ Hydrorachissäcke mit foetalen Inklusionen (Böhm),¹⁰ tumeurs embryoplastiques (Depaul),¹¹ tumor coccygeus (Gurlt),³ stb. név alatt vannak leírva. Braune,¹² Marchand,¹³ Gurlt,³ Ziegler¹⁴ és Bergmann¹⁵ megkísérlették e daganatok osztályozását, irányadónak véve egyszer vagy a daganatok állományát, vajjon tömlős-e vagy tömött, vagy a daganatok tartalmát, vajjon csak egyes szövetelemeket — köt-, hám-, harántesikolt izomszövet, porcz, csont — vagy nem egészen kifejlett szervrészleteket — végtagrészletek, bélrészletek, ideg, fog, mirigyek, hajszálak — tartalmaznak-e. Figyelembe vették az osztályozásnál a daganatok kiindulási pontját, vajjon a kereszt-sont mellső oldaláról indulnak-e és a medenczébe betérjednek-e vagy pedig a kereszt-sont hátsó felületéről indulnak ki. De mint minden ilyen osztályozásnak, ennek is mesterkélta volta volt a hibája, mert voltak daganatok, melyek több osztály jellemző vonásaival voltak felruházva és így egyik osztályba sem voltak besorozhatók. Ugyancsak megnehezítette a daganatok osztályozását azon körülmény, hogy az egyes daganatfajok között átmenetek vannak és így sokszor nagyon nehéz, csaknem lehetetlen közöttük éles határt vonni. Luschka¹⁶ esetében a hygroma parasitaer torzkép-

zódással kombinálódott, a Dumreicher¹⁷ klinikáján pedig egy kereszt-táji lipoma műtete közben derült ki, hogy spina bifidával társult. Az egyes daganatok hová sorozását illetően nagyon sok függ a leíró objectivitásától. A ki a daganatban talált 2 cm. esontdarabban a czombesont ösét látja, a ki egy kis kagylós, egyenetlen szélű esontban a koponyacsontra ismer, a ki az agy-állományra emlékeztető pépszerű anyagon az agytekervényeket véli felismerni, az habozás nélkül fogja a kereszt-táji daganatot a parasitaer torzképződésekhez sorozni, míg ellenben, ha minden kiszűrés nélkül csak azt írják le, a mit látnak, akkor a képzelő tehetőség szűlte parasitaer torzképződés dermoiddázsgorodnék össze, a mi által lehet, hogy az eset veszítene érdekes voltából, de elvégre épen oly kevésbé volna hiba, mint a hogy nem érdem a parasitaer torzképződés leírása. Esetemnél a daganatot csak makroszkopice vizsgáltam és így csak valószínűséggel állítható, hogy a dudorok közötti gerendázat kötszövet, hogy a tömlő falának bolyhozata hámszövet, hogy a húskínézésű csomók izomszövet mellett zsírt, porcot és esontot is tartalmaznak. A veleszületett kereszt-táji daganatok közül hasonló szövetszerkezettel a dermoidok és a parasitaer torzképződések bírnak, csak hogy míg az előbbiekben e szövetelemek mellett fog, haj is található, addig a parasitaer torzképződéseknél esőkevényesen fejlett szervrészek is észlelhetők. De a mint vannak torzképződések, melyeknél a parasitaer torznak egyetlen szerve sem ismerhető fel — és itt az epignathus, az acardiacus amorphusra gondolok —, épen úgy lehetnek dermoidok, melyekben fog és haj hiányzik. Épen ezért nehéz a kettő között éles határt vonni. Esetemnél volt az előzmények között egy olyan körülmény, a melyet a torzképződések elősegítő oktani mozzanata gyanánt szoktak említeni, t. i. a megváltozott méhürbeli nyomás viszonyok. A hol, mint esetemnél, két magzat foglal helyet a méhben, nagyon könnyen megtörténik, hogy a fejlődés igen korai szakában az egyik ébrény aránylag csekély mérvű, de talán hosszabb ideig tartó nyomást szenved. E megváltozott nyomásviszonyok szükségképen maguk után vonják a keringési viszonyok megváltozását, vizenyő keletkezik az ébrényburkokban és ez a továbbfejlődést akadályozza, az egyik ébrény csak esőkevényesen fejlődik, utólagos elváltozások következtében mint emberi ébrény felismerhetetlenné válhat, és végeredményképen parasitaer torzképződéshez vezet, a midőn a kifejlődésében visszamaradt ébrény daganatszerű függelékét képez a kifejlődött magzaton és legtöbbször ennek bőrével van bevonva. Ezen oktani mozzanattal kapcsolatba hozva a daganat egyik tömlőjének „agyvelő“-szerű tartalmát, csaknem kísért a parasitaer torzképződés gondolata; de tekintettel arra, hogy a daganatban csak szövetelemek, de nem szervrészek voltak, véleményem az, hogy esetemben a daganat szerkezete dermoid szerkezetének felel meg legjobban. E tekintetben különben igen nehéz határozott véleményt mondani, hiszen Virchow¹⁸ az irodalomban híres „Schliwener Kind“-ról írott közleményében erre vonatkozólag ezt írja: „... erhält man wenigstens die Möglichkeit, dass die ganze Reihe der kongenitalen Sacralgeschwülste in das Kapitel der Duplizitäten gehört“. Ahlfeld¹⁹ pedig még tovább megy és azt állítja, hogy mindazon veleszületett kereszt-táji daganatok, a melyek a gerincesatornával közlekedésben nincsenek, még akkor is, ha bennük felismerhető szervrészek nincsenek is, a melyek a másik ébrény jelenlétére engednének következtetni, parasitaer torzképződésnek tekintendők.

Vrolik²⁰ Lütke Müller,²¹ Jastreboff²² szintén elesenevészesedett ébrényt látnak minden ilyen daganatban. Lotzbeck,⁹ Wernher,²³ Schreiber²⁴ szerint e kereszt-táji daganatok nincsenek rokonságban a parasitaer torzképződéssel.

Ziegler,¹⁴ Stroh,²⁵ Popescul szerint irányadó az, hogy vannak-e a daganatban jól felismerhető szervrészek; ha igen, úgy parasitaer torzképződés, ha nem, úgy vagy dermoid vagy cystosarcoma. E daganatokról alkotott vélemények különböző volta egyúttal jelzi azt az irányt, a melyben szerzők e daganatok kiindulási pontját keresik és feltalálni vélik. Túlháladott álláspont ma már az, a mely e daganatot a glomus coccygeummal hozza oktani összefüggésbe, a mint azt annak idején Heschl,²⁷ Braune,¹² Rindfleisch,²⁸ sőt maga Virchow¹⁸ is állította. A szerzők azon része szerint, kik egyívé foglalják a daganatokat a parasitaer torzképződésekkel, e daganatok mind bigerminalisak, azaz egy második ébrénytől származnak, míg ellenben azon szerzők, kiknél a jól

felismerhető szervrészet az irányadó, azt tartják, hogy igenis a parasitaer torzképződések bigerminalis eredetűek, míg ellenben azon daganatok, melyekben szervrészek jól fel nem ismerhetők, monogerminalis eredetűek. Ezen daganatok keletkezését a Cohnheim-féle²⁹ „eltévedt csír“-ból származtatják, mely csír azután valamely alkalmi ok izgatása következtében fejlődik daganattá.

Megerősíteni szándékoztak e felvételt azzal, hogy sok kereszt-táji daganat évek hosszú során át változatlanul fennáll — Linsér³⁰ esetében 46 évig — és hirtelen kezd nőni. Ellene szól azonban a Cohnheim-féle elméletnek azon körülmény, hogy e daganatokban mind a három csírlemezről származó szövetek vannak, míg a Cohnheim-féle elmélet szerint csak azon csírlemeznek megfelelő szövetelemeknek szabadna a daganatban lenni, a melyikből az eltévedt csír kiindult.

Épen azon körülmény, hogy e daganatokban mindhárom csírlemeznek megfelelő szövetelemeket találtak, adta meg a direktívát arra, hogy olyan helyen keressék e daganatok kiindulási pontját, mely helyen az ébrényi életben mindhárom csírlemez olyan közelségben van, hogy az innen keletkező daganat mindhárom csírlemeznek megfelelő szövetelemeket tartalmaz.

Tekintettel pedig arra, hogy e daganatok közös jellemző tulajdonsága az, hogy a kereszttesontól székelnak, közelfekvő volt a gondolat, hogy e daganatok az ébrény farki részéből — a cauda embryonalisból —, a melyben a külső csírlemez a velőeső, a belső csírlemez a chorda dorsalis, a középső csírlemez pedig a jövődő gerincoszlop alapját képező elemi csigolyák képviselik, indulnak ki. Pfahler,³¹ Marchand,¹³ Bergmann,¹⁵ Schmidt,³² Forster,³³ Ritschl,³⁴ Middeldorp,³⁵ Nasse³⁶ szerint az ébrény e farki nyújtványa rendes körülmények között akkor, a midőn az alsó végtagok kifejlődtek, visszafejlődik; ha azonban vagy akadály gördül a nyújtvány visszafejlődése elé, vagy a többi szervek felépítése után még fölösleg marad e nyújtványból, akkor ebből, a mit Tourneux és Hermann³⁷ „vestigis coccygiens“-nek nevez, épen úgy, mint a Cohnheim „eltévedt csír“-jából indul ki a kereszt-táji daganatok képződése és így magyarázható meg az, hogy e daganatok mindhárom csírlemezről származó szövetelemeket tartalmaznak.

Esetemben a daganat még legjobban beleilleszthető a Bergmann osztályozása szerint a dermoidok közé, ezektől csak annyiban tér el, hogy dacára a kereszttesont hátsó felületéről való kiindulásának, a gerincesatornával nem közlekedik. Gyakorlati fontosságot az által nyert, hogy a szülés erőművi akadály volt és a szülés csak a daganat megkisebbitése után volt befejezhető.

Irodalom. 1. Calbet: Thèse de Paris. 1893. — 2. Mol: Des tumeurs cong. 1860. — 3. Gurlt: Eulenburg Realencycl. Becken. — 4. Follin et Duplay: Traité de path. ext. 1889. — 5. Kleinwächter: Eulenburg Realencycl. Zwillinge. — 6. Otto: Monst. sexcent. d. a. 1844. — 7. Kuzmik: Sebészet. 1894. 21. szám. — 8. Ammon: Die angeb. chir. Krankh. 1839—42. — 9. Lotzbeck: Die angeb. Geschw. d. h. Kreuzbein-gegend. 1858. — Böhm: Berl. klin. Woch. 1872. — 11. Depaul: Jahresberichte f. Medicin. 1869. — 12. Braune: Die Doppelbildungen etc. Leipzig. 1862. — 13. Marchand: Eulenburg Realencycl. Sacraltumoren. Missbildungen. — 14. Ziegler: Beiträge z. path. Anat. 1886. — 15. Bergmann: Zur Diagnose d. ang. sac. Geschw. 1884. — 16. Luschka: Virchow-Arch. 13—18. k. — 17. Dumreicher: Albert Chirurgie. — 18. Virchow: Die krankh. Gesch. és Virchow Arch. 103. k. — 19. Ahlfeld: Die Missbildungen d. Mensch. 1880. — 20. Vrolik: Tabulae. 1849. — 21. Lütke Müller: Med. Jahrbücher. (Stricker.) 1875. — 22. Jastreboff: Virch.-Arch. 99. k. — 23. Wernher: Die angeb. Cystenhygrome. 1893. — 24. Schreiber: Deutsche Klinik. 1879. — 25. Stroh: Beiträge zur Genese d. sac. cocc. Teratome. Giessen. 1897. — 26. Popescul: Ein ungewöhnlicher Fall etc. C. f. Gyn. 1901. 39. sz. — 27. Heschl: Oesterr. Zeitschr. f. p. Heilkunde. 1860. — 28. Rindfleisch: Virch.-Arch. 30. k. — 29. Cohnheim: Vorles. über allg. Path. 1882. — 30. Linsér: Über Sacraltumoren. 1901. — 31. Pfahler: Die angeb. Geschwulst etc. 1897. — 32. Schmidt: Beiträge z. cong. sac. Geschw. 1889. — 33. Förster: Die Missbildungen d. Menschen. 1865. — 34. Ritschl: Beiträge z. klin. Chir. 1892. — 35. Middeldorp: Zur K. d. ang. Sacralgeschw. 1885. — 36. Nasse: Arch. f. klin. Chir. 1893. — 37. Tourneux et Hermann: Sur la persistance de vestiges etc. 1897.

Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóró-dájáról. (Igazgató: Kétly Károly tanár.)

Az eupyrim, basicin és rhizoma scopoliae carniolicae-ről szerzett klinikai tapasztalatok.

Irta: Kétly László dr., I. tanársegéd.

(Vége.)

A fent már számszerint felsorolt egyéb betegségeknél a basicin biztos hatását szintén tapasztaltuk.

A mi a szer megszokását illeti, tapasztalataink azt mutatják, hogy csak hosszas, 2–3 hónapi használat után szokott néha a hatás kimaradni.

Kellemetlen mellékhatást akár a szívre, akár más tekintetben soha sem tapasztaltunk és a vegyületet, még több gm.-nyi napi dosisban adva is azt hosszú időn keresztül, teljesen ártalmatlannak tartjuk.

Pro dosi 0.5 gm.-nál többet nem adtunk és pro die legfeljebb 3 gm.-ot, a mennyiben ennél nagyobb napi adagra még a legsúlyosabb neuralgiáknál sem volt szükség.

A basicint tehát mint fájdalomcsillapító szert különösen trigeminus neuralgiáknál, ischiásnál, tabesek fájdalmainál stb. melegen ajánlom, mert sok esetben még akkor is ezélt értünk vele, mikor már az eddig ismert antineuralgicumok cserben hagynak. Tabeseknél hatás tekintetében sokszor a morphiomot is pótolhatja.

Legmelegebben a citrophennel való kombinált adagolását ajánlom, mindkettőből aa 0.5 gm.-ot pro dosi. Ez összetételtől láttam a legbiztosabb hatást.

Bőr alá feeskendve mi a basicint nem alkalmaztuk, miután per os nyújtva is jó hatásúnak találtuk.

A szer jelenleg még kissé drága, a mennyiben egy gm. ára 70 fillér.

Irodalom: 1. Kreidlmann: Basicin, ein sehr leicht lösliches, chinin- und coffeinhaltiges Präparat. Deutsche med. Woch. 1900. 12. szám. — 2. Ugyanaz. Allgemeine med. Centralzeitung. 1900. 17–19. szám. — 3. Goldmann: Klinisch-therapeutische Woch. 1900. 35. sz.

III. Rhizoma scopoliae carniolicae.

A paralysis agitansnál a betegek foglalkozását, sőt a mindennapi élethez szükséges mozgásokat is legtöbbször lehetlenné tévő nagyfokú tremor enyhítésére újabban több szerrel rendelkezünk; így a Charcot ajánlotta hyosciaminum, az Erb által ajánlott hyoscinum hydrobromicum, a Mendel által ajánlott duboisin a legelterjedtebbek. A mi és mások tapasztalatai szerint is e három szer közül a legfeltűnőbb eredményeket a hyoscinum hydrobromicummal érhetjük el; a mennyiben a legerősebb tremort is hirtelen megszüntetheti és hosszabb időn át adva, az vissza sem tér. Igaz, hogy a hatás rendszeren 4–5 hét vagy 1–2 hónap mulva megszűnik és a tremor újból visszatér, de hosszabb-rövidebb szünet után újra adva a szert, esetleg újra hosszabb-rövidebb javulást érhetünk el.

Fő hátránya e szernek az, hogy még a legóvatosabb adagolás mellett is néha igen súlyos izgalmi tüneteket, sőt néha veszélyes mérgezést okoz, és ily esetekben nem adható. Ezért örömmel kellett fogadnunk az 1897-ben Podack¹ által ajánlott rhizoma scopoliae carniolicae nevű növényi gyógyszert, mely hatásában a hyoscinnal megegyezik és szerinte sokkal kevésbé, vagy egyáltalán nem mérges hatású. Ő e szert véletlenül fedezte fel oly módon, hogy egy paraszt beteget, ki 26 éves kora óta paralysis agitansban szenvedett, a scopolia carniolica, más néven dolna rope (bolond répa) nevű növény gyöktörzsét ette naponta 30 éven keresztül és ettől tremorja állandóan enyhült, a nélkül, hogy szervezetében a legkisebb káros hatás, vagy mérgezési tünet mutatkozott volna.

A rhizoma scopoliae hatása abból érthető, hogy hyosciamint és hyoscint, illetőleg scopolamint tartalmaz, és nagy előnye az, hogy mérgezési tüneteket hosszabb időn át alkalmazva sem okoz.

Újabban mi is kipróbáltuk e szert paralysis agitans 2 esetében és 1 neurosis traumaticánál; és mindhárom esetünkben a

betegeket még a járásukban is gátló nagyfokú reszketés egy, legkésőbb két nap alatt 2 esetben enyhült, a harmadiknál pedig teljesen megszűnt. Egyik esetünkben sem észleltünk sem izgalmi jelenségeket, sem kellemetlen vagy mérgezési tüneteket, noha a szert hónapokon át adtuk. A paralysis agitans 2 esetében a reszketés még hónapok mulva sem tért vissza, míg a traumás neurosis esetében a reszketés a szer kihagyása után újból jelentkezett és ekkor polybromot adva, javulás nem mutatkozott, míg a rhiz. scopoliae újbóli adagolására a reszketés ismét nagy mértékben enyhült. Ez eset tehát elegendő bizonyítja e szer hatását.

Az egyik paralysis agitans-eset kórtörténetét röviden itt közöljük, mert abból e szer ártalmatlansága szemben a hyoscinummal szépen kiviláglik:

E. N. 53 éves. Diagnosis: paralysis agitans.

1897 május óta beteg, eleinte jobb felső végtagja, félév mulva bal felső végtagja, majd alsó végtagjai is erősen reszketni kezdtek. 1899 június óta nehezen jár, izmai merevek; december óta járásnál propulsio jelentkezik. 1900 május 15-dikén klinikánkra került, ekkor az izmokban hypertonia, a fej és végtagok nagyfokú reszketése, járásnál propulsio volt jelen.

Május 16-dikán 0.0001 hyoscinum hydrobromicumot kap subcutan.

Május 17-dikén ugyanoly adag hyoscinumot kap bőr alá és a befecskendés után beteg igen izgatott lesz, kiabál, félrebeszél.

Május 18-dikán újból 1 injectio; utána 15 perc mulva beteg fel-tűnő jókedvű lett, majd 10 perc mulva delíráll, később mély álomba merül; felébredvén, a reszketés teljesen megszűnt.

Május 19-dikén. Injectiot nem kap.

Május 20–21-dikén. Reszketés ismét fellép.

Május 22-dikén. Újból hyoscinum-injectio, utána 3 óra hosszút erős izgalmi tünetek.

Május 24-dikén. Injectio, utána több órán át nyugtalanság és delirium.

Május 25-dikén. Injectiot nem kap, reszketés fennáll.

A hyoscinum e kellemetlen mellékhatása miatt a betegnél május 26-dikától fogva naponta 0.30 gm. rhizoma scopoliae carniolicae-t adtunk egyszerre por alakban. Már a második naptól fogva a reszketés nagy mértékben enyhült; az 5. naptól fogva járása már biztos volt, beszéde érthető lett és a reszketés csak kezein jelentkezett és ott is oly kis fokban, hogy az öt sem évésben, sem más mozgásaiban nem gátolta. Eltekintve egy csekély szárazságerzettől a torokban, e szer semmiféle kellemetlenséget vagy izgalmi tünetet nem okozott. A beteg a klinikát június 1-jén hagyta el nagyfokú javulással.

E három esetben tett észleleteink alapján a rhizoma scopoliae carniolicae a gyakorló orvosoknak figyelmébe ajánljuk, a melylyel a paralysis agitansnál a reszketést legtöbbször gyorsan és nagy mértékben csökkenthetjük, sőt hosszabb-rövidebb időre meg is szüntethetjük. A hyoscinummal hatás tekintetében teljesen kiállja a versenyt a nélkül, hogy annak mérgező tulajdonságai-val bírna.

Adagja pro die és pro dosi 0.30–0.40 gm.

T Á R C Z A.

Az énekhang és énekművészet physiologiaja.

(Folytatás.)

Másképen áll a dolog a női hangnál. Először is a hangszerv kisebb volta miatt a gégetükör alatt nem találunk oly szembetűnő alakváltozást, mint a férfinnál; másodsor különböző registerei nem állnak oly klasszikus ellentétben egymással, mint a férfinnál; mindenki rögtön meghallja a különbséget, a mikor férfi mellhangon, azután falset vagy fejhargon énekel; nőknél kevésbé. A nő is hosszú hangréssel, teljes erővel énekel, a midőn is a hangszalag egész hosszában rezeg, és a mellkas erős légnnyomással dolgozik; mikor azután a nő az énekhanggal felemelkedve, a légnnyomás fokozásával és a hangszalagok feszességével magasabb hangot producálni már nem tud, szintén azon mechanismus-hoz folyamodik, hogy hangszalagjait rövidebbre fogja. A gégetükörben azonban már nem oly eklatans a különbség mint a férfi hangszervén, a melynek vonalvékony hangrése szembeszökő módon ovalissá alakul át. Azonban a nőnél is megvan ezen ovalis hangrés, csak hogy keskenyebb és minél inkább emelkedik feljebb és feljebb a hang, annál szűkebb is lesz, úgy hogy ezen megrövidített hangszalag-mechanismussal képzett hangok mind szűkebb és szűkebb hangrészt mutatnak és természetesen, hogy az ilyen szűk hangrésznél nem lehet megkülönböztetni, vajjon még ovalis alakú-e vagy csak egy egyenes vonal-e?

A nőnél is tehát lényegileg meg van a *falsethang*-register (rövidebb, de aránylag szélesebb hangrés), továbbá a *fejhang* (rövid, de ismét megszükitett hangrés). Csak hogy a nőnél a fejhang nemesak használható muzsikái jelleggel bír, hanem épen ellenkezőleg; fejhanggal éneklő az énekesnő a legragyogóbb koloraturáját. Férfinnál nemesak hogy nincsen jól kiképezve a fejhang-register, de nem is illik reá annak nőies színezete; a nő azonban legnagyobb diadalait azon énektechnikával szokta elérni, melyet játszi könnyedséggel ezen fejhangokkal producál.

¹ Podack: Zur Behandlung mit Rhizoma scopol. carniol. bei Paralysis agitans. Deutsche med. Woch. 1897.

A *falsethang-register*, mely a nőnél lényegileg azonos a férfiéval és a mely a mell- és fejhanger-register között mint átmenet foglal helyet, szintén sokkal fontosabb a nő énekében. A falsethang elnevezés nem szokásos a női hangra és helyesebben nevezzük *voix mixte* elnevezéssel.

A *voix mixte* elnevezés részéről sem nem új, sem nem önkényes, hanem Fourniertől származik (Physiologie de la voix et de la parole) és kifejezi azt, hogy a hallott hang sem nem fej-, sem nem mellhang, hanem a kettőnek keveréke („Es ist eine Mischung von Ansatz- und Kopfstimme“ mondá egy énektanár a concert-teremben).

A *voix mixte* érdekes registere a nőnek. A férfi *falsethangjairól* az a nevezetes, hogy körülbelül oly magasan fekszenek a hanglétrán, a mely magasságban ő még mellhangon is tud énekelni. A *falsettel* csak sokkal lágyabban és behizelgőn énekel és azért szenvedélyes kitörésekben mindig az érczes mellhangot énekl, azonban fájdalmak, szerelmi bánat kifejezésében vagy pl. a midőn a dalműben titkok sűg meg, avagy mezza voce énekel, a lágyabb *falsethangot* üti meg. Gyakran el azonban a tenorista a falsethanggal azért, hogy hangját a magas kótáknál megkímélje, sőt azon okból is, mert ezen magas kótáknál mellhangjának zenei szépségében már nem bízik meg. Néhány évvel ezelőtt operánkban vendégszerepelt több olasz tenorista főleg ez utóbbi okokból használt *falsetregistert*, melyre azt lehetett mondani, hogy szép és hatásos volt.

Nőnél azonban a *voix mixte* nagyobb hangterjedéssel bír s olyan kótákra terjed ki, melyeket az énekesnő még mellhanggal is tudna énekelni, de ezen felül oly kótákra is, melyeket mellhanggal már nem, hanem csak fejhangerregisterrel tudna elérni. *Tehát a jól iskolázott voix mixte egyik legfontosabb kelleke a jó énekesnőnek.* Ezen registert sokszor használja — persze ösztönszerűleg, a nélkül, hogy tudná — és mivelik az énektanárok is.

A mi a Michael által leírt középregistert illeti, annak létezéséről mint külön registerről nem tudtam meggyőződést szerezni; bár szerinte ezt leggyakrabban használjuk a közönséges beszéd közben is, a mely az érczes mellhangtól első hallásra különbözik. Igen, de ezen középhangok, melyekkel beszélni is szoktunk, nem lehetnek mások, mint mellhangok, csak hogy nem oly erős innervatioval képezetnek. „A beszéd- és éneklhang nem kétféle hang, hanem ugyanazon hangnak kétféle használati módja“ (Liscovius). Egyébiránt Michael az ú. n. középregistert és magas mellhangregister számára ugyanazon vezérlőmot (t. i. a m. vocalis) találta: ennél fogva már a gége mechanizmus azonos volta is ellene szól a külön regisztrálásnak.

Továbbá azon körülményt, hogy némely énekesnél a középhangok hiányzanak (azaz hogy csak gyengék és nem csengenek), nem úgy magyarázom mint Michael, hogy t. i. a középregistert állítólagos külön mechanizmusa volna megzavarva. Hiszen a legtöbb művészi pályára készülő növendék legfőbb baja az, hogy a hang csak a felső régiókban válik csengővé és széppé vagy esetleg mélyebb fekvésekben is bírhat érczességgel. A középhangok éneklésével ugyanis a legkevesebb izomerőt fejtheti ki és csak magasabb hangjegyekben tud a mellkas munkájával és a gégeizomzat feszességével, a légnyomás növelésével valamit producálni. A középhangok csak nagy tüdő mellett és a resonantia egyéb kedvező viszonyai mellett szoktak nagyok lenni.

Továbbá nincsen kényszerítő körülmény sem laryngologiai, sőt talán muzsikai szempontból sem, hogy külön úgynevezett *Strobass- és Kehlbass-* registert különböztessünk meg: ezek egyszerűen a legmélyebb mellhangok, melyek productioja alkalmával a hangszalag egész hosszában rezeg, csak hogy nem oly feszes és azért a hangrés szélesebb (hosszú és relatív széles hangrés), de ezen mély hangképzést a gégetükrőben már alig lehet követni, mert a lesülyedő gége és hátrahajlott gégefedő a tükrözést megnehezíti és az áttekintést lehetetlenné is teszi.

Röviden összefoglalva tehát az *énekregisterek két főtypusa vehető észre: a mell- és fejhanger*, vagyis a hosszú és rövid hangrésmechanizmus; mindkét esetben feszes hangszalagokkal és szűken képzett hangréssel; a rövid hangrésnek azonban egy módosulása is van, a midőn relatív kiszélesedik és létre jön a *falset* (férfinál) vagy *voix mixte* (nőnél).

A hosszú hangrés mechanizmusa a legmélyebb hangoknál szintén relatív széles és ha úgy tetszik, bassus-registerek nevezhető el. A mi a hangrés-mechanismusok két főtypusát illeti, úgy alig lehet kétség, hogy főleg két izomnak, egyrészt a thyreo-arytaenoideus internusnak (hangszalag-izom), másrészt a crico-thyreoideusnak (hangszalagnyújtó-izom) váltakozó működése játszsza a főszerepet. *Midőn a mellhangoknál a thyreo-arytaenoideus internus a hangszalagnak egész tömegét a középvonal felé tereli és némileg a túlságos kinyújtást is ellensúlyozza, akkor a két hangszalag nagyon feszes (szabad széleivel egymás mellett fekvő szalag), melyek közt csak tetemes légnyomás bír áttörni és az eredmény az erősebb légnyomással dolgozó, az egész resonator-készülékét együtt hangzásra indító és úgynevezett felhangokban is gazdag mellhang.* Semmi kétség azonban, hogy a hangszalagizmokkal nemcsak a többi záró-izomzat működik össze, hanem a hangszalagnyújtás is elég jelentékenyen közreműködik, mert különben eltorzított hangrészt kapnánk, mint azt állatkísérlettel könnyű bizonyítani. *Bizonyos határon azonban a hangszalagizom működése háttérbe lép és a hangszalag kifeszítése főleg nyújtás által történik; a gégetükrőben igen jól látható, miképen nyúlik hosszabbra az egész hangszalagpár; csak hogy hátul hangesomó képződik és maga a rezgő hangrés mégis rövidebb.* A hangszalagok szélei vékonyabbak és nem egészen egyenes vonal, hanem gyengén kivájt, sarlóalakúak, úgy hogy megszólaltatásukhoz kevesebb erő elégséges; nem oly nagy légnyomással dolgozunk, nem oly erős az áttörése a hangrésnek; a képzett hang magasabb, lágyabb, fuvalatszerű jelleggel bír, de a resonantiát is kevésbé szövegezte meg és felhangokban szegény.

Az előbbiekből önként következik, hogy mi sem könnyebb, mint

falsettet és különösen magas mellhangokat piano énekelni és mi sem nehezebb, mint a magas mellhangokat halkán énekelni. Ismeretes dolog továbbá, hogy a *falset*-hangnál bővebben fogy el a kilégzési levegő, tehát ugyanoly magasságú mellhangot hosszabb ideig lehet tartani, mint a falsetet. A gyakorlat, mint mindenütt, úgy itt is sokat tehet ki és a tehetséges énekes e nehézségeket legyőzi. Egyébiránt magas fekvésű fejhangerregisterben a hangrés megint csak szűk lévén, az énekesnő hosszasan tarthatja légesövében az elég magas feszességű levegőt és fejhangerregistere ez által teltebbé, felhangokban gazdagabbá válik; a mi pedig *voix mixte*-registert illeti, ebben bőven érvényesül a művész úggyessége, mert a hangrészt csak valamicskével is szűkebbre vagy tágabbra állítván be, hol lágyabb, hol érczesebb alapszint ad ezen registernek, úgy hogy a hallgató meg sem tudja különböztetni, hol van vége a mellhangoknak és hol kezdődnek a fejhangerok; különösen akkor, ha az előadás műfelvezetőbe belemélt.

Némái József dr. egy. magántanár.

(Folytatása következik.)

Az iskolaegészségügy reformja.

Midőn két év előtt ezen czím alatt közöltem a vallás- és közoktatásügyi ministerium által egybehívott értekezletnek megállapodásait, mindegyikünk erősen hitte, hogy a kidolgozott javaslatok rövid idő alatt életbe lépnek. Sajnos, a sors másképp határozott. Alig hogy a javaslatok a kir. főigazgatókhoz kimentek véleményezésre végett, a középiskolai ügyosztály vezetője *Hóman Ottó* min. tanácsos, az iskolaegészségügy lelkes híve, ki az értekezlet munkálataival azonosította magát, egy ádáz betegségbe esett és azóta többé sohasem került vissza a ministeriumba. Még nagyobb, eléggé nem is mérlegethető veszteség érte az ügyet, midőn *Fodor József*, az iskolaegészségügy megalapítója tragikus módon vált meg ezen árnyékvilágtól, sajgó sebet okozva tisztelőinek és tanítványainak szívében. Ilyenképp a majdnem 3 esztendő előtt megindult mozgalomból eddigelé csupán a tantervre vonatkozó rész lett életbe léptetve, a mely amúgy sincs a szabályzatok közt. Annak alapján *Alexander Bernát* paedagogiára oktatta az iskolaorvosokat, az egyetemi tanárok és magántanárok egész raja pedig a különböző betegségek befolyásával foglalkozott az iskolába járó tanulók fejlődő szervezetére. Ekképp külsőleg is érvényre jutott, hogy az iskolaorvos nem csupán higienikus, hanem tanár és főleg orvos is.

Alig hogy befejezetté vált *Hóman* nyugdíjazása, *Boncz Ödön* osztálytanácsos, a ki az ügyosztály vezetését végleg átvette, a régen pihenő ügyet kezébe vette és a szabályzatok és utasítások végleges szövegezésre végett szűkebb körű tanácskozást hívott egybe, melynek tagjai nagybárára újak voltak. A régiék közül személyemen kívül ott voltak *Tóth Lajos* tanácsos és *Cherven Flóris* főigazgató urak. Újak voltak *Alexander Bernát*, *Bókay Árpád* orvoskari dékán, ki a tárgyalások alatt meggyőződött, hogy mily fontos és szép ügyköre van az iskolaorvosnak, *Liebermann Leó*, a ki bizonyára fog a közegészségügy egy más terén oly felejthetetlen érdemeket magának szerezni, mint *Fodor* az iskolaegészségügy terén, és végül *Szűcs (Frankl) István* dr. min. fogalmazó, az iskolaegészségügy referense, a ki alapos, az ügy legkisebb részleteire kiterjedő ismeretével a tárgyalásokat rendkívül megkönnyítette. A szövegezésből több lett, az egésznek átdolgozása, és részint ezért, részint pedig azért, mert a megjelent közlemények a napilapokban élénk érdeklődést keltettek az orvosi világban, a szűlők között, a tanári körökben, a miről a megjelent cikkek, személyes interpellatiók, sőt levelek tanuskodnak, kötelességemnek tartom nem csupán az eszközölt változtatásokat ismertetni, hanem a hangoztatott véleményekkel is — a mennyire az ügy érdeke megkívánja — foglalkozni.

Az iskolaorvosok ügyköre — ment fentebb jeleztem — három irányú és ennek következtében az utasítások is három irányúak. Az első rész az iskolaorvos teendőit szabja meg az iskola épülete, berendezése, új építkezések stb. körül; ezen tisztán higienikus ügykör változtatást nem szenvedett. Az utasítások 2-dik része az iskolaorvos teendőivel foglalkozik a tanulók egészsége körül. Itt a *törzslapok* bevezetésére határozta el magát az értekezlet, mely pótolni lesz hivatva az iskolaorvos magánfeljegyzéseit és egyúttal a tanuló testi fejlődésére vonatkozó adatokat is fogja tartalmazni, a miket az iskolaorvos a tornatanítóval együtt évente kétszer, szeptemberben és márcziusban, fog felvenni. Ilyen törzslapokat *wiesbaden-i* minta szerint Németország számos elemi iskolájában már vezetnek: a fejlődésre vonatkozó méréseket (magasság, súly, mellbőség) a tanító eszközli, míg az orvos az általános tápláltságra és a betegségekre vonatkozó adatokat jegyzi be. Ily rendszeres méréseket végeznek a svéd gymnasiumokban is az iskolaorvosok és az évi jelentésekben közlik úgy ezek átlagát, mint az iskolabetegségek számait és a rövidlátásnak még fokát is. A megelőző értekezleten is felmerült ennek eszméje, de akkor a ministeri emberek a költségek miatt nem igen mutattak nagy hajlamot annak bevezetésére.

Ezen *törzslap* egész ívből fog állani; az első lapra, a fejre, kerülnek a nationáléra vonatkozó adatok, úgyszintén azon fertőző és hosszadalmasabb betegségek, melyeket a tanuló eddigelé kiállott. Egy jegyzet figyelmeztetni fogja a kitöltő iskolaorvost, hogy a tanulót esetleg bántó kifejezésektől tartózkodjék. Én részéről a fejlapra még rovatot szerettem volna a vidéki tanulók élelmezési és lakásvizonyainak feljegyzésére, de ezt *Alexander* ellenzésére az értekezlet nem

¹ Lásd Orvosi Hetilap 1899. évi 17. és 18. számát.

fogadta el. Azért, ha az iskolaorvos e téren hiányokat tapasztal, azokat az utolsó lapra, a megjegyzések rovátája bejegyezheti. A két belső lap szolgál a fejlődési és betegség adatokra. Igaz ugyan, hogy a középiskolának nyolcz osztályuk van, de tekintettel az osztályismétlőkre, 10 vízszintes rovatot kellett nyitni, minden lapra 5-5-öt. A függélyes rovatok a következők: 1. Az intézet címe, osztály és tanév. 2. A fejlődésre vonatkozó adatok (alrovatok: magasság, súly, mellbőség, általános tápláltság és egy üres); elég a hely, ha valamely buzgó iskolaorvos évente 4-szer akarja tanítványait mérni. 3. Érzék- és beszédzervek. Felesleges hangsúlyozni, hogy különösen a közellátás fog itt szerepelni. 4. A betegségek (fertőzők, egy hétnél hosszadalmasabbak, a gyakran ismétlődők) és balesetek és azok tartama. 5. Az iskolaorvos által javasolt intézkedések, mikre bővebben nem kell kiterjeszkednem. Kivehető, hogy a biceps mérését, mint egy közleményben olvassom, nem írjuk elő. Az általam szerkesztett törzslap előnyösen különbözik a wiesbadenitől, mely nem kevesebb mint 14 rovatot tartalmaz, a mi — minden rovatot csak egy vonással jelezve — mérhetetlen munkát ró az iskolaorvosra.

A munka a törzslapokkal így sem lesz kevés, főleg a népes középiskolákban; senkinek sem lesz — legalább egyelőre nem — annyi dolga velük mint nekem, hiszen a VII. ker. állami főgymnasiumnak jelenleg 21 osztálya és 1300 tanulója van és ha a fiókot önállóítják, mindig fog maradni 16 osztály 1000 tanulóval. A mérések, minthogy a tornatanító segítése kötelezőnek van kimondva, kimondhatatlanul gyorsabban eszközölhetők, mintha az iskolaorvosok maguk volnának kénytelenek az egészet csinálni. A betegségekről, melyek a tanulókat érik, pedig sokféleképen győződhetnek meg. Így a mérésekkel egyidejűleg történik a gerincoszlop vizsgálata; a felső testnek minden baja ekkor szembeötlök. A trachoma-vizsgálatok alkalmával kiszólitják a rosszullátókat. A szép és gyorsírás, rajz- és testgyakorlat óráinak látogatásakor feltűnik a beteges; a kik ezen tárgyakból felmentést óhajtanak, amúgy is jelentkeznek az iskolaorvosnál. A tanároknak jogában áll beteg vagy betegségre gyanus tanulókat az orvoshoz megvizsgálás — nem gyógyítás — végett küldeni. Végül a kitiltott vagy betegségek miatt huzamosabban távollévő tanulókat az osztályfőnök figyelmezteti az iskolaorvos, a balesetekre pedig a tornatanító. A fődolog sokszor megfordulni az intézetben. Minthogy tanulóink az iskolákat gyakran változtatják, az iskolaorvosnak egy további kötelessége lesz az általa kezelt és őrzött törzslapok átküldésének előkészítése, ha más intézettől bekérjük, és bekérése, ha máshonnan tanuló jött az ő intézetébe.

Juba Adolf dr., a közoktatási tanács tagja.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A malariatheoria jelenlegi állása.

Közli: Torday Árpád dr. belklinikai gyakornok.

Irodalom. *Aujeszky*: Malaria. O. H. 1899. — *Barbacci*: Neue Arbeiten über Malaria 1892—1897. Centr. f. allg. Path. X. 64. l. — *Benario*: Die ärztliche Praxis. XII. 337. l. — *Beufuss*: Tropenmalaria und Acclimatisation. Arch. f. path. Anat. (Virchow Arch.) CLV. 2. f. — *Bignami*: A tropusi malaria. Hygien. Rundschau. IX. 1093. l. Deutsche med. W. XXV. 182. l. Münch. med. W. XLVI. 1630. l. — *Bignami-Bastianelli*: A malaria aetiologiája. Olaszországi belgyógy. congressus. 1899. okt. 25—28. — *Bastianelli-Bignami*: A tertiana parasita kifejlődése az anopheles clavigerben. Ann. d'ig. spermim. IX. 272. l. — *Bastianelli-Bignami*: A nyár-őszi alak struktúrája. Ann. d'ig. spermim. IX. 245. l. — *Babes*: Virchow Arch. 1889. Compt. rendus. 1892. — *Celli*: Az olaszországi malaria-társulat munkálatai. Ann. d'ig. spermim. IX. 294. l. *Giorno della r. soc. ital. d'igiene. XX. 451. l. Centralbl. f. Bakt. XXV. 187. l., XXVI. 396. l. — Celli-Del Pino*: A malaria epidemiológiai ismeretéhez. Centrbl. f. Bakt. XXVI. 481. l. — *Celli*: Malariellenes immunitas. Centrbl. f. Bakt. 1900. — *A. Celli*: La Malaria, Roma. 1900. — *Davidson*: A malaria problemája az epidemiológia világában. Centrbl. f. innere Med. XXI. 622. l. — *Dupuy*: Recueil de médecine vétérinaire. 1889. — *Dionisi*: Annali d'igiene sperimentali. 1899. — *Daubler*: Ueber den heutigen Stand der deutschen Malariaforschung. Fortschr. der Med. 1901. XIX. 21—27. — *Elting*: Malaria-kísérletek oltás útján. Zeitschr. f. klin. Med. 36. k. 491. l. — *Engel*: Malariaplasm. magvas vörös vérséjtel összetéveszhető-e? Zeitschr. f. klin. Med. 38. k., 30. l. — *Ewing*: A malariaplasmidiumok összehasonlító morfológiája. Centrbl. f. inn. Med. 20. k., 1017. l. — *Fischer*: Az itáliai Campagna assanálása a malaria ellen. Deutsche med. W. 25. k. Lit. Beil. 12. l. — *Finlay*: Moszkitok mint a malaria terjesztői. Med. Record. 55. k., 737. l. — *Futcher*: Az újabb malaria-kutatások kritikai bírálata. Amer. Journ. of med. Scienc. 118. k., 318. l. — *Futcher*: A malariaparasita festésének új módszere. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. 10. k., 70. l. — *L. Fermi és S. Lumbav*: Malariaprophyllaxis. Centrbl. f. Bakt. 28. k., 1900. Annali d'igiene sperimentale. 1900. — *Grassi*: A malaria és bizonyos férgék közötti viszony. Arch. ital. de Biol. 31. k. 69. l., 143. l., 257. l. Riv. di scienc. biol. 1899. Atti d. r. acad. d. Lincei. 8. k., 559. l. — *Grassi-Bignami-Bastianelli*: Malariakutatások januárban. Rendiconti d. Accademi d. Lincei. 8. k., 3. sz. A félholdalakú plasmidiumok kifejlődése az anopheles clavigerben. Ann. d'ig. spermim. 9. k., 258. l. A parasita fejlődése az állatban. Arch. ital. de Biolog. 31. k., 259. l. — *M. Glogner*: A malaria-parasiták morfológiája. Virchow Arch. 158. k., 1899. — *E. Gravit*: Berl. klin. W. 38. k., 1900. — *Galli Valerio*: A malariáról. Therap. Monatshefte 1901. 2. f. Bolletino del naturalista. 1899, 1900. — *Ganglielmi*: La Clinica Veterinaria. 1899. — *Howe W. E.*: A malaria átvitele moszkitok útján. Lancet. 1899. II. 50. l. — *James S. P.*: Moszkitó és malaria. Brit. med. Journ. 1899. II. 1648. l. — *Janssen*: Malaria. Schmidt's Jahrbücher. 252. k., 8. l. — *Koch*: A malaria-exped. eredményei. Deutsche med. W. 25. k., 69. l., 601. l. Zeitschr. f. Hyg. 30. k., 295. l. — *Koch*: Utí tudósítás a marha-, bubopestis, malariáról stb. Deutsche Vierteljahrsschrift f. öff. Gesundheitspflege. 31. 428. l. — *Koch*: A malaria-parasita kifejlődése. Zeitschr. f. Hyg. 32. k., 1. l. — *Koch*: A malaria-expeditio eredményei. Chinin-hatás. Deutsche med. W. 26. 1900. — *Kubassow*: A mocsári láz parasitája. Hyg. Rundschau. 9. k., 130. l. — *Kossel*: Zeitschr. f. Hyg. 1899. — *M. Koch és H. Coenen*: A malaria-kuta-

tások eredményei Olaszországban. Berl. klin. W. 1901. 12. sz. — *Laveran*: A malaria-ellenes védekezés. Journ. des praticiens. Paris. 1899. — *Laveran*: Paludismus és moszkitok. Janus. Amsterdam. 1899. A Laverania Danilewsky tanulmányához. Compt. rend. de la soc. de biol. 1899. 24. sz. 603. l. — *Laveran-Blanchard*: Les hématozoaires de l'homme. Paris. 1895. — *Leuckowicz*: A malaria-parasita biológiájához. Wiener kl. W. 13. k., 9. sz. — *J. Lister*: Ujabb vizsgálatok a malaria-parasitáról. Wiener med. Presse. 1901. 16. sz. — *Macdonald*: Moszkitok viszonya a malariához. Brit. med. Journ. 1899. II. 699. l. — *Mannaberg*: Nothnagel Specielle Path. u. Therapie. A malaria-megbetegedések. Deutsche med. W. 26. k., L. B. 55. l. — *Mc Naught*: A vér vizsgálata malariánál. Indian med. gaz. 1899. 351. l. — *Manson*: Moszkitó és malaria-parasita. Brit. med. Journ. 1898. szept. 24. Lancet. 1900. — *Melloville*: Malaria-parasiták roham alatt. Indian med. Gaz. 1899. 4. l. — *L. Monaco és L. Pinichi*: Az antiperiodikus anyag hatása a malaria-plasmidiumokra. Arch. ital. de Biol. 32. k., 379., 385. l. 1899. — *di Mattei*: Annali d'igiene spermim. 1900. — *G. Maurer*: A váltóláz előidézőiről. Münch. med. W. 1901. 9. sz. — *Monti*: Malaria. Wiener Klinik. 1901. 6. f. — *Newton*: Moszkitok és malaria. Brit. med. Journ. 1899. II. 1649. l. — *Nocht*: A malariáról. Münch. med. W. 46. k., 266. l. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Cassel. 3. k., 1. l. A malaria-parasiták festése. Centrbl. f. Bakt. 25. k., 764. l., 24. k., 839. l. — *Nuttall*: A moszkitó-malaria-theoria. Centrbl. f. Bakt. 25. k., 161., 209., 245., 285., 337., 877., 903. l., 26. k. 140. l. Vierteljahr. f. öff. Gesundheitspflege. 1898. 22. l. — *Plehn*: Weiteres über Malaria-Immunität und Latenzperiode. Jena. 1901. — *Ross*: Moszkitó és malaria. Brit. med. Journ. 1899. I. 425., 433. l., II. 208., 314. l. A malaria kiirtása. Indian med. Gaz. Calcutta. 1899. 231. l. Brit. med. Journ. 1899. II. 1. l. A moszkitok szerepe a mocsárláznál. Ann. de l'Institut Pasteur. 13. k., 136. l. 1899. A malaria-parasita élettörténete. Nature. 60. k., 322. l. Bull. de l'Acad. de méd. 41. k., 153. l. — *Sauvages*: A moszkitok kiirtása. Brit. med. Journ. 1899. 2. k., 119. l. — *Schüffner*: A malaria ismeretéhez. Deutsche Arch. f. klin. Med. 64. k., 428. l. — *Silvestri*: Moszkitok és a mocsárláz. Bolet. d. Consejo super. d. salubr. Mexico. 1899. 243. l. — *Smith*: Malaria. Immunitas. Brit. med. Journ. 1898. 17. sz. — *R. Stein*: A tertiana alak struktúrája. Virchow Archiv. 159. k., 1900. — *Smith-Kilborne*: Med. News. 1899. — *Thayer*: Ujabb vizsgálatok a malariáról. Med. News. Philadelphia. 74. k., 617. l. — *Thin*: A malaria-láz aetiologiája. Brit. med. Journ. 1899. 2. k., 349. l. — *E. W. Tunzelmann*: A malaria-plasmidiumok. Journ. of Pathol. 1900. — *Vallin*: A malaria prophylaxisa a moszkitok előlése által. Rev. d'hyg. Paris. 21. k., 896. l. — *Ziemann*: A malaria-fertőzés átruházása a moszkitok által. Hyg. Rundschau. 9. k., 1092. l. Malaria és más vérparasiták. Hyg. Rundschau. 9. k., 129. l. A moszkitok viszonya a malaria-parasitákhoz. Deutsche med. W. 26. k. 1900. 49. sz.

A malaria terjesztőjének az újabb időkig a vizet, levegőt és talajt tartottak, míg a moszkitotheoriának kevés híve akadt; az újabb vizsgálatok azonban kétségtelenné tették, hogy a malariát csaknem kizárólag a moszkitok terjesztik s a talaj, víz, levegő, növények stb. csak annyiban szerepelnek kórokozóként, hogy a moszkitok, illetve álczaik bennök élve ott feltalálhatók.

A malaria és a moszkitok között már a régi szerzők bizonyos összefüggést hittek, valamint a nép is. Így *Columella* és *Varro* említik a kettő közötti viszonyt, a német keletafrikai *Usambara* hegység négere a váltólázat egyenesen „mbu“-nak vagyis moszkitonak nevezi s a hegy-ségről a moszkitok lakta malariás síkságra félve száll le.

A tudományos irodalomban *Lancisi* kiemeli, hogy a mocsarakban található apró rovarok a mocsárgözökkel együtt a környező légkörbe emelkedve csipés által fertőznek, sőt lehetők tartja azt is, hogy e rovarok tojásait a sebekbe rakják. *Joh. Crewford* 1809-ben szintén ezen nézetet vallja. *Nott* 1848-ban a sárgaláznak és malariának kórokozójaként a moszkitot tartotta. *Angelo Alessandrini* 1870-ben azt írja, hogy a moszkitok a Campagna egészségtelen légköréből a közel levő helyiségekbe és lakásokba benyomulnak, ott nappal meghúzódnak és éjjel röpködve, csipés által terjesztik a mérget; *King* 1883-ban hasonló eredményre jutott. Mindezek feledésbe mentek, mígnem 1884-ben *Laveran* *Manson* kutatásai alapján felvetette a moszkitoknak szerepét a malaria létrehozásában. *Manson* a moszkitok szerepére a filariafertőzés terjedési módja alapján gondolt. *Sonsino*-val együtt ugyanis azt találta, hogy ha filariasisban szenvedő egyént a moszkitó megcsip, a parasitát az állat mellkasizomzatában csakhamar megnövekedve találhatjuk. A további folyamatot nem észlelte, azonban feltette azt, hogy a mikor a moszkitó a vízben elhal, a parasita petéje és álczája a vízben szétszóródik, s ha most az ember ilyen fertőzött vizet iszik, filariasiszt kaphat. A malariánál is analog folyamatra gondolva, a moszkitot az emberi test és a víz közötti összekötő kapocsnak vélte; szerinte az emberi vérből kiszabaduló parasita a moszkitoba, illetve annak tojásaiba jut, a moszkitó a vízben elhal s a parasita az ily módon fertőzött vízből kerül az emberbe. Ilyen irányú vizsgálatai negatívak voltak.

Mansontól függetlenül Olaszországban *Bignami* állította először, hogy a malariát a szunyogok terjesztik, utalva a nép között elterjedt százados hitre.

A vizet, levegőt és a talajt a malariát terjesztő agensek közül kizárni igyekezett. A víztheoria ellen felhozta azon tényt, hogy Campagnában ugyanolyan vizet isznak mint Rómában s mégis a malaria Campagnában otthonos; a malariás vidékről hozott víz ivása után az emberek nem kapnak malariát. Az *Argos* hajón észlelt epidemia nem lehetett malaria, mert a betegség a hajón rohamosan tört ki s egy adag chinin adása után elmúlt. A talajban malariaparasitát eddig senki sem mutatott ki. A talajnak és a víznek annyiban jut szerep a malaria terjesztésénél, hogy a mocsarak, posványok, álló vizek és lassú lefolyással bíró folyóvizek közelében a moszkitok előszeretettel tartózkodnak és szaporodnak; a vizek lecsapolása, a talaj assanálása után a moszkitokra kedvező viszonyok megszűnnek s ezért állapodik meg ilyen helyeken a mocsárláz. A levegőt is kizárta, mert a malaria nem száll a magasba, 4—5 méterrel a földszin felett már nem fertőz, a malaria többnyire egy göczen fordul elő s onnan csak bizonyos távolságig terjed. Az erdők a szel s így a malariát nem fogják fel, sőt inkább erdők közelében nagyobb a malaria terjedése. Afrikából a szél a malariát nem hozhatja, mert akkor a hajókon is sok malariának kellene előfordulni, másrészt a sicíliai

hegyeknek a malariát fel kellene fogni s akkor ott kellene ezen betegségnek fészkelnie, nem pedig Róma külvárosai és környékén. Értéketlen továbbá, hogy miért olyan veszedelmes este a szabadban való tartózkodás, ha nem a szunyogé a döntő szerep a betegség terjesztésében. A fátýolokkal és hálókával való védekezés a moszkitonézett mellett szólott. *Bigami* is azt vélte, hogy a szunyog lárvája a vízben szedi magába a malariaparasitát. *Dionissival* előbb malariás madarakat szunyogokkal megcsipetett s az így fertőzött rovarokkal akarta a betegséget egészséges madarakra átvenni; később embereken végzett hasonló kísérleteket, azonban eredménytelenül. Kísérletei azért nem sikerültek, mert nem minden moszkítófaj terjeszti a malariát s ő nem választotta vizsgálataihoz a helyes fajt. 1896-ban *Cellivel* kimutatta azt, hogy a malaria epidemiológiai tulajdonságai a moszkítótheoriával összhangba hozhatók, miként a malariafertőzést a *Pravaz*-tűnek egy cseppje által beoltás útján terjeszthetjük, olyképen felvehető az is, hogy a moszkító csipés által hasonló módon hat. *Koch* a texasláznál tapasztalta, hogy a fertőzés a fertőzött piroplasma tojásaiból kikelő parasita által történik s azt hitte, hogy a malaria is ilyenképen terjed. Azt ajánlotta, hogy kísérletileg fertőzött moszkítók tojásaiból tenyészessék ki a lárvákat, majd a moszkítókat és a moszkítók által megcsipett egyének vérében keressék a malariát.

A kísérletek ezen irányban nem sikerültek, mert ma már tudjuk, hogy nem a fertőzött moszkító petéje, hanem maga a moszkító terjeszti a malariát. Ezen utóbbi felfogást bizonyítja azon tény, hogy a malaria nincs oly vidékeken, a hol a moszkító századok óta otthonos, ha azon a vidéken nem él malariában szenvedő egyén; ezen helyeken csak akkor lép fel a malaria, ha malariás egyén kerül azon vidékre.

Fertőzött állat által rakott petékből kitenyészített moszkítóknak a malaria-plasmodiumot eddig senki sem mutatta ki.

Eddig a malariának moszkítók útján való terjedését csak indirekt bizonyították; direct bizonyítékot *Ross* 1897-ben szolgáltatott a madár-malaria tanulmányozása útján. *Ross* 2 évig sikertelenül kísérletezett, míg végül más malariás vidékről származó culex-fajhoz tartozó moszkítókat kapott; ezen moszkító-fajjal megcsipetve malariás egyéneket, a moszkítók gyomrában falán a csipés után 4—5 nap mulva 12—17 μ hosszú, sajátos pigmentált sejtet látott, a melyek a malaria-plasmodiumokhoz nagyon hasonlítottak; a fejlődés további menetét azonban nem tudta követni. Vizsgálatait 1898-ban *Calcuttában* a szürke moszkítókkal folytatta, a mely faj a madaraknál malariászerű megbetegedést okoz. A fertőzött moszkítók gyomrában 12 óra mulva a fertőzés után 30° C. mellett sporaosztódás útján mikro- és makrogametákat látott, a melyek közül az előbbiekből leváló ostorszácsák az utóbbiakba hatolva, azokat termékenyítették; a termékenyítés után azt látta, hogy e képletek a belekből kivándorolva, az epitheliás sejtek között foglalnak helyet. Ezen pigmentes képletek bizonyos idő mulva szétpukkadnak, tartalmuk, a sporozoiták, a testüregbe esnek, honnan a véráram útján a nyálmirigyekbe kerülnek, s ha moszkító egy madarat megcsip, a csipés alkalmával sporozoiták kerülnek annak vérébe. Sajátságos volt azonban, hogy az általa leirt spórák festenyettek voltak, míg *Manson* ilyesmit nem észlelt. Ezen észleletre *Mac Callum* adta meg a magyarázatot, kimutatva azt, hogy a látható sphaerikus testecsek közül egyesek protoplasmája erősebben festenyett (szemes alak), míg a többieké hyalin; az ostorszácsák az utóbbiakból fejlődnek, a melyek az anya-sejtől elszakadva, élénk mozgás kísérletében a vízben addig úsznak, a míg granulált sejtbe nem jutnak. A megtermékenyítés után a megtermékenyített kéletről féreg (vermiculus) képződik, mely rendkívül gyorsan mozog, a gyomorfalán áthatol s ott a *Ross* által leirt cystát képezi. *Koch* azt találta, hogy a madaraknál a fertőzést egyedül közvetítő culex nemorosus gyomrába került proteosoma 12—15 óra mulva főregalakot vesz fel, a mely a fertőzés után 48 óra mulva eltűnik, helyette a gyomorfallal külső oldalán néhány nap mulva sárlalakat öltő pigmentes képletek jelennek meg, a melyek 6—7 napig a gyomor falon kívül az állat mellizomzatában és nyálmirigyében is feltalálhatók, 9—10 nap mulva már csak az utóbbiakban.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Jahresbericht der Unfallheilkunde, gerichtlichen Medicin und öffentlichen Gesundheitspflege für die ärztliche Sachverständigenhätigkeit. Herausgegeben von Dr. med. *Placzek* (Berlin). Leipzig, Georg Thieme. 1901. 4-edrét, X, 707 lap.

Az orvosi tudomány mezejének határai mind messzebbre és messzebbre tolódnak ki. Az orvos feladatai közé többé nem csupán a betegségek felismerése s gyógyítása tartozik, hanem megelőzése is, s épen ezen utóbbi működési körében foglal helyet a baleset, mely a terjedő civilisatio által életbeléptetett s mozgósított új gépek s a velük együtt, illetve az általuk szükségessé vált új foglalkozások által számszámra és minőségére nézve mindinkább sokféle alakban éri áldozatait. Ily módon egy új tudományág is keletkezett: a baleseti orvostan, az „Unfallheilkunde”, mely főalkatrészeire bontva: bakteriológiából, közegészségtanból, ipari egészségügyből és törvényszéki orvostanból áll. E tudományágak systematikus összekapcsolásából alakult ki a baleseti orvostan. Érthető és egyúttal méltánylandó dolog, hogy e fejlődő új tudományág folyóiratain kívül, annales-eket is ad ki, melyek beható s assummaló tájékoztatónak szolgálnak egy esztendőnek elért eredményeiről.

Az előttnk fekvő tekintélyes „Jahresbericht” az 1900. esztendőről számol be. Az I. fejezet „az orvos és a munkásbiztosítás”-ról nyújt tájékoztatást, nekünk magyaroknak pedig megszívlelendő példát, mert

a munkásoknak baleseti törvények által való védelmének hazánkba átültetése fontos dolog lenne. E fejezet azonban már így is nagy értékkel bír minden gyakorló orvosra nézve is, a ki működése körében egy új orvosi fogalom: a munkaképesség, illetve munkaképtelenség felett dönteni hivatva van.

E fejezettel kapcsolatos a következő is, mely a baleset okozta kártérítés megállapítását s az ily irányú szakértői eljárást írja körül. A fent említett törvény hiánya folytán e fejezet mi ránk magyarokra nézve csakis akadémikus értékű.

Ezek után az egyes szakok szerint felosztott és feldolgozott baleseti orvostan következik.

A sebész megtalálja a haladást a *Stolper*, *Hoffa* és *Lesser* által írt fejezetekben, melyek külön-külön tárgyznak a koponya és gerinceoszlop, a végtagok, a nyak, mellkas, has baleseti megbetegedéseit. A belgyógyász *Litten* és *Lennhoff*, valamint *Köppen* és *Laehr* fejezeteit olvashatja érdeklődéssel, melyek a belső betegségek s a baleset közti összefüggést szakonként tárják az olvasó elé. A szemész, a fülorvos, a szülész és nőgyógyász, a börtvényorvos stb. is a szakmájukba vágó baleseti orvostant specializálva megtalálják.

Új világlátásba helyezi a sérülés okozta neurosist *Laehr*. Egyike a legkiválóbb fejezeteknek az övé. A Röntgen-sugarak egész nagy iradalmával s haladásával *Levy-Dorn* számol be. A hygienikus rész nagy betekintést enged a német viszonyokba, felkarolja a gyógyszerészeti, bába-, fodrász- és borbélyügyet, a fertőző betegségeket, a tápláló szerket és élvezeti czikkeket, a lakás, hulla, személtakarítás ügyét, a munkás- és gyermekvédelmet. A bakteriologia terén tett haladásokat tanulságos módon tárja *Kelle* az olvasó elé.

De van a könyvnek egy fejezete, mely bennünket két okból is igen érdekel; az, a mely az ipari megbetegedések terén történt tudományos haladással számol be. Mert míg egyfelől örömminkre szolgál, hogy a nagyterjedelmű, sokfejezetű könyvnek úgyszólván legfontosabb része, a nagy tárgynak gerince magyar ember munkája: *Friedrich* dr.-é, addig másfelől nem csekélyebb örömmel constatáljuk, hogy munkája várakozásunknak teljesen meg is felel. Egyike ez a leginstructivebb, egyaránt tudással, mint tárgyszeretettel megirt részeknek, mely eléggé illusztrálja, hogy e szakma, melynek épen *Friedrich* dr. a legteljesebb előharczósa hazánkban, mily jó kezekbe van letéve az övéiben, épen úgy a budapesti tudomány-egyetemen, mint újabban a műegyetemen is.

A könyv kiállítása *Thieme* (Leipzig) kiadó cégé izlését dicséri.

Krönig: Ueber Kystoskopie beim Weibe. Halle a/S. Verlag von Carl Marhold, 1900.

Szerző rövid, 26 oldalú előadásban, nagy vonásokban, de elég szabatosággal ismerteti meg a kystoskopia lényegét és a mindkét nemnél különben teljesen azonos vizsgálati módszernek a női hólyag eltérő viszonyaira való tekintetbe vételét.

A kystoskopia fontossága a gynaekológiában, illetékes és egyhangzó vélemények szerint, ma már minden kétségen felül áll.

Krönig ezen rövid munkájában is többszörös utalás történik a női nemi szervek számos oly megbetegedésére, a melyek kórismézése a kystoskopia által történhetett csak meg.

A női urethra rövidsége egy a *Nitze*-féle hólyagtükrözéstől eltérő elveken alapuló hólyagtükrözési módszer használatát tette lehetségessé, ez a *Pawlik-Kelly*-féle. Ez utóbbinak előnye a vizsgálandó területnek közvetlen megvilágítása és a hólyagfelületnek formában, nagyságban és vetületben a valóságnak megfelelő képe, a mi az esetleges műtéti beavatkozást igen megkönnyíti; határozott hátránya azonban a kivételnek nehézsége, a megvilágított és vizsgálatunk alá eső területnek kis terjedelme.

Az ureter catheterismus a női járulékos nemi szervek megbetegedéseinél és azok műtévesénél igen gyakori alkalmazásban részesül.

Szerző mindezen szempontokat rövid munkájában kellően méltányolja. E munkának hasznát első sorban a gyakorló orvosok veszik, kik praecis formában, igen könnyed, folyékony stílusban ismerkednek meg egy oly methodus lényegével, melynek kórismézeti rendkívüli fontosságát és áldásdús voltát bizonyítani ma már felesleges.

Ráskai dr.

Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose. Herausgegeben von *Ernst Meissen*. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1901.

Az előttnk fekvő munka célja bizonyosságát adni annak, hogy a kiadója által vezetett hohenhonnei nagy tüdőbeteg-sanatorium dús anyagát iparkodnak tudományos szempontból is értékesíteni. A munkában, melynek folytatása is lesz, összesen 12 dolgozatot találunk. Az első, terjedelmes dolgozatban *Meissen* a hohenhonnei sanatorium keletkezését, berendezését s az ott gyakorolt gyógyításmódot írja le tüzetesen. A második dolgozatban ugyancsak *Meissen* azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy miképen volna rendszeresítendő a szakorvosok munkássága a gümőkór leküzdésében és ennek képesán közli a nagy körültekintéssel készült, a legtávolabbról is némi fontossággal bírható minden részletre kiterjedő schemát, a mely szerint a betegek kórelőzményi adatait, jelen állapotát és körlefoyását fentnevezett intézetben nyilvántartják. Egy további dolgozat — szintén *Meissen* tollából — a tüdőgümőkór terjedés módját tárgyalja; szerző szerint is — s ez az álláspont kezd ma túlsúlyra jutni — nem a fertőzés, hanem a fogékonyság, a fertőzésre való hajlam játsza a főszerepet. A következő dolgozatban *Schröder* az idült tüdőgümőkór lefoyásában jelentkező lázról értekezik, kiterjedt tapasztalatai alapján és számos láz tábla melléklésével, különös súlyt

zatokba állította össze, az absolut és relativ értékeket, valamint az előforduló ingadozásokat áttekinthetően magyarázza meg és több szabályos főrvényszerűséget állapít meg. (Arch. für Anat. und Physiolog. Anat. Abth. 1901, 1. füzet, 57. lap.)
Ifj. Klug Nándor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az arol „Roche“ használatáról a gyakorlatban ir *Braun*. Mindekelőtt az alszárfelekelyeket említi; a legesenyább felekelyek is megtszűnnek arolnak por vagy kenőcs alakjában használata és nyugalom mellett 10—14 nap alatt és további 14 nap mulva végleg behégednek. Elgenyedt mirigyek vagy cariosus csontrészek kikaparása után az arol teljesen pótolja a jodoformot, a melylyel szemben előnye a szagtalanság, az izgató hatástól való mentesség és a mérgező tulajdonságok hiánya. Az arolnak heteken át használata után sem mutatkozik ezeza. Égetési sebeknél az arol poralakban zmylummal (1:10) vagy kenőcs alakjában igen jól hat s a fájdalomakat is csillapítja. Görvélyes egyének rhinitisénél is jó hatású az 5—10%-os arol-kenőcs. Kiemelendő az arol gyógyító hatása balanitisnél és emlőbimbó-repedéseknél. Utóbbiakat kalium hypermanganicum-oldattal alapos megmosás után 10%-os arol-lanolin-kenőccsel vastagon bekenjük vagy pedig arol-collodiummal fedjük; a fájdalomcsillapítás ezen kezeléssel annyira csökken, hogy a nők 1—2 nap mulva a szoptatáskor már nem érznek fájdalmat. Lágyfekélynél az arol teljesen pótolhatja a jodoformot. Méhnyak-hurutoknál és a portio vaginalis erosioinál 1/2 gramm arolt tartalmazó cacao-pálcikáknak vagy 10—20%-os arol-lanolin-kenőccsel bekent tamponoknak bevezetése kitűnő eredményeket ad. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1901. 16. füzet.)

A vaginismus *Cutter* szerint mindig a méh valamely helyi bántalmának következménye s azért első sorban ezen méhbántalom kezelendő. Minthogy azonban a hüvely túlérzékenysége miatt a méh helyi kezelése többnyire nem vihető keresztül, a hüvely túlérzékenységet kell csökkenteni és erre a célra szerző számos esete alapján az aristolt ajánlja, a melyet tabletták alakjában rövidebb-hosszabb időre a hüvelybe visz. (The medical bulletin, 1901. 5. sz.)

A heroinról terjedelmes monographiát irt *Gantin*, melyben főleg a heroin fájdalomcsillapító hatásával foglalkozik, összehasonlítva a morphin hasonló hatásával. Nagyobb casuistika, valamint az ide tartozó irodalmi adatok áttanulmányozása alapján következő eredményre jut. A heroin hatása az agyra kevésbé erős, mint a morphiné; a gerincvelőben levő központokra azonban erősebben hat. Fájdalomcsillapító hatása biztos, gyors és hosszantartó, erősebb, mint a morphiné. Használata után egyes egyéneknél mérgezési tünetek jelentkeznek (fejfájás, szédülés, a látás ködös volta, gyengeség), ezek azonban rendszeren csak 3/4—1 óra hosszat állanak fenn és a szer tovább használata után mind ritkábbak lesznek; 1/2—1 centigrammos adagok használatakor sohasem nyugtalanító jellegűek. Az emésztő szervek részéről zavarok nem mutatkoznak, az étvágy nem rosszabbodik; a néha mutatkozó obstipatio kisebb mérvű, mint morphinum után. A morphinium-befecskendezések után észlelhető psychikus izgatottság, lehangoltság stb. heroin használata után nem mutatkozik. A heroin megszokása alig jó számításba, még hosszabb használat esetén sem; morphinomania gyógyítására sikerrel használható. A heroin adagai átlag félakkorák, mint a morphinéi; 24 óra alatt 2 1/2—3 centigrammnál többet nem ajánlatos adni. *M. B. Ahlborn* morphinomania több esetét közli, melyekben a morphinak heroinnal helyettesítése által aránylag rövid idő alatt megszüntette a bajt minden kellemetlen utókövetkezmény nélkül. (The medical summary, 1901. 12. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1901. 49. szám. *Zwillinger Hugó*: Az adenoid vegetatio és a siketnémaság. *Siklóssy Gyula*: A sympathias vagy vándorló szemgyulladás új theoriája. *Gruber József*: Orvoslási ismeretek a régi zsidó orvosoknál.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 49. szám. *Schnabl*: A másodlagos kancsalitás. *Hamburger*: A tehéntej fehérjei és a csecsemő táplálása. *Fleischl*: Fanghi di Sclafani, acné rosacea ellen nagyon hatásos szer. *Klein*: Családbiztosítás.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 49. szám. *Schatz*: „Hinterscheitelbeinlage.“ *Elgart*: Osteomyelitis újszülöttnél. *Niessen*: A syphilis aetiologiája. *Fiser*: A szemgödör betegségei. *Cantalupo*: Az idegközpontok finomabb elváltozásai általános aethylchlorid-narcosis után. *Fenton B. Turck*: Shok és infectio megelőzése sebészeti műtéteknél.

Wiener medicinische Presse, 1901. 49. szám. *Mager*: Amyloiddaganatok a gégében. *Stuparich*: Haematoma osseum tibiae. *Wolff*: Gangraena diabetesnél.

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 47. szám. *Pietrzikowski*: A baleset okozta sérülések véleményezése. *Raudnitz*: Húgyvizsgálat gyermekeknél. *Dobisch*: A nehezített orrlégzés gyógyítása.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 49. szám. *Borchardt*: Lumbalsérvek és rokon állapotok. *Westphal*: A Westphal-Piltz-féle pupillatünet. *Lewin*: Új étetőszer-tartó. *Bang*: A fénytherápia jelen állása. *Lexer*: Hassérülések.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 49. szám. *Kionka és Liebrecht*: Új valeriana-készítmény. *Bickel*: A mozgászavarok analízise. *Curschmann*: Orvostudomány és tengeri forgalom. *Plehn*: Az újabb malaria-kutatások gyakorlati eredményei. *Levy-Dorn*: A diaphragma. *Bubis*: Nenek.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 48. szám. *Herbing*: Diverticu-

lum ilei prolapsusa a ductus omphalo-mesaraicus obliteratiojának elmaradása következtében.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 49. szám. *Schultze*: A gyermek halálának módja a placenta idő előtt leválása esetén. *Theilhaber*: A dysmenorrhoea kezelése. *Rosenfeld*: A méh- és hüvelyelősés kezelése pessariummal. *Chazan*: Ikerszülések hosszú szünettel az első és második magzat megszületése között.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1901. november. *Kalmus*: Szokatlan degeneratiós tünet súlyos elfajulás egy esetében.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 5. kötet, 6. füzet. *Lesser*: A börbajok fénykezelése Finsen szerint. *Lauffer*: A bélbacteriumok befolyása a N-tartalmú táplálék kihasználására ép és kóros viszonyok között. *Salaghi*: Egyszerű szerek a manualis gyógygymnastika számára. *Ostertag*: Az emberi gümőkór viszonyáról a házi állatok gümőkórjához. *Roehle*: Az intransplantatio eredményei periferiás hűdéseknel. *Hoesslin*: Intestinalis eredésű sitophobia.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 61. kötet, 3. és 4. füzet. *Enderlen és Justi*: Az epehólyag sebeinek gyógyítása; epehólyag-defectusok fedése transplántált omentummal. *Dietzer*: A czombesont spirális törése. *Quervain*: A lágyékchere subcutan helyváltozása és beszorulása. *Mintz*: Primaer parotis tuberculosis. *Kaiser*: A gastroenterostomosis eredményei. *Ilyés*: Az ureterkatheterizálás a vesediagnostika néhány újabb módszerének szolgálatában. *Friedberg*: A caput obstipum musculare congenitum aetiologiájához és terapiájához. *Maass*: A csontnöves mechanikai zavarai. *Gerulano*: Tetanus gelatinainjectio után. *Georgi*: A máj szírt sérülésének esete.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 20. kötet, 3. és 4. füzet. *Hahn*: Contracturák jelentkezése dystrophia muscularis progressivánál. *Rolly*: Little-féle betegség ikreknel bonczlelettel. *Rolly*: Adat a veleszületett izommerevség tanához. *Tiling*: Csecsemők gerincevelőjében Marchi-festéssel kimutatható elváltozások. *Zahn*: Adat a pons-daganatok ismeretéhez. *Kopczynsky*: Adatok az agysyphilis tünettanához és kórboncztanához. *Bregman*: Kisagy-daganatok. *Nalbandoff*: A gerinczörgüllék pathogenesise syringomyeliánál. *Bäumlin*: Az idegrendszer familiaris megbetegedései.

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, 5. kötet, 1. füzet. *Langhaus*: Synechium és sejtréteg. Placentamaradványok abortus után. *Chorionepitheliomák*. Mola hydatisa. *Kehrer*: Kórboncztanai adat a salpyngitis isthmica nodosa ismeretéhez. *Kermanner és Laméris*: Adatok a méhrák gyökeres műtévésehez. *Wolff*: Neurofibromatosis esete; új tumorok jelentkezése a terhességben. *Mary*: A mastitis prophylaxisa.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, 71. kötet, 2. és 3. füzet. *Schüle*: I. Mennyiben egyeznek Pawlow kutyakisérletei a normalis emberi gyomor leleteivel? II. A sósavgörbe befolyásolása a táplálék minőségével. *Wiebe*: Hysteriás sükettség. *Blum*: Mellékvese-diabetes. *Clemens*: Az Ehrlich-féle dimethylamidobenzaldehydeactio. *Link*: A gyomor kiürülése különböző testhelyzetekben. *Burke*: Az aortarendszer veleszületett szűk volta. *Hamel*: Addison-kór két esete, különös tekintettel a vérleletre. *Struppler*: Alternáló en- és exophthalmus. *Ott*: A glycogenlerakodás időbeli lefolyása a házinyúl májában normalis állapotban és lázban.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 10. kötet, 5. füzet. *Ranschburg*: Eszköz és módszer az emlékezet vizsgálására. *Förster*: Adatok a coordinatio élet- és kórtanához. *Fragstein*: Synekisiák ép idegrendszer mellett. *Binswanger*: A taboparalysis általános kórtanához és kórboncztanához. *Rothmann*: A Monakow-féle köteg majomnál. *Bonhöffer*: A posthemiplegiás mozgászavarok értelmezéséhez.

Virchow's Archiv, 166. kötet, 2. füzet. *Hirschfeld*: A vérlemezkék keletkezése. *Muscatello és Ottaviano*: Staphylococcus-pyaemia. *Wolff*: Adatok az ovariumok kórszövettanához, különös tekintettel az ovarium-cystákra. *Meyer*: A méhmirigyek hámszejteinek látszólagosan metaplasziás elváltozásai. *Cimbal*: Adatok a 4. gyomroc daganatainak tanához. *Brucauff*: Gyógyulási folyamatok disseminált fertőző nephritiseknél, főleg pyelonephritis ascendensnél. *Spiegel*: Adatok az ember kénanyag-cseréjének ismeretéhez.

Dermatologisches Centralblatt, 1901. november. *Dreyer*: Három pohár próba. *Stern*: A Bottini-féle mütét. *Behrmann*: A heveny gonorrhoea leghasználatosabb kezelésmódjának hiánya és az idült gonorrhoea prophylaxisa.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 22. szám. *Margulids*: A hypophys teratomája házinyúlnál. *Köster*: A nervus depressor eredése.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 14. kötet, 2. füzet. *Rieck*: Vaginofixatio és szülés. *Lichtenstern*: Adat az adenomyoma uteri tanához. *Hauffe*: Méhösszehúzódások kiváltása gummihólyagok intrauterin alkalmazásával. *Sippel*: Császármetszés eklampsia miatt. *Kossmann*: Az eklampsia szó történetéhez. *Peiser*: Az ovarium adenocystomáinak implantatiós daganatai.

Die Therapie der Gegenwart. 1901. november. *Rosenbach*: A morphinum mint erőképző. *Fleiter*: A gyomorfelekély kezelése bismuthummal. *Speck*: Lehülés, fényhatás és anyagcseregyorsulás. *Burckhard*: Császármetszés, symphyseotomia és mesterséges koraszülés. *Glatzel*: Az orr légátjárhatóságának vizsgálata. *Kuck*: Bismutose. *Dörr*: Cuprum oxydatum nigrum galandféreg ellen.

Therapeutische Monatshefte, 1901. november. *Liebreich*: Gyógyszerek intravenosus infusioja Baccelli szerint. *Lebbin*: A tyuktojás tápértéke. *Simon*: A légzőgymnastika értéke a tüdővész lignosulfit-keze-

lésénél. *Brandenberg*: A tetania aetiologiája. *Keller*: Hegymászókúrák idegbetegeknél. *Heim*: A pneumonia crouposa gyógyítása a gyermekkorban. *Homburger*: A gyermekgyógyászat jelen állása. *Friedlaender*: Orthoform. *Weill*: A belső desinfectio hatása fertőző betegségeknek. *Mende*: A placenta praevia kezelése. *Brecke*: Eszleletek Grabowsee-tüdősanatóriumában. *Rumpf*: Lysulfol. *Hirschfeld*: Sicco, új vér- és fehérjekészítmény. *Siefert*: A lanofom hintőpor használata újszülötteknél. *Hofmann*: Heveny cocainmérgezés.

La presse médicale, 1901. 96. szám. *Labbé*: Gümös eredésű nyaki adenolipomatosis. *Touche*: A topographiás emlékezet corticalis localisatioja. *Londe*: Intermittáló albuminuria nephritis scarlatinósánál. *Terrien*: A conjunctivitisok szövödményei a cornea részéről. 97. szám. *Merklen és Rabé*: A myocardium elváltozásai uraemiánál. *Nageotte*: Az Argyll Robertson-tünet. 98. szám. *Hayem*: A praepylorikus ulcerocancer. *Griffon*: A rák parasitaer theoriája Borrel szerint.

La semaine médicale, 1901. 50. szám. *Albarran és Guillaín*: Hólyagzavarok syringomyeliánál.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 49. szám. *Querton*: Gyógyítható-e a süketnémaság?

Archives générales de médecine, 1901. november. *Josserand és Gullavardin*: Subacut elsődleges myocarditis okozta progressiv asystolia fiatal egyéneknél. *Mayet*: Adatok az alkoholismus statistikájához. *Touche*: Adatok az aphasiák boncztanához és klinikájához.

Revue de médecine, 1901. 11. füzet. *De Brun*: A tympanikus resonantia acut pneumoniánál. *Jendrassik*: Kell-e orvosolni a lázat és miként? *Galippe*: Az állson- és fogfejlődés rendellenességeinek öröklése. *Bernard*: Streptococcus okozta járványok. *Mathis*: Ophthalmoplegiás migrain esete. *Hausser és Lortat-Jacob*: Adat a psychikus paralysisek ismeretéhez.

Bulletin général de thérapeutique, 142. kötet, 18. füzet. *Couetoux*: A phthisis prophylaxisa és gyógyítása. *Mauvel*: A gyógyszerek és mérgek általános hatásait szabályozó törvények. *Hallopeau*: A hajhullás gyógyítása. 19. füzet. *Laval*: Tüeltávolítás a kézből. *Balzer és Schimpffe*: Oleum cadinum-fürdők psoriasis ellen. *Soupaull*: A gastrosuccorrhoea kórszármarása és kezelése.

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 14. kötet, 5. füzet. *Scheier*: Az orr járulékos üregeinek anomaliái. *Luc*: A sinus frontalis és maxillaris mucocelje otitis rareficans okozta laesiokkal. *Koenig*: Új módszer a fülesontocskák masszálására a Lucae-féle sondával. *Marage*: A béka otolithjei. *Mouret*: A sinus frontalis viszonya a cellulae ethmoidales-hez.

British medical journal, 1901. december 7. *A. H. Tubby*: Későn vagy rosszul egyesült csonttörések. *J. Griffiths*: A Colles-féle fractura és kezelése. *C. B. Keatley*: A gümös könyökizület erosioja után két hónapig az ízületben hagyott vékony aranylemez. *Llewellyn Phillips*: Ferdé medence esete a csípőizület veleszületett dislocatiójával. *H. Peck*: Hurutos sárgaság járvány. *Wolfenden Collins*: Rectalis serum-therapia. *D. Lloyd Clay*: Méhenkülvül terhesség esete. *F. Bushnell*: Paroxysmalis dyspnoea az aortaív aneurysmájánál. *W. H. Horrocks*: Kettős lágyéksérv szokatlan tömlőtartalommal.

The lancet, 1901. II. 23. szám. *C. A. Morris*: A háború némely következménye. *E. Farquhar Buzzard*: Familiaris periodikus paralysis. *H. Harper*: Tiszta hügyany a gümőkór kezelésében. *E. H. Colbeck*: A fibrosus hyperplasia pathogenesise. *N. H. Choksy*: Acut emphysemás gangraena. *W. B. Warrington*: Peronealis typosú izomatropia 3 esete egy családban. *A. Bronner*: Az orrból eredő fejfájások. *J. Braithwaite*: A túlságos sófogyasztás szerepe a rák aetiologiájában. *W. K. Hunter*: Astheniás bulbaer-paralysis esete. *Thompson Campbell*: A tüdővészések számára való sanatóriumokban tartózkodás tartama. *H. Mackenzie és W. H. Battle*: Gyomor-strangulatio esete. *W. L. Woolcombe*: Kettős pyosalpinx mindkét pediculájával.

The practitioner, 1901. december. *D. Berry Hart*: Terhesség és albuminuria. *W. H. H. Jessop*: Szemtünetek Bright-kórban. *H. Ashby*: Bright-kór a gyermekkorban. *F. E. Batten*: Vesebajjal összefüggő némely zavar az idegrendszer részéről. *W. Hale White*: A Bright-kór kezelése. *J. M. Groedel*: Idült veselob kezelése ivókúrákkal.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. december 13.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 49. hetében (1901. december 1-dikétől december 7-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elve született 401 gyermek, elhalt 253 egyén, a születések tehát 149-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 28.0 — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.6 az egy éven felüli lakosságnál: 14.6, az öt éven felüli lakosságnál: 14.2 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 2, pertussis 0, morbilli 2, scarlatina 10, variola 0, varicella 1, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 12, apoplexia 6, eclampsia 6, szervi szívbaj 16, pneumonia 17, pleuritis 2, pneum. catarrh. 3, bronchitis 6, tuberculosis pulmonum 39, enteritis 11, carcinoma 16, ezek közül méhrák 7, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 8, veleszületett gyengeség 13, paedatropia 2, marasmus senilis 13, erőszakos haláloset 10, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 5, bal-

eset 4, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A múlt hét végén volt 2998 beteg, szaporodás e héten 861, csökkenés 779, maradt e hét végén 2080 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi december 3-ától december 9-dikéig terjedő 48. héten a tisztai főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 47 (39), diphtheria, croup 20 (29) hagymáz (typhus) 3 (4), kanyaró (morbilli) 94 (127), trachoma 1 (11), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 16, (9), orbáncz (erysipelas) 20 (19), gyermekági láz (febr. puerp.) 1 (0) járv. fültömrigylob 21 (13), ezenfelül varicella 73 (77).

+ **Trefort-estélyt** rendezett az „Uránia magyar tudományos színház” f. hó 9-dikén a Trefort-szobor javára, melyen *Berta Ilona* úrnő „Trefort és a magyar nőnevelés” című értekezését olvasta fel, *Fereneczy József* műegyetemi tanár pedig Trefort volt nagyérdemű közoktatásügyi minister culturalis tevékenységét adta elő, projectioban mutatva be a sok állami épületet, többek között az orvoskari épületeket is, melyek az ő ministersége és kezdeményezésére állítottak fel.

□ **Szegő Kálmán** dr. abbaziai gyermek-sanatóriumában az 1899. és 1900. években 277 egyén nyert ápolást és gyógykezelést. A jelentésben, a honnan ezt olvassuk, szerző cikket közöl „Adatok a gyermekkori mirigy-megbetegedésekhez” czimen és tapasztalatait közli, a melyeket az idült nyirokmirigy-daganatok tengerparti gyógykezelése körül szerzett.

⊕ **Közegészségügyi intézkedések francia vasutakon** cím alatt igen figyelemreméltó cikket közöl a „Vasúti és közlekedési közlöny” 144. száma F. E. jegy alatt. A francia közmunkaminister a francia vasúttársaságokat felszólította a következő intézkedések azonnali való megtételére. 1. Mindennemű szőnyegek, gyékények stb. eltávolítása, melyek gummi, linoleum és más mosható anyagokkal helyettesítendők. 2. A száraz állapotban való törülgetés, seprés és tisztogajás feltétlenül eltiltandó, nemcsak a járműveken és szakaszokban, hanem a várótermekben, podgyásztartó helyiségekben is. 3. Addig is, míg a kocsiszakaszok belső berendezése átalakíttatik, legalább az ülések, háttámlák oly anyagból készült huzatokkal vonassanak be, melyeket rövid időközökben gözkazánokban vagy más alkalmas módon fertőtleníteni lehet. Cikkiró azon nézetben van, hogy ezen intézkedéseket nálunk is észszerű volna behozni, még pedig, ha mindjárt nem is lehet valamennyi intézkedést költség szempontjából azonnal létesíteni, successive aprónként életbe léptetni azokat. Ajánlja, hogy egyelőre is, míg az újonnan épülő kocsik gyártásánál a hygiene kívánalmaira az eddiginél többet fognak adni, távolítsák el a gyékényeket és szőnyeget a kocsikból, az ülőhelyeket vonassák be mosható sima anyagokkal, úgy hogy azokat a végállomásokon borax-oldatba mártogatott kendővel törülhessék le. Életrevaló indítványok, melyek az orvosi körökben is helyesül visszhangra találnak. Ohajtandó, hogy az intéző körök azokat kellő figyelemben részesítsék.

△ A budapesti általános poliklinikán november hóban 2650 új beteg 10,307 rendelést kapott.

× **Megjelent. Orvosok zsebnaptára az 1902. évre.** 30. évfolyam. Szerk. *Purjesz Ignéz* dr. A legújabb árszabvánnyal és díjszabással. Ezen ismeretes gazdag tartalmú naptár kapható Budapest, Eggenberger-féle könyvkereskedésben (Hoffmann Alfréd). — Dr. *Paul Ranschburg*: Apparat und Methode zur Untersuchung des (optischen) Gedächtnisses für medicinisch- und pädagogisch-physiologische Zwecke. (Klny.) — *Török Lajos* dr.: Krankheiten der Schweissdrüsen. (Klny. a Handbuch der Hautkrankheiten ez. munkából.) Bécs. 1901. — *Ernest Jendrassik*: Doit on traiter la fièvre et comment? (Klny.) 1901. — *P. Ranschburg*: Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken. (Klny.) 1901. — *Johann v. Böky*: Beiträge zur Localbehandlung der im Gefolge der Intubation entstandenen Geschwüre des Kehlkopfes. (Klny.) — Az intubatio mai állásáról. (Klny.)

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) sanatórium.” (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 forrásmedencében az ásványvizet naponta négyszer megújul, **loocális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját főzében. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXI. folytatólagos rendes ülés 1901. november 28-dikán.) 815. l. — (XXII. rendes ülés 1901. november 30-dikán.) 816. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIV. bemutató ülés 1901. november 13-dikán.) 818. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXI. folytatólagos rendes ülés 1901. november 28-dikán.)

Elnök: Bókay Árpád. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

(Vége.)

Turcsányi Imre: A csecsemő táplálásáról szóló tan mai állása gyakorlati fontossággal bír annál inkább, mert tapasztaljuk, hogy az orvos és a nagyközönség sok mesterséges tápszerrel lesz elárasztva és ezen szer mindegyikét az illető szaktekintélyek az anyatej pótló specifikumának tartják; aktuális ez azért, mert tapasztaljuk, hogy az anyák elidegenednek gyermeküket szoptatni és a dajkamateriális degenerálódnak. Minden mesterséges táplálásnak megvannak a relatív jó eredményei, de az individualizálást kell figyelembe venni.

A chemia csak a tej durva analysisével van tisztában. Sajnosan azt tapasztaljuk, hogy az anyák elidegenednek gyermeküket szoptatni és ebben az irányban Nordheim adataival hasonló eredményeket mutatott ki, 1000 közül 640 szoptat.

Ajánlatos, hogy a steril tejet a szegénypraxisban a gyógyszerek közé lehessen felvenni és intézetek állíttassanak fel, a melyekben szegényeknek steril tejet ingyen osztogassanak.

Berend Miklós: Csak néhány szóval akarom kifejteni álláspontomat, a melyet már több dolgozatban, részben saját vizsgálataim alapján és a „Gyermektherápiá”-ban támogattam. Szontagh kiváló előadását, mely különösen az anyagesere adataira mérvadó és pontos összefoglalást tartalmaz, különösen Tangl fényes anyagerevizsgálatai teszik becsessé, a melyek szerint kimondható, hogy egészséges gyermek a tehenészetek is igen jól kihasználja. S épen itt van a mesterséges táplálás tanának egy fontos kriteriuma: a míg az egészséges csecsemőnél nem jár veszélyel, veszélyes a gyenge, beteg gyermekre. Mert a szervezet védőeszközei (belső organfermentumok, kis trypsinkiválasztás, kevés glykokolsavképzés) az első hónapokban igen hiányosak, különösen hiányos pedig a belső, intermediaer anyagere; ennek bizonyítéka, pl. a Mya, később pedig a Czerny és iskolája által talált nagy ammoniakindex a vizelet össznitrogénjéhez vonatkoztatva; míg Sjöqvist szerint újszülötteknél 8–9%, felnőtteknél 4–5%-nyi ez ammoniakindex, addig kóros viszonyok közt, különösen a tej túlzsiros voltánál, Keller szerint 40–50%-ra is mehet s e tény akár a boroszlói iskola tanai szerint fogjuk fel s a szervezet savmérgeződésre hajlamos voltának tudjuk be, akár Pfandler szerint májinsufficienciának veszszük, nem változtat a lényegben. Kiderül pl. e tényből, hogy túlzsirozott tejjel (Biedert, Backhaus, Gärtner) a táplálás veszélyes is lehet.

Nem értek egészen egyet az előadóval a tejsók különbségét illetőleg. Ha nem is a Bunge megrendült hypothesis alapján, de Zweifel, Soxhlet, Zander és Seemann vizsgálatai eredményeképpen kimondható s Jacoby empirikus alapon ezt már 30 év óta tanítja, hogy pl. konyhasó hozzátétele a tehenészetek feltétlenül előnyös, különben hiányos a chlor-kiválasztás, már pedig tudjuk, hogy a tehenészet savmegkötő képessége 3-szor akkora, mint a női tejé. A phosphorelosztódás a női és tehenészetben igen hátrányos a mesterségesen táplált gyermekre, a ki azt főleg szervetlen s így felszívódásra alkalmatlan formában kapja; e tanok megismeréséhez épen az előadó nucleinvizsgálatai vetettek világot egy oly dolgozatban, a mely folyton és méltán citáltatik a világirodalomban.

A lisztek kérdésében sem osztom egészen az előadó véleményét. Azok álláspontján vagyok, a kik Heubner-Carstens, Jacoby és mások theoretikus és tapasztalati érveit követve, kis mennyiségű liszt hozzákeverését a tejhez előnyösnek tartják; kétségtelenül elősegítjük így az emulsióalakot s így a könnyebb emésztődést; előnyt adok az egyszerű (nem conserv) liszteknek, mint a milyen pl. a zabliszt.

Az így táplált csecsemők emésztésével igen meg vagyok elégedve; megfelelő esetben a malátalevestől is jó eredményeket láttam. Egyes esetekben a cukor helyettesítése malátakivonattal sem kicsinylendő javítás a mesterséges táplálás kérdésében.

Orbán Rezső: Előadó a kérdés tárgyalása során nem emelte eléggé ki azon szempontokat, melyek az újabb irodalomból tényleg kiemelkednek. Ezek:

1. a tej forralása, a csecsemő emésztőképessége szempontból, olyan lényeges vegyi elváltozást, a fermentatív viszonyokat illetőleg, létesít, hogy igyekeznünk kell ezt elkerülni.

2. Minden törekvésünknek oda kell irányulni, hogy primaer csiramentes tejet nyerjünk.

Szükségesnek tartom ezek után annak a kijelentését, hogy nálunk Magyarországon még a kérdés tárgyalása is hátrányos, ha nem fűzünk egy vétot hozzá, a gyakorlat számára.

Hutya Ferencz: Előadó úr összeállításából kitetszik, hogy a steril tej értékéről a felfogás kezd módosulni. A míg azelőtt a teljes bacterium-, sőt talán spóramentességet is kívánták, ma megelőgszenek rövidebb melegítéssel.

Azonban legújabbban az a felfogás kezd érvényesülni, hogy az óvatosan melegített tejnél is a nyers tej előnyösebb; mert a fermentumok főzés alkalmával elpusztulnak és a bacteriumoktól való abszolút mentesség is talán nem szükséges. A tejsavnak hurutellenes hatása összefügghet azon ténnyel, hogy a tejsavnak negatív chemotaktikus hatása van. Egyébiránt a steril tejjel való táplálkozás meghonosodására befolyással volt azon félelem, hogy a gümőkórragály átvitetik a gyermek testébe.

Indokoltnak látszott ezen eljárás először azért, mert azonosnak tekintett az ember és állat tuberculosis, másodsor, mert kiterjedt statisztikai adatok bizonyították, hogy a nagyvárosi tejben sok gümöbacillust találtak. Azonban kiderült, hogy nem mind gümöbacillus, a mit annak tartottak festés útján, Rabinovits és Kempner mutatták ki, hogy más bacillusok is lehetnek olyan savállóak, mint a gümöbacillusok. Möller felfedezte, hogy marhák táplálékul szolgáló phleum pratense-n és tehéntrágyában alakra és savállás tekintetében hasonló bacillusok előfordulnak, melyekről nyilvánvaló, hogy a fejés közben és után véletlenül kerültek a tejbe. Ezen adat bizonyos fokig már csökkenthette azon félelmet, mely az orvos- és nagyközönséget eltöltötte. Legújabbban Koch lépett fel, hogy az emberi és a szarvasmarha-gümőkór nem azonos betegség, az emberről nem vihető át állatokra és ezért nem tartja szükségesnek a védekezést az állat-gümőkórral szemben. Hogy ez helyese-e vagy nem, a további kísérletek fogják tisztázni; már eddig is ismeretesek esetek, melyekben határozottan sikerült emberi tuberculosisal szarvasmarhát fertőzni.

A mennyiben azonban ma még arra az álláspontra helyezkedünk, hogy az emberi és az állati gümőkór azonos, fontos az a kérdés, hogy gümőkóros állatok teje mennyiben képes fertőzni. Előadó úr idézte postulatunként, hogy a tehenészetekből a tuberculinra reagáló minden állat eltávolíttassék. Kérdés, vajjon indokolt-e az ilyen szigorú eljárás. Indokolt volna azon fordul meg, hogy a tej tartalmaz-e tuberculosis-bacillust. A tögygümőkörtől itt eltekintek, épen úgy a nyilvánvalóan gümőkóros állatoktól, mert az ilyen állatokat feltétlenül el kell távolítani a tehenészetekből. A tuberculinra reagáló állatok zömét azonban azok képezik, melyeken a reactio beáll ugyan tipikus módon, de különben teljesen egészségeseknek látszanak, semmiféle klinikai jelensége rajtuk nem látható, látszólag egészségesek. Hogy ezek kiküszöböltessenek, már a priori nem látszik indokoltnak, mert a gümőkóros folyamat állatokon is helybelileg terjed, a bacillusok a vérben nem találnak alkalmas talajra, úgy, hogy eleve valószínű, hogy ha a tögy nem beteg, hogy ha a szervezetben a tbc. nincs nagyon elterjedve, a tej sem fertőz. Azonban ez csak feltevés, melyet kísérleteknek kell eldönteni. Németországban a földművelésügyi ministerium elrendelte, hogy e kérdés tisztáztassék.

Ostertag 49 olyan tehenek tejét, melyek tuberculinra tipikus módon reagáltak, de különben egészségeseknek látszóttak, tengerimalacok hasüregébe ojtotta, részben velők megettette. Az összes kísérleti állatok közül egy betegedett meg, mely az összes tehenek tejből kapott a hasüregbe, de a lelet szerint kétséges volt, vajjon az állat valóban a beojtás következtében betegedett-e meg.

Miután Rabinovits és Kempner hasonló kísérleteknél némileg eltérő eredményekre jutottak — utólag kiderült, hogy a tehenek vizsgálata csak későn és hiányosan történt —, a porosz földm. ministerium újabb kísérletek megejtését rendelte el, melyeket szintén Ostertag hajtott végre a berlini állatorvosi főiskola új hygieni intézetében. Ezúttal a kísérlet 20 tehenél történt, melyeknek tejt ismételtelen is befecskendezték tengerimalacok hasüregébe, azonkívül a tejet hónapokon keresztül etették tengerimalacokkal és a betegség iránt szintén nagyon fogékony fiatal sertésekkel. Az eredmény az volt, hogy a kísérleti állatok közül egy sem betegedett meg gümőkórosan.

Ezek szerint azt mondhatni, hogy ha azonos is az emberi és az állati gümőkór, a tuberculinra reagált, tehát tényleg fertőzött, de különben egészségeseknek látszó tehenek teje mindaddig, míg az állatokon a betegségnek jelenségei nem észlelhetők, nem tartalmazza a gümőkór bacillusait s azért nem veszedelmes.

Genersich Antal: A nyolczvanas években, mikor a marha gyöngykórja és az ember tuberculosis közti identitást abszolút határozottsággal állították, a gyöngykóros állat tejének fertőző képessége az emberre nézve orvos és nemorvos által axiomaként elfogadva volt és a gyakorlati életbe átvete már több tekintetben kárt és bajt okozott; szemügyre vettem azt, hogy a gyöngykórság milyen számarányban fordul elő a kolozsvári marhaállományban és akkori jeles tanítványom, Szentkirályi Géza dr.-ral a kolozsvári vágóhídon pontos adatokat beszerkeztem. A megfigyelés eredménye az lett, hogy 400 előttünk leölt és szétdarabolt marha közül egyetlen egyben sem kaptunk gyöngykórt s mi több, a vágóhídnál alkalmazott állatorvos, Sárossy Pál hivatalos kimutatása szerint harmadfél év alatt, 1887. júliustól 1889. december végéig leölt 36,948 marha közül egyetlen egy sem volt gyöngykóros.

Igaz, hogy az állatok közt sok fiatal, 1–2 éves volt, de másfelől sok vén tehenet is vágtak; másfelől nem vonom kétségbe, hogy egyikenben-másikban a gyöngykórság némi nyomai lehettek, de kifejezetten gyöngykóros egy sem volt közöttük, mert a súlyosabb megbetegedés

annyira feltűnő és jellegzetes elváltozást hoz létre, hogy azt sem el nem nézhetni, sem más megbetegedéssel feleltetni nem lehet. Feltehető, hogy egyrészt az ott tartott marha faji jellege (közte erdélyi fajta), másfelől a szabad legelőn való tartás miatt a gyöngykór a kolozsvári marhában csak igen ritkán fordul elő.

Ezen constatatált tényt összevetve 20 éves kórboncznoki tapasztalatommal, hogy t. i. Kolozsvárt a tuberculosis felnőtben és gyermekben ugyanoly szaporán és ugyanoly alakokban lép fel s pusztít mint Budapesten, vagy akármely más németországi városban, a hol a gyöngykóros megbetegedés a tehenek akár 20%-ában is található: azon következtetésre jutottam, hogy a gyöngykóros tehéntejnek fertőző képessége és annak causalis befolyása az ember gümőkórára nézve épenséggel nem tekinthető bebizonyítottnak és számba véve még azonfelül a két megbetegedés közti boncznoki és kórszövetnoki igen szembeálló különbséget is, a gyöngykórt előidéző bacillus identitását az ember gümőkóros bacillusával kétségbe vontam s ezen véleményemet a X. nemzetközi orvosi congressus alkalmával (Berlin, 1890-ben) határozottan kifejeztem, reáulva egyszersmind azon gyakorlati fontosságra is, a mely ehhez fűződik, a mennyiben a tej nemcsak a szegény ember legelősebb tápláléka, hanem különösen gümőkóros megbetegedés esetén a legfontosabb és legmegbízhatóbb diætetikus gyógyszer és hogy a tiszta és hamisítatlan tej épen friss állapotában legjobban megemészthető, míg a többszörösen megfőtt, sterilizált és praeparált tejfélék nemcsak drágábbak, hanem ízletlenek és hosszabb időn keresztül nem igen használhatók.

Sokáig tartott, míg ezen felfogás máshonnan is támasztékot nyert, de elégtétel volt reám nézve, hogy a mult nyáron a leginkább mérvadó helyről, épen Koch Róbert részéről beható kísérleti úton szerzett tapasztalatok alapján az emberi tuberculosis bacillus és a marha gyöngykórnak bacillus közötti identitás kétségbe lett vonva, illetőleg a kétféle bacillus között alakjában és festési képességében nyilvánuló hasonlóság daczára, a gyöngykóros bacillus virulentiája az emberre nézve tagadásba vétetik.

Alig szükséges megjegyznem, hogy mindezek daczára mégis önként éntetődönék tartom, hogy a gyöngykóros megbetegedett állat teje a közhasználatból kizárandó és pedig nemcsak az esetben, ha az állat tőgyében súlyos megbetegedés látható vagy az már általános szinlődésnek indult, hanem már akkor is, ha annak egészséges, ép voltát illetőleg bármi jogosult kétség felmerül, épen úgy, mint ha az állat bármely más betegségbe esik.

Dirner Gusztáv: A nyers tej ivásától sohasem félt és nem féltette patiensit sem. Az író nem tartja épen sovány tejnek, mert hiszen az író tejfelből lesz s abban még sok tejszemese úszkál szabadon. Kellemes savanyú ízénél fogva nagyobb gyermekek szeretik azt; a felhozott adatok pedig úgy látszik azt bizonyítják, hogy a csecsemőkorból is érdemes vele próbálkozni a mesterséges táplálás szükségében.

A hallott előadásból és discussióból pedig levonja magának azt a conclusiót, illetve meg van erősítve abban az eddigelé is követett álláspontjában, hogy abban az esetben, ha az anya nem szoptathat, nyugodtan kísértessek meg először is a mesterséges táplálás. A dajkát csak beteg csecsemőnél ajánlja.

Ebben az állásfoglalásában nemcsak orvosi szempontok vezetnek, de nemzetgazdaságiak és politikaiak is. Ideje volna, hogy a dajkaságot nálunk is megszorítsák, ha nem is olyan messzemenőleg mint a francziák, a hol csak az mehet dajkának, a ki a saját gyermekét már 7—9 hónapig szoptatta. Ennek a szüksége azért égető, mert a dajka gyermeke — bár az is dajkaságban van — az esetek rémitő nagy számában áldoztatá vá esik annak, hogy az anyja dajkának ment.

A gyermekvédelem idejét éljük; védjük hát meg ezeknek a szegény törvénytelen gyermekeknek az életét is vagy azzal, hogy szerítsük rá az anyákat a szoptatásra, vagy azzal, hogy az elhagyott csecsemőket se adjuk dajkaságba, hanem tápláljuk arra való intézetekben mesterségesen, a hallott elvek alapján, próbálva és keresve a legjobb módját a mesterséges táplálásnak.

Genersich Antal: Csak azt akarom még megjegyezni, hogy távol áll tőlem azt ajánlani, hogy gümőkóros tehen tejével tartassák a betegeket. Ellenkezőleg, nemcsak ha a tőgyén, hanem ha egyéb helyen vannak tuberculosis tünetek, kerülendő a tej használata.

Preisich Kornél: A nyers tej előnyeinek ismerete mellett nem szabad megfeledkezni arról, hogy a tej forralása vagy sterilizálása épen bizonyos körülmények között fontos és szükséges. A nyers tej elveszti előnyeit akkor, ha nyeresi módjai, a mint azt előadó úr kifejtette, nem megfelelők; a városi nyers tej pedig, melynek eredete ismeretlen, több helyről vegyítve kerül használatra és csak több órával a fejés után s azért határozottan olyan káros tulajdonságokat nyer, melyeket csak főzés vagy sterilizálás útján lehet megszüntetni, jobban mondva korlátozni.

Bókay János: A csecsemő mesterséges táplálásának kérdése ma a gyermekhygiénének egyik legnehezebb fejezete, mert nehéz tájékozódást nyerni az iránt, hogy mi a helyes, tudományunk mai állása szerint. Nézetek merülnek fel, melyek felett már évtizedek előtt napirendre térünk s úgy látszik, mintha a jelenkor lázas tudományos munkálkodása teljesen átváltoztatná eddigi nézeteinket a gyakorlat terén. Ez azonban csak látszólagos s a mesterséges táplálás azon módja, melyet közel két évtizede gyakorlunk, a tudományos vizsgálódások által alig szenvedett lényegesebb változást. A főszólt minden esetre a tej tisztaságára és a tiszta tejkészítésre kell fordítanunk s főtörekvésünk az legyen, hogy az istállóhygiénét s tejkészítést a lehetőségig javítsuk. Az, hogy a soxhletizálásnál a negyven percnyi forralástól elálltunk és czélszerűbbnek tartjuk a 15—20 percnyi soxhletizálását a tejnek, nem jelenti a Soxhlet-eljárás „csőd”-jét s a mi piaczi tejünk tisztátalan állapotát tartva szem előtt, hozzászólok nem bírna azzal a bátorsággal, hogy forralatlan tejet

alkalmazzon a mesterséges táplálásnál. A mesterséges táplálás különben gondos kezekben a nagy gyakorlatban s nem a gyermekórházak gyakorlatában nem is nyújt oly rossz eredményeket, mai állapotában azonban a női tej a versenyt nem veheti fel, s így, ha az anya komoly okok miatt nem szoptathat, legjobban mégis csak szoptató dajka által pótolható.

Szontágh Félix: Köszönetet mondok az orvosegyesületelnökének, ki megengedte, hogy ezen előadást két részletben megtarthassam és hogy ezen kérdést higgadtan megbeszélhessük.

A mi magát a discussiót illeti, nem csalatkoztam azon reményemben, hogy az előadáshoz a kérdést megillető fontosságnál fogva minden oldalról megvilágító nagystylű discussio fog fejlődni, mely ezen kérdést megvilágítja. Ez engem nagy örömmel töltött el, fogadják érte egyenként és összesen hálás köszönetemet.

Azon kellemes helyzetben vagyok, hogy nincs ok polemiaira, mert nézeteink között lényeges eltérés nem volt. Egy pár megjegyzésem azonban mégis van.

Grósz tagtársnak teljesen igaz van a morál szempontjából, de nincs igaz a gyakorlat szempontjából. Biztos út: anya, dajka, mesterséges táplálás. Az egyéni belátás dönt és a családi elhatározás. Azt hiszem Turcsányi úrnak is ez az álláspontja.

A mi a női tej finomabb szerkezetét illeti, ebbe én nem mentem bele, a fermentumok, enzimek stb. kérdését én nem érintettem. Ép így az intermediaer anyagforgalmat sem, melyek a gyakorlati kérdéstől távol esnek. A sóknak sem tulajdonítok gyakorlati szempontból olyan fontosságot, mert ezen kérdést a gyakorlatba átvinni még korai.

A lisztrel való táplálást absolute perhorrescálok és ettől semmiféle kísérlet engem eltávolítani nem fog. Csecsemő kihazsnálja a lisztet fényesen, de ebből nem következik, hogy lehet vagy szabad, sőt kell gyermeklizztel táplálni. Kóros viszonyok közt megvan a jogosultsága a lisztnek átmeneti állapotban. Hirschler dolgozatából kiderül, hogy a lisztnek a bélhuzamban bizonyos antiseptikus hatást fejtenek ki, ezért bizonyos körülmények közt adjuk a casein-tejemésztés javításának szempontjából. (Berend közbeszól: Tejhez hozzáadva.) Ez régi dolog.

Az író mindig savanyú tejfelből készül. Zsírögök vannak benne, de csak úszva, suspendálva, nem elosztva, 1—2%.

A mi a nyers tej élvezetét illeti, én csak akkor engedem meg, ha steril, másként teljesen elejtendő. Hogy a fővárosi központi tejcsarnok összeöntött teje nyersen nem adható, természetes. Csak jómódú földbirtokos-család hozathatja be mindig magának frissen a nyers tejet.

Bókay, Hutyrá és Genersich tanár uraknak külön köszönöm hozzájárulásukat.

(XXII. rendes ülés 1901. november 30-dikán.)

Elnök: Bókay János; jegyző: Wenhardt János.

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri: Korányi Sándor, Neubauer Adolf és Kéty László tagtársakat.

Orrgarat-polyppus ritka esete.

Neubauer Adolf: Az orrgaratúrben székelő képződmények a fülkürt közelsége folytán közvetve vagy közvetlenül fülbetegségek előidézői lehetnek és számos esetben már a fülleletről következtethetünk az orrgaratúrben székelő képződményekre. Jelen esetben a fültüneteken kívül légzési nehézségek oly mértékben léptek előtérbe, hogy ezek mintegy vitalis indicatit képeztek a képződmény eltávolítására.

A 10 éves fiú öt héttel ezelőtt kereste fel a Bródy Adél-gyermekórház rendelését ama panaszszal, hogy mindkét fülében időről időre szúró fájdalmak lépnek fel, a bal füléből több ízben genyes váladék is ürült ki és hallóképessége csökkent. Két év óta képtelen orrát kifújni. Légzési, nyelési és beszéd nehézségei vannak s az utóbbi négy hónap óta különösen éjjel fuldoklási rohamok zavarják. Fülvizsgálatnál baloldalt behúzódott, hátsó felső negyedében elmeszesedett dobhártyát találtam, a hallóképessége ez oldalt zsebórára számára 15 cm. volt. Jobboldalt: Homályos, kissé behúzódott dobhártya volt. A hallási képesség zsebórára számára 16 cm.

Az anaemikus gyermeknek külsőleg rendellenességet nem észleltem, míg rhinoscopia anterior vizsgálatnál a bal orrfelében nagy mennyiségű bűzös váladékot és az orrbejáratig lenyúló 4 cm. hosszú szürkés színezetű képződményt találtam, melyet hideg kaecsal rögön el is távolítottam. Ezen eltávolított képződmény, mint később kitért, az orrgaratúrben lévő képződmény egyik nyújtványát képezte.

Miután a légzés még nem szabadult fel, további vizsgálatnál a szájjüregbe tekintve, a lágy szájpad mögött az orrgaratúrbelől lelógó, az uvulát előrenyomó, melyen a nyelvgyökön alól egész a gégebe menetig érő, piros színezetű, tojásnagyságú, tömört tapintatú képződményt vettem észre. Rhinoscopia posterior és digitalis vizsgálat nem volt kivethető.

A megejtett vizsgálat során nyilvánvaló volt, hogy úgy a nehéz hallás és fülfolyás, mint a nyelési, beszéd és légzési nehézségek, úgy szintén a fuldoklási rohamok, az orrgaratúrben székelő képződmény által idéztetnek elő.

Kérdés volt, hogy minemű az említett képződmény és mily úton távolítható az el. Részben diagnostikai szempontból, részben a fuldoklási rohamok megszüntetése czéljából, az orrgaratúrbelől lenyúló képződménynek a gégebejáratot majd elzáró részét folyó hó elsején lakásomon az esetleg beállható vérzésre megtett előkészületek után galvanocautikus

kacsával eltávolítottam. A diónyi nagyságú rész eltávolítása minden vérzés nélkül sikerült. Adler dr. kartárs volt szíves a vizsgálatot végezni s az ő, úgyintén Beck Soma dr. kartárs úr nézete szerint a képződmény szerkezeténél fogva fibromának felel meg.

Míg egyesek az orrgaratfibromák jelenléténél expectative járnak el, addig mások állésontresectiot is végeznek. A rhinologusok ily tumorok eltávolítására az electrolysist, a tumorok galvanocaustikus úton való elpusztítását vagy a galv. kacsával való eltávolítását használják. A most már megejthető digitális vizsgálatnál kitűnt, hogy ezen képződmény a bal choanát teljesen kitölti, az orrűrből veszi eredetét és kacsba fogható, miért is a galvanocaustikus kacsával való eltávolítást ajánlottam.

Ezen czélből a gyermek folyó hó 5-dikén Grósz Gyula főorvos úr szívesége folytán felvételtem a Bródy Adél-gyermekkérdőház belgyógyászati osztályára, hol a műtétet folyó hó 8-dikán végre is hajtottam.

A kacsának az orrgaratfibroma körül való elhelyezésére és az orron át való kivezetésére, Pitha, Moldenhauer és Grünwald ajánlatára a Belloque-csővet használják. Ezen eljárást alkalmaztam én is és pedig olyképpen, hogy a felszabadított és cocainozott bal alsó orrjáraton át vezetett Belloque-csőnek rugóját a tumor előtt a szájüregbe toltam és a rugó végén elhelyezett fémgömbre, annak nyílásán át hosszú sodronyt erősítettem. A Belloque-ot az orrjáraton át lassan visszahúzáva, a jobb mutatóujj segítségével sikerült a sodronykacsot a tumor köré, sőt a tumor alapjágig felvezetni. A sodronyvégeket erre galvanocaustikus nyelvbe illesztve és az accumulatorral összekötve, annak fokról fokra való bekapcsolásával a kacsot lassanként összehúztam. Pár perc múlva a fogóval megfogott tumort a szájüregben át minden vérzés nélkül eltávolíthattam. A tumor, mely a középső kagyló hátsó részéből látszott eredni, kemény tapintatú, 7 cm. hosszú és 3 cm. széles.

Az eltávolított tumor egy részéből megejített szövettani vizsgálat, melyet Beck Soma kartárs úr volt szíves végezni, a következő:

Gócsó alatt a tumor felszíne egyenetlen, lacunaris behúzódasokkal bir, melyek főleg alapjukon magas hengerhámokkal bélelt. Peripheriáján a tumor tömött, relative vastag kötőszöveti kötegek által képezetlik, melyek a felszínnel párhuzamosan futnak s közeiket nagyszámú kötőszöveti sejt tölti ki. A közepes számú, helyenként vastagodott falú edények a rostok irányában merőlegesen futnak. A tömött kötőszövet alatt legtöbb helyen egy igen finom, laza rostú, oedemás, erősen edényezett kötőszövet fekszik, a mely majdnem egyenletesen elosztott kötőszöveti sejteket, itt-ott az edények körül apró plasmasejt csoportokat tartalmaz. A tumor közepét egy endothellal bélelt és coagulált serummal kitöltött üreg foglalja el. *Diagnosis: Polypus fibromatosus.*

E második szövettani vizsgálat szerint részben fibromatosus szövetté átváltozott polypussal van dolgunk. Ezen átváltozás valószínűleg az izgatás, a külső behatások következtében történt s ennek tulajdonítható, hogy az első ízben a szájürből eltávolított rész, mely a külső behatásoknak leginkább volt kitéve, már inkább a fibroma képét mutatta, míg a többi részek, melyek kevésbé voltak külső behatásoknak kitéve, szövettani vizsgálatnál a *polypus fibromatosus* képét nyújtották.

A műtét után megejített rhinoskopia posterioriál és digitális vizsgálatnál kitűnt, hogy a vomer teljesen a jobb oldalra van átolva.

A gyermek a műtét után rögtön jól légzett, nyelési és beszéd nehézségei elmúltak. Pár nap múlva elhagyta a kórházat, míg most a hallóképesség javítása czéljából ambulanter légbefúvások alkalmaztatnak.

Echinococcus pleurae.

Bókay János: Esetét, melyet egy év előtt már bemutatott az egyesületnek, újból demonstrálja, mert esete újabb bizonyítéka annak, hogy a *Baccelli*-eljárás echinococcus-tömlők kezelésénél teljes eredményhez vezet. A gyermek a legutóbbi bemutatás alkalmával még mutatta nyomait a tömlőnek, a mennyiben a bal lapocza felett tompult kopogtatási hang volt hallható, ma a gyermek teljesen egészséges s a mellkasfelel mindenhol teljes éles kopogtatási hang nyerhető. A teljes eredmény demonstrálása czéljából hozta a gyermeket az egyesület színe elé és hangsúlyozza, hogy ez az első eset a világirodalomban annak bizonyítására, hogy a *Baccelli*-eljárás nemcsak máj-echinococcusnál, hanem a burkonytömlő *intratoracikus* localisatiojánál is sikerre vezethet. A burkonytömlő a kezelés előtt az egész bal mellkasfalat kitöltötte a szív erős dislocatiojával s összesen két *Baccelli*-puncturát volt szükség. Előadó eddig bemutatott esetén kívül, öt májechinococcusnál alkalmazta az eljárást s esetei mind teljesen gyógyultak s recidiva nem állott be.

Dollinger Gyula: Mintán előadó úr épen a sebészeknek ajánlja ezen eljárást, beszámolok néhány kísérletről, melyet ez irányban tettem. Még Kéty tanár úr klinikáján öt év előtt máj-echinococcus esetben pontosan *Baccelli* szerint végeztem injectiokat, sőt emelkedő dosissal és az echinococcus nem kisebbedett, a beteg végre elutazott haza. Körülbelül egy év múlva a sebészi klinikán jelentkezett és 3-4-szeri alkalmazás után áttört az echinococcus a mellhártyába, tüdőbe és egy-egy laivoir genyes echinococcus-hólyagot köpött ki. Tavaly egy öt éves leánykánál, kinek egyrekesű tömlője volt, tisztá folyadékkal megkísértettük a befecskendezést, 4-5-ször is ismételtük és bár hosszabb ideig várakoztunk, 1/2 év múlva kénytelenek voltunk a tömlőt annak rendje és módja szerint megnyitni, kiüríteni. Ebből nem akarok arra következtetni, hogy a *Baccelli*-eljárás nem használ, de vannak esetek, melyekben eredményt elérni vele nem lehet.

Ángyán Béla egy eset kapcsán szól a bemutatáshoz. Egy 53 éves férfibetegnél már hosszabb idő óta nagy baloldali tompulat állott fenn, melynek természetére nézve a próbapunctio adott felvilágosítást, a mely kimutatta, hogy echinococcus pleuraevel volt dolgunk. A folyamat már

egy év óta állott fenn, nehézlégzéssel. A beteg a kereskedelmi kórházba vétetett fel és ott *Bartha* nála a *Baccelli*-eljárást kísérlette meg. Az első punctio után három hét múlva már észrevehető volt a tompulat kisebbedése a peripheria felől, a rekesz magasabbra hágott és jobb felől bal felé húzódtott a tompulat. A második befecskendés ez előtt négy héttel történt, a beteg most vidéken tartózkodik és mint írja, közérzete jó, erőbeli állapota gyarapodott, jnehéz légzés megszűnt, tehát lényegesen javult.

Korányi Frigyes kérdi, hogy a punctios folyamat megvizsgálatott-e?

Bókay János: Igen. NaCl, fehérnye csak nyomokban. Fajsúly 1018.

Korányi Frigyes: Felszólalásom motívuma csak theoretikus, mert magam ezen eljárást nem használtam. De azon gondolatból indulok ki, hogy a tömlőnek előléését meg kell előznie a sterilizálásnak, a parenchym részeknek el kell halniok. Már pedig, ha nagyobb mennyiségű fehérnyét tartalmazó folyadékba öntetik bele a sublimat, nem köttetik-e ez meg a fehérnye által? Nem ettől függ-e egyszer a jó, másszor a rossz eredmény.

Kéty Károly: Mikor a *Baccelli*-eljárás divatba jött és Bókay az első eseteket bemutatta, klinikámon rövid idő alatt két máj-echinococcus eset fordult elő. Az egyikben nyomokban sem volt fehérnye és sok a NaCl. Etnél a *Baccelli* hatását két hónapon át figyeltük meg és nem volt eredmény és át kellett küldeni a sebészetre. A második esetben hasonló körülmények között szintén nem volt eredmény, tehát a Korányi által felhozott körülmény nem szerepelhetett. De azért örömmel hallok, hogy ilyen teljesen operatio nélküli eljárás ilyen szép eredményt adott.

Bókay János: Nagyon halás vagyok, hogy bemutatásom ilyen discussiót indított meg. Hogy mikép következik be a gyógyulás, ennek magyarázatába nem mernék beleboacsátkozni. Tény, hogy öt máj- és egy pleura-echinococcus-esetem gyógyult és recidiva nem következett be.

Hogy felnőtteknél az eredmények nem ilyen kedvezőek, talán az anyag minőségében leli magyarázatát.

Magyarországon jó sikert ért el még rajtam kívül *Bartha Gábor* egy leánykánál máj-echinococcus esetében, egy *Baccelli*-injectio után teljes gyógyulás állott be és 1897 óta recidiva nem volt.

Az auscultatiós percussio diagnostikai jelentőségéről.

Korányi Sándor: Az auscultatiós percussio abban áll, hogy a fülünket vagy a hallócsövet a kopogtatott terület közelében helyezünk el, hogy a támadt hangokat közvetlenül felfoghassuk.

Előadó a módszer történetét adja elő, melyben különösen *Buch* érdemeit méltatja. Előadó úgy jár el, hogy ujjhegyét helyezi a kopogtatandó területre és az első ujjperczet kopogtatja, míg a hallócső (tölesér + két gummiös olivákkal a két külső hallójárat számára) a kopogtatott terület közepén foglal helyet. A mint a kopogtatott ujj a vizsgált szerv határára ér, más hangot kapunk. Így az egyes mellkasi, sőt hasi szervek egy részének (máj, gyomor, colon stb.) határait, fekvését meg lehet határozni. Előadó előbb betegben, majd rajokban mutatta be a kóros viszonyokat és hangsúlyozta a módszer használhatóságát, főként olyan esetekben, melyekben az ismert régi módszerek nem válnak be.

Kéty László: Előadó tapasztalatainak megerősítésére bemutat egy esetet, melynek segítségével oly viszonyok felderítése vált lehetségessé, melyek azelőtt lehetetlenek voltak. A bemutatott férfinál 10 hónap előtt köhögés lépett fel, a mely szűnt, majd baloldali szűrés és orvosa állítólag mellhártya-izzadmányt constatált. Nyár óta fuldoklás, nehézlégzés, köhögési inger gyöttri. A bal mellkas felett a közhörséges vizsgálattal nagy tompulat constatálható, mely a tüdőcsüctől a VII. bordáig terjed, de a csücs felett és az intrascapularis táj dobos volt. Bronchophonia, pectoralfremitus gyengült, légzés nem hallható. Szívtompulat nem volt elkülöníthető. Baloldalt hátul a VII. bordáig abszolút a tompulat, ettől kezdve tompult vagy részben léghangok. Valószínű volt, hogy régebbi exsudatum pleuriticum van jelen, mely részben eltokolódott. A szív határa, az exsudatum határa és a comprimált tüdő határa nem volt megállapítható. De a phonendoscop és transsonantia segítségével meg volt állapítható, hogy a VI. bordáig fenn terjed a comprimált zsugorodott tüdő, a VII-IX. borda közt van az exsudatum és lenn — abszolút tompulat — összenövés. A léghangot adó terület légtartalmú tüdő. A próbapunctiók a leletnek megfelelő eredményt adtak. A módszer kimutatta az exsudatum és szív, a szív és tüdő közötti határokat, a mi máskép megállapítható nem lett volna.

Hoffmann a „Münch. med. Wochenschrift“-ban említi, hogy normalis tüdő vizsgálatánál meg tudta az egyes tüdőlehenyek közti határokat is pontosan állapítani. Szólónak is sikerült ez néhány esetben, csak fontos, hogy ne túlmessze kopogtassunk a stethoscoptól vagy phonendoscoptól. Hasfűri szerveket szőlo nem vizsgált.

Szóló azt hiszi, hogy az ujjal való vizsgálat előnyösebb, mint a frictioval való vizsgálat és pedig az első ujjpercz tenyéri felületé legyen a mellkason, hogy így palpatrice kopogtassunk. A frictios vizsgálat nagyobb gyakorlottságot kíván, ujra való kopogtatás pontosabb határokat ad.

Hochhalt Károly: Nagyon nehéz az igen szép, kimerítő és a tárgyat felülről előadás után, melyet Korányi Sándor tagtárs úr tartott, a tárgyhoz hozzászólni. De mintán magam is kísérleteztem ezen auscultatiós percussios módszerrel, észleltem egyet-mást, a mit érdemes lesz elmondani. Első dolog, a mire *Kéty László* tagtárs úr is reflectált, hogy a szív projectio kimutatására czélszerűbb a kopogtatási eljárás, mint a frictios. Korányi is ezen nézeten van, azonban véleményem szerint az erősebb és gyengébb kopogtatásnál a szív határa más, míg frictios el-

járással a határ állandóan ugyanaz marad. Hullán is kontrolláltuk és a legnagyobb pontossággal ott találjuk a szívet, a hol a tűk beszúrva voltak. Tehát csakis a szív határainak meghatározására a phonendoscopyt frictional ajánlom. Azonban vannak mégis hibaforrások. Lehetséges, hogy hosszú lapos csontokon való kopogtatáskor, pl. sternumon, lapoczkán, nem kapunk egész pontos határt; ilyenkor jobb a szomszéd szerv határait meghatározni és a hol a két határ egymást szeli, ott van a tényleges határ. Még egy más hibaforrás lehet ilyen esetben. Fűzőmáj felső határát meghatároztuk fekvő helyzetben, lenn 4—5 ujjnyi tempulát volt s ott tumor volt és mert nem adta a transsonáló hangot, felvettük, hogy a veséből indult ki. Kitünt azután, hogy ez is májrézlet volt és az ascites folytán volt egy barázda, mely megakadályozta, hogy a hang továbbterjedjen, bár alatta máj volt. Álló helyzetben tán eltűnt volna. Tehát a vizsgált szervnek közvetlen kell a fal alatt lenni, vagy nagyon közel hozzá. Ugyanez áll emphysemás betegre is, a hol a szívhatárok szépen kimutathatók, de mégsem mutathatók ki a teljes anatómiai határok akkor, ha a szívet fedő tüdő 4—5 cm.-nél vastagabb.

Az eljárás kibővít és helyesbíti a projectiót.

Imrédy Béla: Felemlíti, hogy 2 nap előtt vizsgált egy beteget, kinél gyomor-felfúvásnál kiderült, hogy a nagy kiterjedésű carcinoma a gyomornak nemcsak pyloricus részét, hanem mellső falának és nagy görbületének jó nagy részét is elfoglalja. A transsonálás vizsgálatánál egész más hangot kapott az ép gyomorfall és a tumor felett. A hangot dörzsöléssel idézte elő. Lehet, hogy ha nagyobb gyakorlata lett volna, a két hang közt valamely hasonlatosságot még talált volna. Tény az, hogy a transsonáló hang más az ép, mint a kórosan elváltozott gyomorfall felett.

Korányi Sándor: Mindenekelőtt köszönöm Kétyl tagtárs úrnak, hogy egy esettel megerősítette, a mit mondtam. Hochhalt tagtárs úrral szemben hivatkozom arra, a mit előadásomban mondtam, hogy mindenki úgy vizsgál, a hogy megszokta. A szívre nézve a kopogtatást azért választottam, mert a frictional a határ a frictio iránya szerint más és más és a távolodásnál a bőr megfeszül és jobban vezet. Kisebb a hiba, ha nem ujjal, hanem pl. ecsettel dörzsölünk, de mikor az ecsettel való dörzsölést megismertem, akkor már az ujjal való kopogtatást begyakoroltam és e mellett maradtam. Imrédy és Hochhalt tagtársak felszólalásából látom, hogy a mit Reichmannal szemben mondtam, hogy nem láttam igazolva az eljárás helyességét 2 carcinoma esetben, Hochhalt egy lefűzött máj-esetben. Tehát kétséges, lehet-e e téren várni valamit. De a többire nézve egyetértés mutatkozik és a methodus használhatóságával meg lehetünk elégedve.

Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató ülés 1901. november 13-dikán.)

Elnök: Bradách Antal. Jegyző: Terray Pál.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Polyák Lajos és Schrodt Antal tagtársakat.

Malaria érdekesebb esete.

Elfer Aladár: Ez eset a malariás megbetegedések rendellenes csoportjába tartozik, a mennyiben eleinte naponként háromszor jelentkezett robama, majd a kórházbani észlelésnél feltűnik a rázóhideg szakának hiánya, a forrósági szak elhúzódott volta, körülbelül 30 óra, és a rövid láztalan szakaszban a beteg nagyfokú elesettsége.

Érdekes complicatióként szerepel a váratlanul fellépő agyi tünetcsoport, mely a hazai eseteknél szerfelett ritka.

Két heti láztalan szak után tipikus mindennapi rohamok jelentkeznek s erőlyes chinin-adagolás mellett beteg láztalanná vált.

A vérben állandóan voltak láthatók félholdalakú paraziták és gyéren tertiana alakok.

Gümös eredésű vakbél-szűkület miatt végzett coecumresectio esete.

Lipscher Mór: A vakbél gümös megbetegedése egyes esetekben a kötőszövetnek erős burjánzása folytán oly daganat keletkezéséhez vezethet, mely a bélrákhhoz hasonló tüneteket okoz és mely makroszkopice is annyira hasonló, hogy csak a gócsói vizsgálat deríti ki, hogy gümös eredetű és nem álképlet. Esetünkben a gondos anamnesis és a tünetek helyes mérlegelése lehetővé tették, hogy a kórismét még a műtét előtt megtehettük, ámbár a tuberculosisnak egyéb manifest tüneteit a beteg kimutatni nem lehetett.

Seb. A. 38 éves fényképész, kinek családjában gümös megbetegedés nem fordult elő, sok év óta szenvedett székrekedésben. Három év óta igen heves kólikaszerű fájdalmai vannak, főleg hasa jobb felében, melyek napjában sokszor jelentkeznek, a beteget gyakran 2—3 napra ágyba döntik és teljesen munkaképtelenné tették. Két év óta daganatot vesz észre hasa jobb felében, mely lassan növekedik.

Felvetelkor a sovány, de cachexia jeleit nem mutató férfinál a coecum táján egy kis ökölnyi, sima felületű, mozgatható, nyomásra fájdalmas daganatot lehetett tapintani, melynek határai a vastagbél fel-fúvásakor elmosódnak.

Tekintettel azon körülményre, hogy a beteg 9 év előtt lupusban szenvedett, minek nyoma egy eziistforintnyi lapos, sima heg alakjában még most is látható, tekintettel a daganatnak feltűnő simaságára és a betegségnek hosszú tartamára: a vakbélrák kizárásával lobos, valószínűen gümös vakbél-daganatra tettük a diagnosist.

A műtétnél, melyet Herzel tanár megbízásából végeztem 1901. márczius hó 3-dikán, kitűnt, hogy a vakbél egy mintegy ökölnyi,

tömött daganattá változott át, mesenteriuma zsugorodott, az ileum nagy fokban tágult, fala hatalmasan túltengett. A felhagyó vastagbél a daganat felett szűkült, fala megvékonyodott. Megnagyobbodott mesenterialis mirigyek nem tapinthatók, gümők sem a daganat, sem a vékonybél serosáján nem láthatók. A kóros bélrészletet resecáltam, a két bélvéget Doyon szerint zsákszerűen bekötöttem és oldalappositioval Murphy-gomb segítségével egyesítettem. A hasüreget osztályunkon szokásos eljárás szerint nem zártam el teljesen, hanem 3 ujjnyi résen át gaze-csikokkal draineztam.

A kiirtott bélrészlet 18 cm. hosszú, sok zsíros appendixel borított, melyek között a főregnyúlvány fel nem ismerhető. A bél fala majdnem 3 cm. vastag tömött szövetté alakult át, ürtere helyenként csak czeruza számára átjárható. A tágult ileumban közvetlenül a szűkület előtt 20 fillérnyi csillagos fekély látható, mely valószínűleg nem gümös, hanem a pangó bélsár által okoztatott. A kórszöveti vizsgálat *Generich tanár szerint a durva kötőszövetben sok tuberculumot jellemező óriás sejtekkel derített ki.*

Láztalan lefolyás mellett 12-dik napon bélsárpoly fejlődött, mely mintán spontán el nem záródott, újbóli művi beavatkozást tett szűk-ségessé. Ez alkalommal kitűnt, hogy az ileumot lekötő fonál átvágott és részben a sipoly ürébe behatolva, annak spontán elzáródását megakadályozta. A sipoly heges széleinek körülmetszése után a bélben 1 1/2 cm. átmérőjű nyílás keletkezett, melyet két sor varrattal elzártunk. A hasüreget ez alkalommal is draineztük. A beteg teljesen meggyógyult. Kólikái megszűntek, munkaképességét visszanyerte.

Súlyos osteomalacia castratioval gyógyult három esete.

Lipscher Mór: Az osteomalaciát hazánkban hajdan ritka betegségnek tartották. *Tauffer* 1895. évben megjelent munkájában 42 ismert esetről tesz említést. Azóta az esetek valószínűleg halmozódtak és hogy ezen súlyos baj nálunk nem ritka, bizonyíthatja azon körülmény, hogy egyszerre 3 esetet mutathatok be, melyekben castratioval úgyszólván csodás eredményt értünk el. Csodálatosnak kell mondanunk az eredményt, mert még nem tudjuk, miért gyógyul meg ezen súlyos csontbetegség a petefészek eltávolításával és esudátos a gyorsaság is, melylyel ezen betegeket, kik évek óta az ágyhoz lánzolva, jóformán meg sem mozdulhattak, a műtéttel lábra állíthatjuk.

Első betegünk O. Józsefné, 39 éves, tanító neje, ötödik és utolsó terhessége alatt betegedett meg ezelőtt 6 évvel a jellegzetes rheumatikus fájdalmakkal derekában. Két évig még fenjárt, de nehezen és fájdalmak között. Egy év óta csak négykézláb tudott járni, söt néhány hét óta az ágyat már el nem hagyhatta. Három év előtt 1898-ban lett operálva és 6 héttel a műtét után már leszállt az ágyról. Ez idő szerint jól jár, a csontrendszer deformitásai a műtét óta nem fokozódtak.

A második nő 31 éves, földmivesnek neje, nyolczszor szült. Már ötödik terhessége alatt ezelőtt 4 évvel érzett fájdalmakat medencéjében, a következő terhességek alatt állapota fokozatosan rosszabbodott annyira, hogy utolsó terhessége (1899.) óta az ágyat el nem hagyhatta. Csontjainak fájdalmassága annyira fokozódott, hogy segítség nélkül fel sem ülhetett. Négy hó előtt lett castrálva, fájdalmai már 2—3 nap múlva enyhültek, nyolcz héttel a műtét után bot segítségével már végig ment a szobán. Ez idő szerint már bot nélkül jár.

Harmadik betegünk 41 éves, földmives neje, ötször szült, utolsó terhessége 6 év előtt 2 hónapos abortussal végződött, utolsó rendes szülése 8 év előtt folyt le. Ezen esetben a betegség kezdete biztonysággal nem volt megállapítható, mert a nő luesben is szenved, melynek tüneteit az osteomalacia tüneteitől, a mi a csontfájdalmakat illeti, elkülöníteni nem lehetett. Utolsó szülése után fél évvel fájdalmak léptek fel alsó végtagjaiban, derekában, 2 év múlva mellkasa is megfájdult. A fájdalmak intenzitása változott és ezzel mozgási képessége is. Két év óta nagyobb részt az ágyat őrzi, de széket tolvá maga előtt még tud néhány lépést tenni. Jelenleg 2 1/2 hónappal a műtét után bot segítségével már bir járni.

Mind a három beteg csontváza és főleg medencéje az ezen betegségre jellegző deformításokat mutatja. A medence kimenetele két oldalt annyira össze van nyomva, a szeméremcsont lehagyó és az ülő csont felhagyó ágai egymáshoz annyira közeledtek, hogy két ujjal hátrántal a szeméremcsontba behatolni nem lehet. A gerincoszlop nagy fokban görbült, a mellkas a nagy medencébe besüppedt. A végtagok esontjai szembeötlőbb elváltozásokat nem mutatnak. Az első nő györmegyei, a másik kettő Hevesmegyében lakik.

Chudovszky Móricz: A szt. János-kórház sebészi osztályán észlelték egy osteomalacia-esetet, melynek Röntgen-képét mutatja be.

Negyvenéves nőbeteg pathologikus alszártörés miatt vétetett fel, ugyanakkor a másik alszártán elferdülése és nagy fájdalmai voltak. Mindkét csipőizület és czombnyak és egyik alkar mindkét csontja szintén fájdalmas volt.

A beteg feküdt és roborans kezelés mellett magához tért, a csonttörése meggyógyult. Az osteomalaciás csont Röntgen-fény számára átjárható, homogen massának látszik a képen, kéreg- és velőállományt megkülönböztetni nem lehet.

Has szúrt sebe, laparotomia, bélresectio, gyógyulás.

Fischer Aladár. P. J., 63 éves napszámos, f. évi október 29-dikén öngyilkossági szándékból a hasába szúrt. Sérült a mentők által a szt. Rókus-kórház Navratil tanár vezetése alatt álló II. sebészeti osztályára szállítottatott be, hol nála a következők találtattak. A linea alában a köldök és processus xyphoideus között középtávolságban 4 cm. hosszú, kissé ferde irányú, sima szélű, a hasfal összes rétegein áthatoló sebzés, melyen át hüvelykujnyi cseplezdarab van előesve. Érlökés 80;

légzés szám percenként 20, a has felett tapintással vagy kopogtatással semmi rendellenesség sem mutatható ki. Tekintettel a hasseb biztosan penetráló voltára, bemutató, főnöke Navratil tanár megbízásából, betegnél beszálltatása után rögtön laparotomiát végzett. A középvonalban vezetett mintegy húsz centimeter hosszú metszéssel bemutató megnyitotta a hasat, az előesett csepleszdarabot resecálta, aztán a has üreges szervei vizsgáltattak át, mikor is kiderült, hogy az egyik felső jejunumkacson két perforáló, mintegy 1 cm. hosszú, ferde irányú szúrás van és ezektől kissé távolabb egy csak a serosán áthatoló mintegy 1/2 cm. hosszú sérülés.

Bemutató először megkísérelte a sérülések összevarrását, miután azonban kiderült, hogy ez által a béllumen átjárhatósága lényegesen szenvedett, bemutató a sérült bélrészletet resecálta és a bélvégeket circularisan egyesítette.

A seblefolyás teljesen zavartalan. A hasfalseb primára gyógyult A penetráló hasi sérülések terapiáját illetően, a legutóbbi harcztéri tapasztalatok nem változtattak azon az elven, hogy minden penetráló hasi sérülés abszolút indicatio a laparotomiára, ha a beteg a laparotomia végzésére alkalmas viszonyok között van.

Ezt hangsúlyozza Madelung és Mikulicz is: ellenben egy kedvezőtlen körülmények között végzett hasmetszés a betegnek többet árthat mint használat.

Magának a konservatív kezelésnek eredményei igen szomorúak. Trélat szerint 99% a mortalitás, Hago szerint 77%. Az angol-búr háborúban Cheyne Karee Sietingnél 15 hasi lövést látott, ezek közül az első 24 órában öt, a következő 36 órában négy halt meg.

Paardebergnél ugyanezen szerző 15 esete közül nyolcz halt meg; és még később is a capstadi lazaretokban az odajutott hasi sérültek 20%-a meghalt.

Ezzel szemben azon hassérülteknél, kiket megfelelő körülmények között operáltak, a mortalitás 14-5%. Mohr legújabb összeállítása szerint a szt. Rókus-kórház II. sebészeti osztályán végzett operatiókat tekintve pedig csak 10%.

Mind Ezeket figyelembe véve, a penetráló hassérüléseket — ha a kellő kedvező körülmények között van a beteg — a laparotomiára abszolút indicatiót adóknak kell tekintünk.

PÁLYÁZATOK.

Népes és vagyonos községbe, jó vidékkel s nagy uradalnakkal, magánorvost keres több család és gazdaság.

Biztosítottak bizonyos fix összeg, mint évi járandóság, a mely mellett magánpraxisból circa 1000—1500 frt, sikerek esetén 2000 frt jövedelme is meglesz.

Ajánlkozók írjanak Magyar-Homogra, u. p. Szakál, Biharmegye, Szőke Józsefhez.

243/901. eln. sz.

Bihar vármegye közpórházánál egy 600 korona fizetés, egy szobából álló bútorozott lakás, fűtés, világítás, teljes élelmezés és kiszolgálással javadalmazott segédorvosi állás lemondás folytán megüresedett.

Felkérem a t. pályázni óhajtó orvostudor, esetleg szigorló orvos urakat, hogy pályázati kérvényüket hozzám f. hó 27-dik napjáig adják be.

Nagyvárad, 1901. december hó 8-dikán.

2-1 Fráter dr., Bihar vármegye közpórháza igazgató főorvosa.

A kormányzatomra bízott vármegye „Erzsébet” közpórházánál Nyiregyháza 1902. évi január hó 1-jével benlakás kötelezettségével évi 800 korona törzsfizetés és az orvos személyére lakás, fűtés, világítás és teljes ellátással rendszeresített másodalorvosi állásra folyó évi szeptember hó 26-dikán 1077. szám alatt kelt rendeletimmal közhírré tett pályázat meddőnek bizonyulván, fent jelzett állásra újabb pályázatot nyitok.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy törvényes minősítvényüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám, folyó évi december hó 30-dikáig, mint záros határidőig nyujtsák be. Nyiregyháza, 1901. december hó 5-dikén.

-1

Br. Feilitzsch.

1053/1901. f. i. szám.

A kormányzatomra bízott Nyitra vármegye területén fekvő nagytapolcsányi közpórházánál lemondás folytán üresedésbe jutott alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok s felhívom mindazokat, kik ezen évi 1000 korona fizetés és 1 szobából álló természetbeni lakással javadalmazott s nyugdíjjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. része értelmében megkívánt minősítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket f. évi december hó 31-dikéig bezárólag — a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján — nyujtsák be.

Később beérkezett kérvényeket figyelembe nem veszek.

Nyitra, 1901. november 28-dikán.

2-2

Főispán helyett:
Markhot, alispán

10.318/1901. szám.

Vadász (Bélzerind) és Simonyfalva községekből álló egészségügyi körben a körorvosi állás üresedésbe jöven, arra pályázatot hirdetek s a választásnak Vadász községében leendő megjelölésére határidőül folyó évi december hó 19-dikének d. e. 10 óráját tűzöm ki.

A körorvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási díj, továbbá 40 fillér halottkémelési s végre a szabályrendeletileg megállapított hússzemle-díjakból áll.

A megválasztott körorvos köteles kézi gyógytárt tartani s a községbeni szegényeket ingyen gyógykezeln.

Felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősítést igazoló okmánnyal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi december hó 18-dikának d. u. 5 órájáig adják be.

A megválasztott körorvos állását folyó évi december hó 30-dikán elfoglalni tartozik.

Kisjenő, 1901. november 19-dikén.

3-3

Csukay Gyula, főszolgabíró.

3798/1901. sz.

Alsófehér vármegye balázsfalvi járásában Szász-Csanád község székhelyvel rendszeresített körorvosi állomás, melyhez a farkastelki, sorostályi és szászcsanádi körjegyzőségekhez tartozó 9 község (9946 lélekkel) tartozik, üresedésbe jöven, arra ezennel pályázatot nyitok.

A körorvos évi javadalmazása 1000 korona törzsfizetés, 300 korona fuvarátalány, mely előzetes havi részletekben Szász-Csanád község pénztárából fizetetik, a gyógydíjakra nézve a körorvos a községekkel szabadon egyezkedik, azonban a vagyontalanokat ingyen köteles gyógykezeln; köteles továbbá körét havonként legalább kétszer beutazni.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében képesítésüket igazoló okmányaikkal, erkölcsi magaviseletüket tanúsító bizonylattal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi december hó 26-dikáig annál is inkább nyujtsák be, mert a későbbben beérkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választás az egészségügyi kör székhelyén Szász-Csanádon a körjegyzői irodában folyó évi december hó 27-dikén d. e. 10^{1/2} órakor fog megejtetni.

Balázsfalva, 1901. november hó 30-dikán.

Simonffy Alajos, főszolgabíró.

2391/1901. sz.

Alsó, Felső-Podszága, Alsó, Felső-Szolcsva, Brezest, Szártos, Offenbánya, F.-Csora, Muncsel, Lupcsa és Saszavicza községekből alakult offenbányai körorvosi állás lemondás következtében megüresedvén, ezen állásra pályázat nyitási és felhívom mindazokat, kik azt elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványukat 1902 évi január hó 20-dikáig d. e. 10 óráig a főszolgabírói hivatalba annál is inkább adják be, mivel később beadandó folyamodványok nem fognak tekintetbe vehetni.

A választás határideje utólag fog kitézteni és pályázókkal közöltetni.

Javadalmazás: 1. Törzsfizetés 800 korona. 2. Fizetésfelemelés 400 korona. 3. Átalány 400 korona. 4. Nyugdíjazott bányások gyógykezeléséért 160 korona. 5. Offenbánya községben a halottkémii teendőkért 30 korona. 6. Természetbeni úri lakás. 7. Látogatási díj és orvosi rendelvény lakásán 40 fillér, lakáson kívül természetbeni fuvar és 80 fillér.

Egyebekben a körorvosi állásra vonatkozó szabályzat intézkedései irányadók. Torozkó, 1901. november hó 30-dikán.

3-1

A főszolgabírói hivatal.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat december 18-dikán.

Körorvos. Poroszló. 1200 k. Fülöp főszb. Tiszafüred.

Körorvos. Vadász (2 k.). 1200 k., Csukay Gy. főszb. Kisjenő.

Körorvos. Tevel (Tolna m., 8 község) 1000 k. Perczel Béla, Bonyhád.

Pénztári orvos. Budapest VI. k., Budapesti ker. betegség. pénzt. elnöksége.

Lejárat december 28-dikán.

Körorvos. Szaploneza, 1160 k. f., 200 k. ú. á. Mármarosziget. Főszolgabírói.

hivatal.

HIRDETÉSEK.

Dr. Brehmer TÜDÖBETEG-GYÓGYINTÉZETE Görbersdorfi Szilváiban.

Téli és nyári kurák ugyanoly sikerrel.

Főorvos: Dr. Petri, titkos tanácsos, dr. Brehmer volt segédje.

Prospectusokat díjmentesen küld a gondnokság.

Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rhein.

Pharmaceutikai készítmények osztálya.

Hetol és Hetokresol a gümőkór gyógykezelésére dr. Landerer tanár szerint. **Hetol-befecskendések**, 1, 2 és 5%, sterilizálva, határtalan ideig eltarthatók.

Orexin-Tannat Legjobb stomachicum, teljesen íztelen, biztos hatással **étvágyhiány**, **hyperemesis gravidarum** es chloroform-narcosis utáni **hányás** ellen. **Orexin-tablettek és -csokoládé-tablettek** a 0.25 gr.

Dormiol Biztos **altató szer** 0.5—3.0 gr. adagokban. Hatása a chloralhydrattal egyenlő ennek hátrányai nélkül. Mellékhatásai nincsenek. **Dormiol-capsulák** a 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. ←:

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT 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, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Flósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Dollinger Gyula: A mesterséges légmell, mint a mellkasfalán keresztülhatoló daganatok vagy tüdőalképletek kiirtását megelőző műtét. 820. lap.
- Török Lajos és Schein Mór: Közlemény Török Lajos dr. és Schein Mór dr. Röntgen- és Finsen-gyógyintézetéből. Bőrbetegségek kezelése Röntgen-fénynyel és Finsen módszere szerint. 821. lap.
- Lukács Hugó: Közlemény a szt. István-kórház idegbeteg-osztályából. (Rendelő főorvos Donath Gyula dr. egyet. m. tanár.) A trigeminus-facialis reflexekről. 825. lap.
- Tárca. Némai József: Az énekhang és énekművészet physiologiája. 826. lap. — Juba Adolf: Az iskolaegészségügy reformja. 827. lap.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Torday Árpád: A malariatheoria jelenlegi állása. 828. lap. — Könyvismertetés. G. Fraisse: Principes du diagnostic gynécologique. (Temesváry Rezső.) 829. lap. — Schatz: Die griechischen Götter und die menschlichen Missgeburten. (Györy.) 829. lap. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Atabekiantz: A végbélirrigatiók befolyásáról az ép és kóros állati hőmérsékletre. (Sz. J.) — Belgyógyászat. Schlöss: A táplálék befolyása az epilepsiára. — Henschen és Lenander: Gerincvelő-daganat műtéve. (—ts.) — W. Camerer: A diabetesek számára való kenyerek. — Sebészet. Rosenstein: A hügcsonék végbélbe implantatioja. (Pólya Jenő.) — Siegel: A

duodenalstenosis sebészi kezelése. (Gerő.) — Szülészet és nőgyógyászat. Winkel F.: A terhesség tartamának meghatározása. (Adler Oszkár.) — Blum Agnes: A kisajkak tömlői. (Neumann Sz.) — Bőrkórta. Ehrmann: Petrosulfol. (Szabóky.) — Pospjelow: Arsennel kezelt bőrsarcoma. (Kelemen Géza.) — Venerás bántalmak. Gaucher és Bernard: A syphilis kezelése a graviditás alatt. (Póór.) — Du Castel: Variola közbejötté miatt súlyosbodott syphilis. (Szabóky.) — Orr-, torok- és gégebetegségekről. Lévy: Az ornyálkahártya idegein jelentkező feltűnő jelenség nasalis reflexneurosisoknál. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Broncheectasia gyógyítása. — Rank: Alsárfekélyek gyógyítása. — Coon: Epididymitis gonorrhoeica gyógyítása. — Tausig és Schweiger: Tannigen. — Folyóiratok átnézete. 830—832. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Kéty Károly. — Orvosi összejövetel. — A Nobel-díj kiosztása. — Az ovosi kör országos segélyegyesület pénztára. — Tanfolyam hibás beszédiek számára. Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. — Elhunyt. — Herzel dr. — Szt.-Lukács-fürdő. — Krondorf. 832. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar tudományos akadémia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat.

Melléklet. „Farbénfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld“ cég „Aspirin“ című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A mesterséges légmell, mint a mellkasfalán keresztülhatoló daganatok vagy tüdőalképletek kiirtását megelőző műtét.

Dollinger Gyula egyetemi tanártól.

Az idei Congrès de chirurgie-n Délagénière arra hívta fel a sebészek figyelmét, hogy a műtét folyamán keletkező légmell tulajdonképpen nem olyan nagy jelentőségű, mint a milyenek rendszeresen tekinteni szokták, mert, ha nem hirtelen tolu be a levegő a mellüregbe, hanem csak lassanként, akkor a vele járó symptomák nem súlyosak. Ugyanazon szerző a Semaine médicale ez évi 50. számában egy esetet tesz közzé, a melyben, a bordán keresztülhatoló chondrosarcoma műtéte alatt a légmellet csak lassan engedte létrejönni és azután 2 óra alatt eltávolította a bordát.

1899. év február havában egy beteg jelentkezett a vezetésem alatt álló klinikán, a kinek a jobboldali 6., 7., 8-dik bordáján a bimbóvonalától kifelé egy férfikölnyi, az egész mellkasfalán keresztülhatoló daganata volt, a mely a műtét után megvizsgáltatván, chondro-myxosarcomának bizonyult. Sakur experimentalis vizsgálatai és Gerlanos klinikai tapasztalatai megtanítottak arra, hogy a jobb mellüreg megnyitása még súlyosabb tüneteket szokott maga után vonni mint a balé. Méltán tarthattam tehát tőle, hogy ez esetben a mellüregnek nagyobb kiterjedésű megnyitása chloroform-narcosisban a betegre nézve esetleg végzetes complicatiokat okozhatna. És miután másrészt számos más műtétnél alkalmam volt arról meggyőződni, hogy az olyan betegek, a kik egy bizonyos idő óta csak egy tüdővel lélegzenek, az óvatós chloroform-narcosist jól tűrik, elhatároztam, hogy e betegnél a műtétet megelőzőleg mesterséges légmellet készítek. 1899. II. 21. a daganat felett, az 5-dik

bordaközben 5 cm. hosszú metszéssel megnyitottam a mellüregét és abba draincsövet fektettem. Aseptikus kötés. A műtét után, a melyet helybeli érzéstelenítéssel végeztem, a beteg egy perc alatt 35—40-szer vett lélegzetet, érverés percenként 120-ra emelkedett, egyébként jól érezte magát, nem köhögött, és csupán mély lélegzetvételnél érzett a sebben némi fájdalmat. E tünetek másnap is tartottak és miután a beteg egyébként jól érezte magát, narcotizáltattam és a 6., 7., 8-dik bordából azon 15 cm. hosszú darabot, a mely a daganatot tartalmazta, eltávolítottam. Ez úton a mellkason egy nagy rés támadt, a melyen át kényelmesen be lehetett tekinteni. Az egész tüdő össze volt esve, de azért a légzésben némileg mégis részt vett.

Egy kevés vér a sebből a mellüregbe és a tüdő felületére folyt. Ha ezt a tüdőről multtörölővel letöröltem, a légzés inspiratio-ban mindenkor egynehány másodpercig megakadt — vagusizgatás —, ezután ismét rendes tempóban ment tovább. A mi alatt a légzés ilyenformán szünetelt, a szív rendes ütemben továbbműködött, a mit a radialis pulsuson ellenőrizni, de még jobban a szívburkon látni lehetett. Azután a borsebet bevarrtam, a mellüregbe draincsövet helyeztem, a melyet harmadnap távolítottam el, a mikor annak helyét secundaer varrattal elzártam. A tüdőt nem varrtam a sebbe, hanem érintetlenül hagytam. 24 nappal a műtét után, a mikor a beteg a klinikát elhagyta, a légmell majdnem teljesen elmúlt.

Ugyanazon év május havában hasonló módon távolítottam el egy betegnek baloldali 9-dik bordájából egy 8 cm.-nyi darabot. A műtét itt is zavartalanul folyt le.

Az előzetesen készített mesterséges légmell tehát mindkét esetben jól bevált.

En úgy hiszem, hogy olyan esetben, a mikor a beteget chloroformozni akarjuk, tanácsos a mellkast legalább egy nappal a műtét előtt megnyitni. A szervezet lassanként hozzászokik az egy tüdővel való légzéshez és a chloroform-narcosist jobban

eltűri, mintha a narcosis alatt redukáljuk a légző felületet a felére. Azonkívül még az a hasznunk is megvan, hogy a műtétet gyorsan befejezhetjük és nem kell várakoznunk, a míg a mellkas *Delagénière* eljárása szerint lassanként megtelik levegővel.

A fentebb leírt eljárást tudtommal előttem senki sem alkalmazta.

Közlemény Török Lajos dr. és Schein Mór dr. Röntgen- és Finsen-gyógyintézetéből.

Bőrbetegségek kezelése Röntgen-fénnyel és Finsen módszer szerint.

Irták: *Török Lajos* dr. egyetemi magántanár és *Schein Mór* dr. bőrgyógyász.

I. Gyógykezelés Röntgen-fénnyel.

A Röntgen-sugarakat a bőrbetegségek terapiájába *Freund Lipót* hozta be. Ő nagy kiterjedésű naevus pilosust világított meg ezen sugarakkal és néhány expositio után azt észlelte, hogy a naevust borító szőrszálak az exponált területen tömegesen kihullottak. Ezen véletlen megfigyelés arra indította őt, hogy a sugarakat epilatoria használja. Első sorban azért hypertrichosisnál alkalmazta a radiotherapiát, azután favusnál és a szőrök más parasitaer bántalmainál ajánlotta azt.

Míthogy a Röntgen-sugarak a mélybe hatolnak és a mélyben is képesek hatást kifejteni, *Schiff* a radiotherapiát lupus vulgarisnál és lupus erythematodesnél is alkalmazta. Következett az a stadiuma a kísérletezésnek, hol más bőrbajoknál is folyomodtak a módszerhez, nevezetesen ama körülményre támaszkodva, hogy egyes esetekben a bőr a radiotherapia után simább és egyenetlesebb színű lett, folliculitisnél, acne vulgarisnál, eczema sycosiformenél, naevusoknál. Eddigélé a következő bőrbajoknál ajánlották a radiotherapiát: hypertrichosis, favus, herpes tonsurans, sycosis trichophytica és simplex, alopecia areata, acne vulgaris és rosacea, folliculitis, furunculosis, naevus pilosus és flammens, psoriasis vulgaris, lupus vulgaris és lupus erythematodes, végre az eczema chronicus alakjainál.

Az első gyógykísérletek némelyike vészes következményekkel járt. Az ismételt exponált területeken igen makacs, nehezen gyógyuló, torpid fekélyek léptek fel, melyeknek gyógyulása után feltűnő sok véredény által keresztülszelt, eltorzító hegek maradtak vissza. Ilyen esetet *Havas* is mutatott be a budapesti kir. orvos-egyesületben. Más esetekben súlyos dermatitis, feltűnő, sötét pigmentatio, bőratrophia voltak a kezelés eredménye.

Szerencsére, nemsókára rájöttek arra, hogy miképpen lehetne ezen súlyos complicatiokat biztosan kikerülni. Meggyőződtek ugyanis arról, hogy a kezelés adagolható és hogy kevésbé intenzív, óvatos eljárással ugyanazt az eredményt lehet elérni, mint az eredeti eljárással, mely a súlyos dermatitis tüneteit nemcsak kikerülhetlenné tekintette, hanem azokat egyenesen provokálta. Ma már tudjuk azt, hogy a Röntgen-sugarakat csak oly mértékben szabad a bőrre irányítani, hogy az azok által előidézett reactio lehetőleg csekély legyen.

A kezelés részleteire vonatkozólag az írók eltérnek egymástól abban, hogy némelyek *lággy*, azaz sok Röntgen-fényt és kevés elektromos hullámot, mások *kemény*, azaz kevés Röntgen-sugarat és sok elektromos hullámot kisugárzó, illetőleg boesátó vacuumesőveket használnak a szerint, hogy a hatást inkább magukra a Röntgen-sugarakra (*Kienböck*), vagy inkább elektromos hullámokra és csendes elektromos kilövésekre (*Schiff és Freund*) vonatkoztatják.

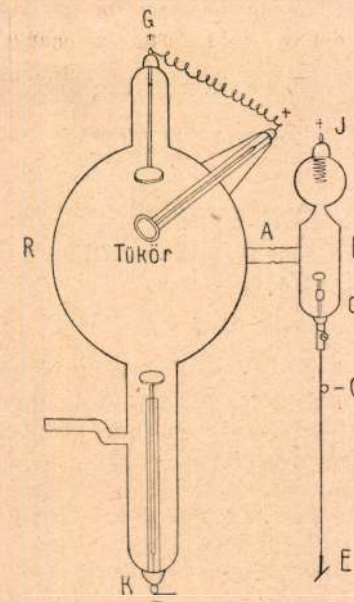
Kienböck eljárása (Wiener klinische Wochenschrift, 1900. 50. sz.) a következő: a vacuumeső lágy és vacuuma szabályozható (Müller-féle cső); a primaer áram intenzitása 3–6 ampère, az inducált áram feszültsége több mint 30 cm. szikratávolságnak felel meg, a primaer áramkörben történő megszakítások másodpercenként 15–20-at tesznek ki. A vacuumeső távolsága a bőrfelülettől 15–25 cm., rendszeren 20 cm., az ülések száma 2–6. Erre következik egy 2–3 heti szünet, mely alatt a reactio és hypertrichosisnál a megkívánt hajhullás beáll. Ha a reactio teljesen megszűnt, ismét megkezdődik a kezelés és 2–6 ülés

következik. Hypertrichosisnál és más bajoknál ezen eljárást addig ismétli, míg végleges eredményt nem ért el.

Schiff és Freund eljárása a következő. A vacuumeső lehet kemény vagy lágy. A lágy csövet ők főleg lupus vulgarisnál és lupus erythematodesnél használják, a kevésbé lágy csövet hypertrichosisnál és oly bántalmaknál, melyeknél az intenzív reactiv irzalmi állapotot minden módon kikerülni kívánják. Az expositiot hypertrichosisnál ismétlik, de abbahagyják, mihelyt a legcsekélyebb reactio mutatkozik. Eljárásuk változik a szerint, hogy kívánnak-e intenzív reactiot előidézni vagy sem. Első esetben az elektromotorikus erő $3\frac{1}{2}$ ampère, a feszülés $12\frac{3}{4}$ volt, vacuumeső távolsága 5–10 cm., az expositio tartama 10 perc, utóbbi esetben (epilatio céljából) az áramintenzitás 2 ampère, a feszülés 12 volt, a vacuumeső távolsága 20–25 cm., az expositio tartama 10 perc.

A mi eljárásunk, mely a kettő között foglal helyet, a következő: A villamos áramot az utcai egyenáram szolgáltatja, melynek feszültségét (110 volt) izzólámpaellenállás segítségével 15 voltra leszállítjuk, intenzitása pedig 2–3 ampèret tesz ki. A primaer áramot egy higanymotormegszakító segítségével másodpercenként 10–15-ször szakítjuk meg. Az inducált áram feszültsége 30 cm. szikratávolságnak felel meg. Kizárólag szabályozható vacuumesővel bíró lágy Müller-féle vacuumesövet használunk, mely sok Röntgen-fényt sugároz ki, intenzív zöld fénnyel fluorescál és éles contrastképet (a csontokat sötét, a lágy részeket világoszürke színben) ad. Ezen vacuumeső tükrét a kezelendő bőrfelülettől 15–25 cm.-nyi távolságban állítjuk fel és a sugarak hatásának 10 percig teszzük ki. Az üléseket addig ismétljük, míg csekély reactio nem mutatkozik, a mi 5–15 ülés után szokott beállani. Tapasztalataink azt mutatják, hogy reactiv irzalmi állapotban lévő bőrön előbb áll be az x-sugarak hatása (pl. lupus erythematodesnél, herpes tonsuransnál), mint normalis bőrterületen, hogy tehát reactiv irzalommal járó bőrbajoknál kevesebb ülésre van szükségünk, mint hypertrichosisnál.

Kemény vacuumesőveket azért nem alkalmazunk már, mert ezek használatánál néha 60–70 ülés után sem láttunk eredményt, mert tehát ezek használatánál az eredmény beállta nem volt kiszámítható. A mióta a Müller-féle szabályozható, lágy vacuumesőveket használjuk, az eredmény aránylag gyorsan áll be és sokkal kielégítőbb.



A *Kienböck* eljárását sem követjük szorosan, mert ő maga oly súlyos reactiv jelenségeket: sötét pigmentatiót, erős hyperaemiát látott eljárásánál, hogy mi előnyösebbnek tartottuk, kevésbé koncentrált Röntgen-fényt több ülésben alkalmazni. Ez úton egészben rövidebb idő alatt jutunk célhoz, mint *Kienböck*; mert ő az első kezelés után két hétig bevárja a hatást, holott mi megszakítás nélkül addig kezelünk, míg a reactio be nem áll, mit rendszerint két héten belül, sokszor már 6–10 ülés után elérünk.

A Müller-féle cső, melynek keménységi foka tetszés szerint szabályozható, a következő szerkezettel bír: hogy a vacuumeső idővel keményebbé ne váljék, mint ez az eddig használt csöveknel történt, a főső (R) levegője rövid üvegeső (A) segítségével közvetlenül B mellékesővel közlekedik, melyben a kathoda (C) oly anyagból készült, mely, mihelyt az áram az ábrán jelzett irányban B csövön keresztül megy, rögtön meghatározott mennyiségű gázt boesát ki magából, mi által a vacuumeső keménysége kisebbedik. Ha az áramot a B mellékesővön akarjuk keresztülvezetni, úgy E fémrúd szabad végét a vacuumeső K kathodájához 1–3 cm. távolságra közelítjük. Ezen távolság megfelel annak, melynél a fluorescáló ernyőn a kéz csontjainak árnyékáról igen

éles képet nyerünk. Hogy a szabályozás tényleg megtörténik, az abból ismerhető fel, hogy *K* és *E* között szikra ugrik át. A vacuumcsövet más módon is lehet lágyabbá tenni, de keményebbé is válhatik a szabályozás bizonyos módja útján. De ezek a módszerek nem bírnak nagy gyakorlati fontossággal, miért is azok leírásától eltekinthetünk.

A cső előnye, hogy keménységi foka használat közben nem változik, mert mindig szabályozható és hogy tetszés szerinti időig alkalmazható, míg az azelőtt használatban volt csövek keménységi foka idővel annyira nőtt, hogy teljesen hasznavehetlenekké váltak.

Kezelésünk módszere most abban a tekintetben is eltér az eredetileg általunk alkalmazotttól, hogy eredetileg accumulatorok szolgáltatták a villamosságot, míg azt most az utcai egyenáram szolgáltatja, minek azután az a következménye, hogy most állandó feszültségű árammal és áramforrással dolgozunk, holott az accumulatorok közvetlenül töltés után nagyobb feszültségű áramot szolgáltattak mint később, továbbá, hogy most a primaer áram megszakítása is sokkal egyenletesebben történik.

Mint hogy az x-sugarakat csak körülírt területeken alkalmazzuk, azért a környezetet $\frac{1}{2}$ mm. vastag ólomlemezekkel védjük, az arc kezelésénél pedig ólomlávát készítettünk *Schiff* és *Freund* szerint, mely lárvaából a kezelendő helyeknek megfelelő darabot kivágunk. Fontos különösen a szemek és az ajakpír védelme; fontos továbbá az arc kezelésénél a hajzatos fejbőr védelme, végre az áll kezelésénél a mellbőr védelme, mert az x-sugarak néha még ólomlemezzel fedett területen is okozhatnak reactív pírt, ha ezen terület az exponált terület közvetlen szomszédságában fekszik s a sugarak a lemez széle alatt eljuthatnak a látszólag védett területig; annál inkább okoznak a Röntgen-sugarak reactiót nem védett helyen. Egyik esetünkben az állat és a felső ajkat kezeljük, az arcot pedig védjük, mindazonáltal mindkét ólomlemezzel védett pofán intensiv hyperaemia lépett fel a reactio beálltával.

Egy másik esetben előbb a felső ajkat és az állat kezeltük hypertrichosis miatt, azután az arc két oldalát. Az ólomlávát nem fektetjük jól oda az arcához, ennél fogva a sugarak a már kezelt és reactió állapotban levő felső ajkat és állat is érthették csekély mértékben. Ezen esekélysámú, oldalról behatoló Röntgenfény azonban elegendő volt arra, hogy a minimalis reactió hyperaemiáját nagy mértékben fokozza, úgy hogy a kezelést néhány napig abba kellett hagynunk. Ezen esetből azt a következtetést kell levonnunk, hogy jól odafekvő ólomlemezekkel kell a kezelendő bőrfelület környezetét védenünk. Ha ezt tesszük, úgy azt tapasztaljuk, hogy a Röntgen-fény hatása kizárólag az exponált területre szorítkozik és távoleső helyekre semmiféle mellékhatással nincsen.

Hypertrichosis.¹

Itt csak a hypertrichosis egy alakjáról lesz szó, t. i. a női szakállról, mert a hypertrichosis többi alakjai nem igen szolgálnak a radiotherapia objectumául. A radiotherapia alkalmazása hypertrichosisnál azon már említett tapasztalaton alapul, hogy egy bőrfelületen, mely ismételtén kitétetik a Röntgen-sugarak behatásának, a szőrszálak kihullanak. Az egyszer elért hatást *Schiff* és *Freund* szerint állandósítani lehet az által, hogy bizonyos időközökben ugyanazt az eljárást megismételjük; kezdetben 4, utóbb 6—8 heti szünet után néhány ülésben a bőrt újra és újra a Röntgen-sugarak hatásának tesszük ki és az üléseket minden cyclusban a reactio beálltáig naponként megismételjük. *Schiff* és *Freund* nem várják be, míg a szőrszálak újra kezdenek kinőni, hanem tekintet nélkül arra, vajjon mutatkozik-e újra szőrnövés vagy sem, a szőrhullástól számított négy hét múlva, utóbb hat hét múlva az eljárást megismélik. *Schiff* és *Freund* szerint ilyen eljárás mellett 1— $\frac{5}{4}$ év múlva végleges eredményt lehet elérni.

A Röntgen-sugarak ezen epiláló hatását következőképen lehet megmagyarázni. A sugarak a szőr papilláiban reactív izgalmi állapotot, kivált hyperaemiát és oedemát idéznek elő, ennél fogva a szőrszál hagymája a papilláról leválik és a szőrök kihullanak. Ha

a papillát, mielőtt még normalis állapotába visszatérhetett volna, újra izgatjuk és az izgalmi állapotot benne fentartjuk, úgy végre a papilla táplálása hasonló módon, mint favusnál, annyira szenved, hogy véglegesen atrophizál (*Freund*).

A radiotherapia alkalmazása hypertrichosisnál, mint *Schiff* helyesen mondja, már most két körülménytől függ: először attól, vajjon nem-e okozhatunk vele kárt, másodsor attól, vajjon tényleg végleges eredmény érhető-e el.

Tapasztalataink épen úgy, mint számos más kísérletező tapasztalatai, azt bizonyítják, hogy káros következmények biztosan kikerülhetők. A legsúlyosabb tünetek, melyeket mi eddig észleltünk, a következők voltak: egy esetben az arc exponált részében pigmentfoltok és diffus pigmentatio lépett fel, mely csak két hónap múlva mult el véglegesen, míg az más esetekben csekély volt és egy hét alatt elmúlt. Ezen pigmentatio makacs voltát azon körülménynek tudtuk be, hogy kezdetben kemény csővel dolgoztunk és igen sok expositiót voltunk kénytelenek adni, míg végre *Kienböck* tanácsára lágy csőre térünk át és az eredmény bekövetkezett, hogy tehát *cumulativ* hatás állott be. Egy esetben fájdalmas erosio és rhagada lépett fel az ajakpíron, nyilván azért, mert az ajakpír érzékenyebb mint a bőr, miből azt a tanulságot vontuk le, hogy az ajakpírt az ajaknak vagy állnak vagy mindkettőnek expositiojánál ólomlemezzel kell védeni. Végre egy 3. esetben gyermeknél, kit herpes tonsurans capillitii miatt kezeltünk, meglehetősen súlyos dermatitis lépett fel, mely igen erős viszketéssel és fájdalmas infiltratumokkal járt és csak 2—3 hét múlva gyógyult meg. Ez esetben azt a hibát követtük el, hogy az expositiót folytattuk, midőn a reactio már megkezdődött volt, mert biztunk abban, mit *Kienböck* állít és előző tapasztalataink látszólag igazoltak is, hogy t. i. a hajzatos fejbőr kevésbé érzékeny mint más bőrrészek. Egyéb, most már elég számos eseteinkben semmiféle súlyos tünetet nem észleltünk, mert szabályul állítatott fel, hogy rögtön abbahagyjuk a kezelést, mihelyt subjectív panaszok: viszketés, égés érzése, vagy legesekélyebb pír, vagy hámlás, vagy pigmentatio jelentkezik. Ezen óvatos eljárást a következő körülmény igazolja. A reactio egy *cumulativ* hatásnak következménye; hirtelen szokott beállani és beállta után fokozódhatik, úgy hogy ugyanazon helyen, hol ma csak csekély hyperaemia észlelhető, holnap esetleg már intensiv pír, holnapután nedvedzés állhat be. Képzjük már most el, hogy a reactio kezdetén nem hagyjuk abba az expositiót, úgy érhető, hogy annyira fokozhatjuk a reactió izgalmi állapotot, hogy súlyos dermatitis, esetleg bőrcnecrosis és fekélyképződés áll be, a mi biztosan kikerülhető lett volna, ha idejekorán abbahagyjuk az expositiót. De felesleges is az ilyen eljárás, mert csekély reactio mellett is csakhamar be szokott következni hajhullás. Eseteinkben a hajhullás rendszeren néhány nappal a reactió hyperaemia beállta után következett be és csak ritkán észleltük azt, hogy a szőr hullása egy-két héttel később. Néha a reactio beáll ugyan, de egy nap múlva újra elmúlik, sőt azt is tapasztaltuk, hogy a reactió pír a betegek megbízható leírása szerint csak a reggeli órákban mutatkozott és délig eltűnt, úgy hogy mi azt nem észlelhettük. Ilyen esetben addig vártunk, míg a reactio teljesen meg nem szűnt és azután óvatosan újra exponáltunk, de csak öt perezig és a vacuumcsövet nagyobb távolságban tartottuk; mely eljárás mellett a reactív tünetek csakhamar bekövetkeztek.

Mint hogy a reactio időpontjának ismerete a kezelésnél kiváló fontossággal bír, megemlítjük, hogy némelyik beteg a reactiót megelőző 1—2 napon az expositio alatt vagy közvetlenül utána égérről vagy viszketésről panaszokodik az exponált területen, míg egyébként a Röntgen-sugarak hatását nem érezte. Ez is jelöl szolgálhat arra, hogy óvatosan kell eljárunk. Tanácsos, hogy az orvos oly időben, midőn a reactio ideje közeledik, meggyőződjék arról, vajjon nem jönnek-e ki a hajszálak gyenge húzásra, mert előfordul, hogy a reactív hyperaemia még nagyon csekély és alig vehető észre, pedig a szálak már annyira lazultak, hogy igen könnyen kihúzhatók.

A reactív tünetek a következők: viszketés vagy égés subjectív érzése, hyperaemia, esetleg csekély hámlással kombinálva, pigmentatio, mely csak sötétebb testszíni egyéneknél szokott bekövetkezni, végre a hajszálak meglazulása.

¹ Lásd *Eduard Schiff*: Der gegenwärtige Stand der Röntgen-therapie. Bericht des VII. Congresses d. deutschen dermatolog. Gesellschaft zu Breslau.

Egyik esetünkben az arez expositiojánál az áll felső felében diffus hyperaemia és világosbarna pigmentatio mellett számos sűrűn egymásmellett elrendezett comedo jelentkezett, mi által az alsó ajakpír alatt oly sok fekete pont keletkezett, hogy a bőr e helyen egészen sötét színt öltött. Ezen complicatiót más szerzőnél nem találtuk megemlítve, ellenkezőleg, inkább azt tapasztalták, hogy a bőr tisztább, simább lett. A milyen feltűnő e complicatio, olyan csekély annak jelentősége. Az illető hölgyet az által sikerült megnyugtattunk, hogy a comedokat kinyomtuk és így bebizonyítottuk, hogy csak muló jelenséggel volt dolgunk. Ez esetben az arezon azelőtt is léptek fel szórványosan acnecsomók és comedok és ezen körülmény adta meg a dispositiót a comedok acut fellépésére. Megjegyezzük, hogy ezen hölgnél hat héttel a reactio beállta után még az credeti acnebantalom is feltűnően javult.

A szőr hullását az által constatálhatjuk, hogy a szőrszálakat epilatio pincettával kihúzni törekszünk; ha csekély húzásnál már engednek, úgy beállott a kívánt hatás. Ezen procedurát ne bizzuk a kezelt egyénre, mert az rendszeren már megszokta a kényelmetlen szőrszálak tépegetését és azért túlságos erőfeszítéssel húzza ki a lazult szőrszálakat és izgatja az amúgy is izgatott bőrt.

Előfordul, hogy az exponált területen csak részben áll be hajhullás. Ez vagy onnan ered, hogy a vacuumesövet nem irányítottuk helyesen, úgy hogy a terület egy részét több Röntgen-fény érte, mint egyéb részeit, vagy *Kienböck* szerint onnan is eredhet, hogy kezdetben kemény vacuumesővekkel dolgoztunk, melyeknek hatása kevésbé számítható ki, végre onnan is eredhet, hogy a kezelt egyén nem tartja fejét nyugodtan. Ha ilyen partialis hajhullás állott be, úgy néhány újabb expositio van szükségünk, melyeket azonban csak akkor szabad alkalmazni, mikor már a reactio teljesen lezajlott. Ilyenkor tartsuk szemmel azt a körülményt, hogy a hajhullás, ha totalis is, nem szokott egyszerre bekövetkezni, hanem csak néhány nap, esetleg egész hét lefolyása alatt.

Felmerül már most az a fontos kérdés, hogy az egyszer elért eredmény meddig szokott megmaradni. Erre nézve tapasztalataink igen különbözők. Volt eset, melyben az eredmény csak 4—5 hétig tartott és már ilyen rövid idő múlva újra kezdtek hajszálak kisarjadzani, volt másrészt oly eset is, hol az eredmény 4—6 hónapig tartott, illetőleg tart és máig sem állott be recidiva. Volt végre oly eset is, hol részben 6 hét múlva újra kezdtek kinőni a hajszálak, részben hónapok múlva (4—6 hó) sem tértek vissza. Más szerzők is hasonló tapasztalatokat tettek. Megjegyezzük azonban, hogy a mi eseteinkből nem vonható le mostanáig végleges következtetés, mert kezdetben nem kezeltük betegeinket ugyanolyan feltételek között mint most. Az áramintenzitás, a primaer áramkör megszakításainak száma, a vacuumeső minősége igen változó volt és valahányszor az accumulatorokat töltöttük, a kezelés 1—2 napig meg volt szakítva. Mindez befolyással lehetett az eredményre, mert ugyanazon agens más concentratióban másképp hat. Említettük, hogy a lágy vacuumeső több Röntgen-fényt ad és kevesebb villamos hullámot bocsát ki; viszont a kemény cső megfordítva, sok elektromos hullámot bocsát ki, ellenben kevés Röntgen-fényt. Annyit mégis mondhatunk, hogy az a körülmény, hogy némelyik esetben hónapokig nem nő újra a szőr, a hypertrichosis radiotherapiájára nézve biztató, mert igazolni látszik *Schiff és Freund* azon feltevését, mely szerint a szőrpapilla táplálása tényleg annyira szenvedhet, hogy az x-sugarak ismételt applicatioja folytán teljesen kimerül és elsorvad. Ha ugyanis 4—6 hónapig nem nőhet a szőr, úgy valószínűvé válik, hogy ugyanazon káros ható ok intenzívebb és cumulált hatása következtében a papilla teljesen atrophiasá válhatik.

De más szempontból is biztató ezen hatás, mert sok hölgynek, különösen leánynak már azzal is nagy szolgálatot tettünk, ha egy időre megszabadítottuk kellemetlen bajuktól.

A mi végre a végleges eredmény kérdését illeti, *Schiff és Freund*, mint említettük, azt állítják 3 évi tapasztalataik alapján, hogy mindazon esetekben, melyekben a kezelést 1—1¼ év alatt többször a reactio beálltaig megismételték, a szőrnövés véglegesen elmaradt és soha többé nem tért vissza. Ezen pontra nézve nekünk eddig személyes tapasztalataink nincsenek, mert azok a hölgyek,

kiknél a Röntgen-fény hatása alatt folyó év tavaszán hajhullás állott be, nyáron nem jelentkeztek és így mi nem felelhetünk meg *Schiff és Freund* azon követelésének, hogy a kezelést 4—6 heti időközökben megismételjék. Más szerzők, pl. *Malcolm Morris*, azt észlelték, hogy a szőr 4—6 hónap múlva újra visszatér; csak hogy kérdés, betartották-e *Schiff és Freund* eljárását és megismételték-e 4—6 heti félbeszakításokkal az expositiót.

A végleges eredmény kérdésének megítélésénél a bőr oly elváltozásáról kell megemlékeznünk, melyet mi egy esetben sem észleltünk, mely ennél fogva nem is lehet oly gyakori, mint azt *Ehrmann* állítja, melyet azonban más szerzők leírtak, t. i. a bőr atrophijáról. Ezen atrophia pont- vagy vonalszerű területeken jelentkezik különösen a száj körül, de az egész kezelt területre is kiterjedhet. Ilyen esetet *Havas* észlelt; az esetben 6 hónap múlva még nem lépett fel recidiva, utóbb azonban igen. *Ehrmann* ezen atrophiat a véredények degeneratiojára vonatkoztatja, melyet *Gassmann* irt le és vacuolizáló degenerationak nevezett. Ezen atrophia folytán a mimikus izmok mozgatasánál finom redők keletkeznek a száj körül. A pontszerű atrophia *Ehrmann* szerint a szőrpapilla atrophijának következménye és szerinte nemcsak tartós, hanem időleges kezelés után is felléphet (*Handbuch d. Hautkrankheiten, herausgegeben von Prof. Franz Mraček. Ehrmann: Dermatitis radiographica, 381. oldal*). Ezen atrophia is igazolni látszik *Schiff és Freund* felvételét, hogy a radiotherapia a hypertrichosis végleges gyógyításához vezethet; de nem bizonyítja azt kétségtelenül, mert lehetséges volna, hogy egyes papillák nem sorvadnak és idővel ismét functioképesekké válnak. Így volna magyarázható *Havas* esete is. Minden esetre csak a további tapasztalat dönthet a fölött, hogy bir-e a radiotherapia végleges eredményt létrehozni.

A hypertrichosist azelőtt tudvalevőleg galvanolytikus (electrolytikus) árammal kezelték. Kérdés már most, hogy a két gyógy-eljárás között melyik a jobbik. E kérdésre azt felelhetjük, hogy az electrolysisnek ép úgy mint a radiotherapiának meg vannak a maga indicatioi. Ha egy nőnek arcáról sok szőrszál távolítandó el, vagy ha nagy kiterjedésű hypertrichosis van jelen, akkor a radiotherapiához fogunk folyamodni. Ha ellenben csak körülírt, csekély kiterjedésű helyről akarjuk eltávolítani a szőrszálakat (naevus) vagy pedig csak kevés szőrszál eltávolításáról van szó (áll, ajak), akkor az electrolytikus eljárást választjuk.

A két eljárás méltatásánál szemmel kell tartanunk azt, hogy a galvanolytikus eljárásnál a tű nem mindig jut be a szőrtasakba, továbbá, hogy az áram, ha a tű a szőrtasakba be is jutott, nem mindig hatol a tű hegyébe és a szőrpapillába, hanem más rövidebb út is választhat, hogy ezen eljárás nagy gyakorlottságot tételez fel és végre, hogy feltűnő hegképződéshez vezethet. Egy teljes női szakáll eltávolítása ezen módszer szerint két évet venne igénybe (*Brocq*); ellenben a radiotherapiánál a szakáll már néhány hét múlva teljesen kihull és a végleges eredmény is *Schiff és Freund* szerint két évnél rövidebb idő múlva áll be.

Favus.

E betegség kezelését Röntgen-sugarakkal, melyet *Freund* ajánlott először a moszkvai nemzetközi orvosi congressuson, a magunk részéről is a legmelegebben ajánlhatjuk. Tudvalevőleg, azelőtt a leggondosabb kezelés mellett is rendkívül hosszú ideig tartott, míg a favus meggyógyult. A legtöbb esetben a betegség sok évig, illetőleg addig tartott, míg majdnem teljes kopaszság állott be. A Röntgen-sugarak hatása alatt az exponált területen a reactio beállta után az összes hajszálak kihullanak, a favus-scutulumok leválnak és a bőr a reactio megszünte után egészen sima lesz. A betegség ezen kezelése ellen *Kaposi* azzal érvelt, hogy a gomba a hajtásokban is székel és hogy ennél fogva a haj kihullása nem vezet a gomba teljes és végleges kiküszöböléséhez. Tény, hogy a Röntgen-sugarak hatása a gomba eltávolításában, nem pedig annak elpusztításában áll, mert eseteinkben a baj a kezelés alatt is folyton terjedt, míg végre a reactio, illetőleg hyperaemia, nedvedzés és hajhullás beálltaival a bőr néhány nap lefolyása után sima és egészséges lett. Eseteink azonban azt is bizonyítják, hogy az x-sugarakkal való kezelés teljes és végleges gyógyuláshoz vezethet és vezetett oly esetekben, mi-

dön a megbetegedett területeket egyszerre kezeljük. Ha pl. csak körülírt területen van jelen favusgóc, melynek kiterjedése akkora, hogy a sugarak az egész területet egyszerre érik, úgy a reactio és a hajhullás beálltával teljes gyógyulás állhat be. Ilyen betegünk egy volt: egy 45 éves munkás, ki 3 év óta szenvedett a bajban. Az eset azért is nagyon érdekes, mert a favus itt felnőtt (45 éves) egyénnél lépett fel, mi a ritka kivételek közé tartozik, mert rendszeren csak gyermekeknél lép fel a hajzatos fejbőrön. A baj gyermektenyérszerű területre terjedt ki. Itt tipikus, kónsárga, részben összefolyt favusscutulumok voltak láthatók és a terület közepén egy sima, atrophias, kopasz bőrterület. Tizenöt ülés után az exponált területen, melynek környékét ólomlemezrel védtük, viszketés, diffus hyperaemia és helyenként csekély erosio és nedvedzés lépett fel. Bórkenőcs használata folytán a reactiv jelenségek néhány nap múlva visszafelődtek, a haj kihullott és a terület kopasz és sima lett. Alkalmunk volt a beteget egy évvel a kezelés után ismét látni és meggyőződni arról, hogy végleges gyógyulás állott be. Az azelőtt favustól occupált terület jelenleg majdnem teljesen kopasz, csak szélén maradtak szétszórt, feltűnő vastag hajszálak. A bőr ezen területen megvékonyodott és atrophias. Hasonló lefolyást tapasztaltunk egy 13 éves cipésztanoncznál, kinél a favus 7 év óta állott fenn és már majdnem az egész hajzatos fejbőrt ellepte volt. A kezelésnél először a fejbőr egész mellső felét exponáltuk és azután a várt hatás beállta után a fejbőr hátsó felét. A reactio ez esetben csak 40 ülés után állott be, mert régi, kemény vacuumesövet használtunk. Volt azonban alkalmunk recidivát is látni, még pedig annál a betegnél, kit egyáltalán legelőször kezeltünk Röntgen-sugarakkal. Ez egy 12 éves fiú volt, fején több favusplaque-kal, melyek részben egymással összefolytak. Hogy meggyőződést szerezzünk arról, vajjon a sugarak tényleg hajhulláshoz vezetnek-e, úgy jártunk el, hogy csak az egyik különálló ezüstforintnyi plaque-ot exponáltuk naponta 10 percig. Húsz ülés után viszketés, diffus hyperaemia és csekély nedvedzés, néhány nap múlva azután hajhullás is következett be. Ezen területen hónapok múlva sem tért vissza a favus, akkor sem, midőn a haj újra kinőtt volt.

Körülbelül 1½ év múlva azonban a kezelt területen is recidiva állott be. Ezen recidiva beállta azonban könnyen érthető, mert ezen terület kívülről, a szomszédos favusgócok felől újra inficiálódott. A beteg baját teljesen elhanyagolta és mivelhogy a bőr a gomba ellen nem vált immunissá, könnyen érthető, hogy a már gyógyult helyen újra megbetegedett. Nem azért betegedett meg újból, mintha a gomba a folliculusokban visszamaradt volna, mint ezt *Kaposi* felveszi, hanem azért, mert kívülről állott be újabb infectio. Ha a gomba a hajtasakban visszamaradt volna, úgy az újra kinövő hajszálak körül rövid idő múlva scutulumok léptek volna fel. Az a körülmény, hogy a kezelt terület hónapokig egészséges maradt, véleményünk szerint azt bizonyítja, hogy a gomba a hajtasakból is kiküszöböltetett. Ezen hatás érthető is, mert a sugarak a mélybe is hatolnak és a hajgyökérig érő hyperaemiát és exsudatiót, esetleg reactiós sejtszaporulatot is okozhatnak. Ennek folytán a gomba a hajtasakból is exfoliató útján eliminálódik. Ha így fogjuk fel a Röntgen-sugarak hatását a favusnál, úgy tisztában leszünk azzal is, hogy lehetőleg az egész területet egyszerre kell kezelni és nem szabad a fejbőr egyes, esetleg beteg területeit kezelés nélkül hagyni, mert ezen területekről a gombát nagyon könnyen átviheti a beteg a már előzőleg kezelt és gyógyult területekre.

Mindazonáltal nem tagadjuk annak a lehetőségét, hogy egyes esetekben a szőr belső gyökérhüvelyéből a gomba nem küszöböltetik ki véglegesen a hajhullás beálltával és erre való tekintettel *Lion* tanácsa szerint úgy járhatunk el, hogy az eredmény biztosítása végett Röntgen-sugarakkal való egyszeri utókezelés által előidézünk a gomba teljes és végleges eltávolítását. (Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Breslau, 1901.)

Összefoglalva a mondottakat, a favus kezelését Röntgen-sugarakkal a betegség legrationalisabb, sőt egyetlen ajánlható gyógymódjának mondhatjuk, mert feltéve, hogy az egész inficiált területet ugyanazon időben kezeljük, csak ez a gyógymód vezet aránylag igen rövid idő (néhány hét) múlva biztos gyógyuláshoz.

A *prophylaxis* szempontjából is fontosnak tartjuk a favusnak Röntgen-sugarakkal való kezelését, mert minél korábban kezdjük a kezelést és minél rövidebb idő alatt gyógyítjuk ki a bajt, annál kevésbé van a beteg környezete veszélyeztetve és annál inkább gátoljuk a baj terjedését.

Herpes tonsurans.

A mit a favusról mondottunk, az áll a hajzatos fejbőr trichophytiasisáról is. Alkalmunk volt egy 7 éves leányt kezelni, kinek a fején vagy 6 izolált kisebb-nagyobb beteg gócz volt jelen.

Egy ülésben egymásután három helyet exponáltunk, mind-egyiket 10–10 percig. A kezelést hat hétig folytattuk, mert annak elején régi, kemény vacuumesövet használtunk. A beteg meggyógyult ugyan, de nem jártunk el elég óvatosan, mert megbiztunk abban, mit *Kienböck* mond, hogy t. i. a fejbőr nem olyan érzékeny, mint más bőrterületek. A tülerős reactio igen erős, kiterjedt bőrlöbözöket vezetett. A gyermek éjjel-nappal viszketésről és fájdalomról panaszkodott és 2–3 hétig tartott, míg a bőr ismét normalis lett.

Itt is gyógyulás állott be az inficiált hajszálak kihullásával. Ha meggondoljuk, hogy más kezelésmódnál a baj sokkal tovább, legalább is hónapokig tartott volna, úgy daczára a kezeléssel járó complicationnak azon következtetésre kell jutnunk, hogy a hajzatos fejbőr trichophytiasisánál is a Röntgen-sugarakkal való kezelés a legrationalisabb.

(Megjegyezzük, hogy az általunk kezelt leány anyja is kapott gyermekétől a jobb kézhatáron egy tallérszerű tipikus herpes tonsurans plaque-ot, szélén hyperaemiás alapon fejlődött hólyagcsákkal, egyébként halványvörös hámló felülettel, melyet kátrányolajjal két hét alatt teljesen meggyógyítottunk. Ezen átvitel azt bizonyítja, hogy a hajzat és a test többi részének trichophytiasisa között nem létezik olyan különbség, mint azt *Sabourand* felveszi. Szerinte az egyik klinikus alak nem mehetne át a másikba, és mindegyik alaknak más gomba felelne meg. Esetünk azonban bizonyítja, hogy az egyik alak igenis átmehet a másikba, és hogy ugyanaz a gomba okozhatja mindkettőt.)

Sycosis coccigenes, folliculitis.

A közönséges sycosisnál is igen szép eredményeket értünk el. Két idevágó esetet kezeltünk folyó évben tavasszal, illetőleg nyáron, melyeknek mindegyikében a baj az illető fiatal embereknél már 2–3 év óta állott fenn és a legkülönbözőbb gyógy-eljárások daczára nem javult. Az egyik esetben diffus hyperaemiás alapon genyes hajtüszölöb fejlődött az arcz oldalsó részein; a második esetben a szakáll területén szétszórt hyperaemiás infiltratumok emelkedtek ki körülírt helyeken, melyek felváltva egyik helyen felléptek, más helyen visszafelődtek; némelyik infiltratum tetején genyedés állott be; némelyik helyen a hyperaemia visszafelődése után az infiltratum megmaradt. A kezelés mindkét esetben az afficiált területek expositiojában állott. A reactio 10–14 nap múlva következett be és az első esetben meglehetősen heveny hyperaemiában, a második esetben csekély diffus hyperaemiában állott. A hatás feltűnő volt. Mintha csak a folyamatot megszakították volna, egyszerre megszűnt a reactiv góczok képződése és a régiék visszafelődtek.

A sycosis ilyen kezelése ellen *Kaposi* azzal érvelt, hogy a sycosist egy izgalom okozza, melyet a növekvő szőrszálak az által hoznak létre, hogy vagy egy folliculusban több szőrszál képződik, vagy pedig a folliculus lumene és a szőrszál keresztmetszete között aránytalanság áll fenn. Eseteinkben épen úgy, mint *Schiff* esetében ezen tényező nem igen játszhatott szerepet a baj keletkezésénél, mert eseteink egyikében a szőrszálak újra növése eddigéig nem vezetett recidivához, a másik esetben 7 hét múlva recidiva lépett ugyan fel, de ez nem igen hozható kapcsolatba a szőrnövesséssel, mert a baj legelőször oly helyen lépett fel újra, melyet azelőtt egyáltalán nem kezeltünk. Jelenleg ezen betegnél az egész szakáll területére kiterjedőleg újra Röntgen-fénnyel kezeljük a bajt és a reactiv izgalmi állapot már be is állott; reméljük, hogy az epilatiós hatás beálltával ismét teljesen visszafelődnek a reactiv infiltratumok.

Schiff és *Freund* a bécsi orvosegyetben több sycosisbeteget mutattak be, kiket Röntgen-sugarakkal véglegesen meggyógyítottak; az illető egyének szakállt növesztettek és még sem állott be recidiva; de észleltek oly eseteket is, melyekben a baj vissza-

tért. A recidivák már 4–5 expositio után gyógyultak; tehát semmiképen nem függhettek össze a szörnövással, mint mechanikus ingerrel.

Hogy a Röntgen-kezelés a sycosis trichophyticánál javasolt, a mondottak után nem szorul bizonyításra.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. István-kórház idegbeteg-osztályából. (Rendelő főorvos Donath Gyula dr. egyet. m. tanár.)

A trigeminus-facialis reflexekről.¹

Irta: *Lukács Hugó dr.*

Carthy a „Neurologisches Centralblatt“-ban egy állítólagosan új reflexjelenséget ismertet, melyet ő „supraorbital-reflex“-nek nevez, s mely abból áll, hogy ha a nervus supraorbitalist lefutása közben bárhol megütjük, a szem körkörös izma többé-kevésbé összehúzódik. Egy következő számban *Bechterew* elmondja, hogy ő már régebben ismertette e reflexjelenséget több más, az arezon kiváltható hasonló reflexjelenséggel együtt. *Hudovernig* is állítja, hogy régen ismeri e tünetet, melyet ő reflexnek nem tart, szerinte a contractiokat az izomnak magának mechanikus ingerlése váltja ki.

Tisztelt uraim, ezt a reflexjelenséget ugyan nem kellett felfedezni. Hiszen melyik neurologus ne tudná, hogy a trigeminus ingerlése reflexeket vált ki az arcizmokban? Ha valakinek ornyákhártyáját érintjük, arezbőrét megbökjük, a beálló arezmogások nem reflectorikusak? És ki ne figyelte volna meg, hogy az arezot ért minden ily ingerületnél a szemek zárása a leggyakrabban és leghamarabb beálló reflex? Tudjuk, hogy az egy hetes gyermeknél e reflex igen gyorsan lép fel, az arez bőre igen érzékeny. Ha az alvó gyermek arezát a legenyhébben érintjük, ha csak reáfúvunk, a szem körkörös izma erőlyesen összehúzódik, oly erősen, hogy akkor, mikor még a legerősebb hang sem képes a gyermeket felébreszteni, ez felébreszti. Tudjuk ugyan, hogy az újszülött bőrén ezen fokozott ingerlékenysége már a második hónapban csökkent, de azért a gyermekévekben a felnőttekéhez képest fokozott. Ahhoz, hogy a reflexmozgások a felnőtteknél is létrejöjjenek, még egy feltétel szükséges, az, hogy az inger gyors, váratlan legyen. Ha ez így történik, úgy bárhol érintsük is az arezot, reflectorikus összehúzódása az orbicularisnak létrejön. Közelfekvő a különbség oka, a felnőttél nagyon ki van fejlődve a gátlás. Hiszen e nélkül folyton hunyorgatnunk kellene. E gátlás, ha a kísérletet megismételjük, actioba lép, a reflex minden következő érintésre gyengébb lesz, majd teljesen megszűnik. Vannak azonban az arezon egyes helyek, melyeknek érintésére, akár hányszor ismétljük is meg azt, beáll e reflectorikus mozgás. Erre a tényre reducálódik *Carthy* új reflexe, a mennyiben a supraorbitalis ideg kilépési helye egyik ilyen pont.

Mi ilyen helyeknek találtuk a homlokot, orrgyököt, a járomívét, a facialis kilépési helyét, az infraorbitalis ideg kilépési helyét, az alsó állkapcsot a masseterstől mellfelé. Megjegyzem azonban, hogy az individualis különbségek igen nagyok. Nagyjában már feltűnő, hogy mind e helyek csontalappal birnak, a mi könnyen érthetőleg előnyös az ingerkiváltásra. Az egyes felsorolt helyek között némi sorrendet lehet felállítani a szerint, hogy mily könnyen váltható ki a reflex. A sulcus supraorbitalis és homlok felett legkönnyebben jó létre, mondhatjuk, hogy igen kevés kivétellel majd mindig kiváltható a járomív felett, valamivel ritkábban az orrgyökön és még ritkábban a facialis kilépési helyén. Ez utóbbi már, úgy látszik, fokozott ingerlékenységre vall, legalább igen ritkán tudtam normalis egyéneknél kiváltani. A reflexingerlékenység megítélésénél adatul tehát nemcsak a contractio erőlyesebb és gyorsabb lefolyása szolgál, de az is, hol váltottuk ki. A mi évekre kiterjedő gyakorlatunk megtanított ez adatok értékesítésére, de ismétlem, hogy e viszonyok bizonyos határok között normalis embernél is mutatnak nemcsak individualis, de időszakos különbségeket is.

¹ Felolvastattam a kir. orvosegyesület neurol. szakosztályának f. évi november 11-diki ülésén.

Fontos, hogy e reflex keresztezett, kettős, mint a pupilla-reactio. E tekintetből érdekes az újszülött megfigyelése. A felnőttek kétoldali facialis innervatioja synergikusan történik. Igen kevés ember képes felváltva zárni-nyitni a szemét stb. E synergia ugyan nem egészen tökéletes, némi különbség majd minden embernél van a két arcfél mozgásai között. Az újszülöttnél az első hetekben a két arcfél egymástól teljesen függetlenül mozog. A szemével a gyermek felváltva hunyorít. Azonban a kérdéses reflex már ekkor is kétoldali, csak úgy mint a pupillaris. Így van ez különben oly felnőtteknél is, a kik képesek külön-külön innerválni körkörös izmukat.

Hudovernig kétségbe vonja, hogy reflexjelenség volna a szemizom contractioja az adott körülmények között. Szerinte úgy jó létre, hogy magát az izmot mechanikusan ingereljük. Ez teljesen tarthatatlan, hiszen kiváltható még a frontalis izom felett is, ott a hol egy ecepp izomelem sincsen, ugyancsak a járomív ily helyeiről is. Sokkal több joggal vehette volna fel azt a kérdést, nem a facialis ideg szálaít újítjuk-e meg a kalapácsesal, mikor is a mozgató ideg mechanikus ingerlése váltaná ki az izomösszehúzódást. Ennek analogonja adva volna az úgynevezett *Chvostek*-féle tünetben. *Schlesinger*, *Hoffmann*, *Jaksch*, *Schultze*, *Oppenheim* stb. dolgozatai után ma már kétségtelen, hogy e tünet normalis embereknél, de különösen neuropathikus egyéneknél nem tartozik a ritkaságok közé. A facialis kilépési helyének megütésére különösen a szem körkörös izmainak gyenge összehúzódása következik be. Mondottam volt, hogy mi a körkörös szemizom összehúzódását e helyről ki tudtuk váltani mindig, ha e trigeminus-facialis reflexet különben is fokozva láttuk.

Escherich a tetaniánál is reflexjelenségnek nevezte a *Chvostek*-féle tünetet. Ezt a neurologusok nem fogadták el, főleg azért, mert tudvalevőleg tetaniánál a reflexingerlékenység le van fokozva. Azonban a normalis embernél beálló részleges izomcontractio az arezon nem szükségképen azonos a tetania *Chvostek*-féle tünetével!

E szempontból érdekes e tünet viselkedése arezhűdésnél. Teljes hűdésnél a supraorbitalis pont ütögetésére mindig beáll az ép oldalon a contractio, a hűdött oldalon nem. Némely arezhűdés esetében, a hol az ép oldali facialis kilépési helyének megütésére fellépett a m. orbic. contractioja, a hol tehát fokozott volt a reflexingerlékenység, ott a kóros oldalon ismételve meg ugyanazt, az ép oldalon mutatkozott a contractio. Ez azt hiszem bizonyító a mellett, hogy itt tényleg reflexjelenségről van szó. Ezen szempontból igen érdekesek és fontosak *Remak Ernő*, *Bernhardt* és *J. Müller* amaz esetei, a hol teljes facialishűdés mellett a hűdött oldalon valami (entropium folytán a pillaszőrök, egy lobos infiltratum stb.) állandó ingert képez a trigeminusra és ez inger az ép oldalon blepharospasmust okoz. Az inger megszüntetésével szűnik a spasmus. *Hitzig*, *Jakobi*, *Gowers* és *Bernhardt* e tünet okát abban keresik, hogy a hűdés közben a folytonos innervatio kísérletek folytán az innerváló centrum energiája nő és nő ezzel a reflexingerlékenység is. Ennek megerősítését látja *Bernhardt* abban, hogy *Darkschevits* kimutatta, miszerint egy mozgató ideg sérülésénél nem csupán az ideg centralis vége degenerál, de degeneratio lépnek fel az ideg centralis magvaiban is.

Hogy a hűdés folytán a facialis innervatio centrumának reflexingerlékenysége tényleg fokozódik, azzal jól megegyezik azon általunk minden javuló facialishűdésnél tapasztalt tünet, hogy a facialis kilépési helyének megütésére a szem körkörös izmában contractio lépnek fel már akkor is, mikor akarhatlagos innervatio még lehetetlen. Ezt *Hitzig* szinté leírta. Ilyenkor azt láttuk, hogy a trigeminus-facialisreflex általában fokozott. Ezen tények tehát szintén arra utalnak, hogy tényleg reflectorikusan jön a contractio létre.

Hogy a facialis kilépési helyének ütögetése trigeminus ágakat is ér, az bizonyos, a facialis és trigeminus ágak azon a helyen elég sűrű hálót képeznek. Egyébként *Frankl-Hochwart* és *Lichtenberg* kimutatták, hogy az arcideg a trigeminusból nyert sensibilis rostokat is vezet. *Gowers* is irt le ilyen ágakat. Ennek megfelelőleg *Hatschek* az arezhűdés 50%-ában talált érzésvavarokat.

A trigeminus és facialis kölesönös viszonyában *Fihlene* egy állandó reflextonus fentartását látja. Ő úgy tapasztalta, hogy tri-

geminus anaesthesiánál az arcmozgás és mimika megváltozik. *Ecner* felemlíti, hogy ezt már *Bell* és *Magendie* is tapasztalták.

Ezek után azt hiszem, nem tévedünk, ha az arcz némely helyeinek megítésére létrejövő contractioját a *musc. orbicul. palpebrae*-nak reflectorikusnak tartjuk. Elmarad, ha a reflexút motorikus fele, a *nervus facialis* vezetőképessége megszünt és én a magam részéről megerősíthetem *Charly* állítását, hogy trigeminus resectionál is kimarad. Oly esetet, melynél a Gasser-dúc kiirtása után az arcz érzékenysége véglegesen eltűnt volna, nekem még nem volt alkalmam észlelni. Egyébként *Garré* már 1898-ban kimutatta, hogy a trigeminus functioja újból helyreállhat teljes Gasser-dúc kiirtás után is, kerülő utakon, hogy az ő szavát idézzem.

Még egy dologra akarom a figyelmet felhívni. Minden meglepő, váratlan ingerre már az újszülött gyermeknél is tipikus a mimikai reactio, a szemek zárása. Ez így marad a felnőtté is, csupán nem oly energikus, a szemek csak túlerős ingerekre záródnak, különben csak többé-kevésbé mozdul a körkörös szemizom. Innen van, hogy a tárgyalt reflex vizsgálatánál az első néhány érintésre bárhol az arczon az izom összehúzódása beáll. Ezen mozgást a gyakorlott vizsgáló könnyen meg tudja különböztetni a tisztán reactiv izomösszehúzódástól, mely jóval lassabban következik be, és ritka fokozott ingerlékenység eseteit kivéve, nem terjed ki az egész izomra, csupán néhány rostjára. Amaurotikus betegeknek e zavaró mimikai mozgást csak hosszabb ismétlés után lehetett elkerülni. A reflex vizsgálatánál erre figyelemmel kell lennünk. Ajánlatos különben is a beteget felhívni, hogy szemrését kissé tágtátsa és egy helyre nézzen.

Igen érdekes tényre jöttünk vizsgálataink közben rá és ez abban áll, hogy ha a fent jelzett pontokon az arcot megütjük, a körkörös szemizom összehúzódásán kívül még egy mozgást észlelünk, ugyanis a pupilla minimalisan szűkül, majd jóval tágul. A tágulás nagyobb mértékű, ugyanígy, hogy az ütögetést gyorsan egymásután ismételve, a pupillát ugyanazon fényforrás mellett tágabbá tehetjük. Megjegyzem, hogy ajánlatos sarkított fény mellett vizsgálni, de nem szükséges.

A reactio minden normalis emberen meg van, de megvan minden fénymerev, sőt amaurotikus szemű is.

Ismeretes a pupilla hasonló viselkedése a *Westphal-Pilcz*-féle phenomen elnevezés alatt, mely létre jön a szem erőteljes zárásakor. *Westphal* ugyan mondja, hogy némelykor ép szemén is létrejöhethet, de *Pilcz* csupán kóros szemén látta, *Antal* pedig mindig prodromál tünetnek veszi. *Schantz* két hét előtt e tárgyról szóló dolgozatában ezt mondja: „Wenn wir am normalen Auge dieses nicht beobachten können, so liegt dies daran, dass die Lichtreaction dieses Phänomen verdeckt.“ A mi kísérletünk ebben teljesen igazat ad neki, nyitott szemén, mert hisz a körkörös izom összehúzódása a pupillát nem éri és változatlan fényforrás mellett ép szemén is bekövetkezik a pupillaváltozás.

Schantz a többséggel szemben azt bizonyítja, hogy sem reactiv, sem együttmozgással nincs ez esetben dolgunk, hanem a pupilla változásait mechanikus okok hozzák létre.

Nos, teljes arczhűdésnél, mikor a trig.-fac. reflex nem volt kiváltható, a körkörös izom meg sem mozdult, a Westphal-Pilcz-féle jelenség mégis bekövetkezett. Ezzel azt hiszem, eldöntöttnek látszik a kérdés; bizonyos, hogy nem mechanikus uton jó létre.

Westphal szerint együttmozgás, csak úgy mint a szemzárással járó felfelé forgatása a szemnek. Még érthető volna, hogy az arczhűdésnél, ha nem is áll be az egyik mozgás (a szemzárása), az inger mégis kiváltja az együttmozgást. Ámde eseteinkben a szem fel- és kifelé forgatásának nyoma sincsen.

Schantz tagadja, hogy együttmozgás volna, hogy egyáltalán az oculomotorius ingerülése hozná létre és ennek bizonyítására felhossa, hogy atropinizált szemén és ophthalmoplegia interna esetén is létrejön (erős szemzáráskor) a tünet.

Már *Galassi* figyelmeztetett, hogy e tünet alkalmas lehet arra, hogy egy peripher paralysisét az oculomotoriusnak megkülönböztethessük egy centralistól. Tényleg e tünetet megtaláljuk mindig ott (szemzárással nem mindig, de a mi methodusunkkal mi mindig megtaláltuk), a hol a pupilla minden más reactioja már megszünt. Ez valóban arra utal, hogy itt az áttétel a peripherián következik be.

Arezanaesthesiánál nem volt alkalmam e tünetet vizsgálni.

A mi már most e két tünet pathognostikus értékét illeti, mondhatjuk, hogy alig találtuk. Az arczhűdésnél jelentheti a javulás kezdetét akkor, mikor akaratlagos mozgás még nem vihető ki. A másik, a pupillaris tünet értékesíthető lesz talán úgy, mint azt *Galassi* állította.

T Á R C Z A.

Az énekhang és énekművészet physiologiája.

(Folytatás.)

A kritikusok ezt úgy írják le, hogy a regiszterek „egyenletesek“ (*Ausgeglichenheit der Register*). Ezen átmenet az egyik regiszterből a másikba, különösen a dallamos portamento (vagy legato) éneknél észrevehető. De a midőn futamokban, különösen nagyobb hangközökben (terzekben) szökik fel és alá a hang, azonnal észrevehető a két register közti különbség, a midőn is azonnal feltűnik a magas fejhangoknak kifejezett fuvolajellege. *Patti Adelnia* szokott egy fuvolakettőt énekelni, a melyben egyes hangoknál alig is lehetett tudni, vajjon a fuvola szól-e vagy a gége.

Ujabbán *Komáromi asszony* is szokott ily fuvolakettőt énekelni (*Káldy pacsirta-dala*), melyben ezen feltűnő hasonlatosság nagyon szépen hallható. Egyébiránt, azt hiszem, alig fogja valaki kétségbevonni, hogy a coloratur-énekesnők magas futamai határozottan hasonlóak a fuvola hangjaihoz, vagy pedig, de nem annyira, az énekes madarak magas hangjaihoz, a miért is a legfelső quintet a-tól e-ig vagy azon túl elnevezték *Vogelregister*-nek.

A férfi *falsethangjában* is némi hasonlatosságot lehet találni a fafúvók (klarinete) mélyebb hangjaival, a mi azon gondolatra vezet, hogy ezen regiszterekben a hangszalagok széleinek rezgése is más karakterrel bír, mint a mellhangregiszterben, melyben a szorosabban záró hangrészt erővel és mintegy sűrű exploziókban törí át a légáram.

(Alig is szenved kétséget, hogy a különböző regiszterekkel a hangrezgések karaktere is változásoknak van alávetve; nemcsak intermittáló és remittáló légárammal, hanem úgynevezett áttűtő vagy reáitő nyelvek rezgésével van dolgunk. Ezt stroboskopikus vizsgálatokkal kell még tovább tanulmányozni.)

Több mint valószínű, hogy az itt leírt regiszterektől, melyek a hangszalagmechanismus típusát képezik, gyakrabban vannak eltérések az egyes egyének sajátlagos alkotású hangszerve és sajátlagos énektanulási módora folytán. Nagyon tanulságosak e tekintetben *French newyorki fényképfelvételei*, de nagyon messzire vezetne velők e helyen foglalkozni, továbbá a különböző megfigyelésekre kiterjeszkedni, melyeket a hangrés alakjaira nézve mások tettek és magam is tapasztaltam.

A hangterjedelem határai. Lefelé haladva a hanglétrán, az énekes mindaddig bír hangot létrehozni, a míg elég kilégzési ereje van, hogy a mindinkább elernyedő hangszalagokat rezgésbe hozza. Teljesen elernyedve a hangszalagok ekkor sem képzelhetők, hanem nagyon kevés feszességgel, és különösen a záró izomzat működése kell hogy meglegyen. Nagy légnomás sem lehet a légesőben, mert a levegő bőven mehet át a hangrésen és a légnomás csak úgy lehetne nagyobb, ha a hangszalagpár visszatartaná a légesőben; de ez csak feszítés által eszközölhető és akkor a hang is magasabbá válnék. Itt nincs is más kompenzáció, mint a fújtatás, melynek természetes határt szab az emberi tüdő nagysága. Minél nagyobb a hangszalag felülete és minél kiadóbb a kilégzés, annál mélyebb hangot lehet képezni. Az énekes testalkatának megtekintésekor azonban sokszor csalódunk.

A zeneileg értékesíthető mély hangokon túl az énekesnek még mélyebb hangja is van, mely azonban csak közelebről hallható és zöreyes. A legmélyebb bassushang *f*-nél kezdődik (172 rezgés v. félhullám). Ha most tekintetbe vesszük, hogy mily eszközök állnak rendelkezésre a hangmagasság emelésére, *Grützner* szerint a következőket kell felvinnünk: 1. A hangszalag különböző feszessége. 2. A rezgő hangszalag megrövidítése. 3. A hangszalag alakváltozása, különösen a szélek vékonyodása és kiélesedése, mely igen gyors rezgésekre teszi alkalmassá. 4. A rezgésben résztvevő zónának keskenyebb vagy szélesebb volta és végre 5. maga a légnomás, melyre nézve már *Müller János* kimutatta, hogy a légnomás fokozásával egy quinttel is lehet emelni ugyanazon feszességű szalagok zöngéjét. Ha azt kérdezzük, hogy mi szabja meg az énekhang határát felfelé, akkor az a válasz, hogy a hangrésfeszítő izomzatnak elégtelensége és kifáradása, és soha sem a kilégző izmok (hasizmok) elégtelensége. A hangrésnek, mint ventilnek zárása és feszessége bizonyos határon túl már nem biztos és nem szilárd, ekkor már el is veszítettük hatalmunkat a finomabb beállításra. Sőt a feszesség és erőlködés ezen fokán már magát a finomabb izomérzést is elveszítjük. Ilyenkor azután a feszes légáram áttöri a ventilt (hangrészt) akaratunkon kívül is, a hang detonál, mint mondani szokás: *gixert ad*. Nagyon sok férfi és nőénekesnél láthatjuk és pedig hátrányukra azon erőlködést, a melylyel a hasizmoknak légnomást fokozó munkáját a gégeizomzat munkájával egyensúlyban tartani iparkodnak. A kilégző erővel nem hagynak fel, mert a hang azonnal sülyedne; ha ez fáradtság következtében mégis megesis, akkor az énekhang természetesen azonnal hamis, a mi különösen az ilyen nagyon exponált kótánál, melyben a dallam culminál, nagyon kellemetlen balsiker. Tudnivaló, hogy lengyel kántorok, kik éneklésük közben különben is igen hevesen gestikulálnak, ilyen magas kótáknál kezükkel összeszorítják torkukat, a midőn külön-

nösen a m. crico-thyroid. működését segítik elő, a mennyiben a gyűrűporozót a pajzsporc felé nyomják fel, de azonkívül a pajzsporcot is két oldalról összenyomják.

Rendszerint azonban más balsiker éri az énekest ezen szerfeletti izomunkában, t. i. a *finomabb beállítás* beidegzése már nem győzi: a hang vesztit muzsikai jellegéből vagy egészen kiabáló jelleget ölt. Ezen kiabálás úgy jó létre, hogy a levegő itt-ott utat tör magának, az egyik hangszalag felgömbül és a rezgés egyenletessége azonnal megzavartatik.

A mellhangra nézve tudvalevőleg a tenorista magas *c*-je már igen merész kóta, de némelyik még a *d*-t is jól fogja, a mi, ha sikerül, az egész hallgató közönségben bizonyos észrevehető izgatottságot kelt.

Ezen kóta körülbelül 1000 rezgésnek felel meg; a szoprán énekesnő, ha uni sono énekel a tenorral, akkor tudnivaló, hogy az egy oktávval magasabban énekel, tehát 1740 rezgéssel a *c*-t és 1953 rezgéssel a *d*-t (Beaunis: Physiologie humaine), de ezeket már fejhangan.

Az operai partitúrákban azonban néha még *e* is előfordul (2069 rezgés), a mit a legkevesebb énekesnő győz; de a mint Grützer írja, még a három kótával magasabb *a* (3416 rezgés) is már előfordult énekesnők hangterjedelmében. Nem lehet azonban mondani, hogy ezen rendkívül magas hangok nagyon kellemesen ütnek meg az ember fülét, minden esetre csak staccatofutamokban használhatók.

Ha az énekest a gégetükör előtt a legmagasabb hangok vételére szólítjuk fel, akkor néha látni lehet az egyik hangszalagnak felgömbülését és pedig azon a határon, melyben a hang muzsikai jellegét már elveszti.

Máskor megeshetik, hogy az egyik hangszalag nem tud lépést tartani a másikkal oly hangok productioja közben is, a melyeket az illető még használni szokott: az egyik hangszalag magasabban áll, mint a másik; a magasabban álló hangszalagot pedig a gyengébbnek kell tartani. A mióta 1892-ben végzett állatkísérleteim arról győztek meg, hogy a hangszalag megfeszülése közben lefelé húzódik, azóta gyakrabban figyeltem meg énekeseknél, hogy az egyik hangszalag magasabban áll mint a másik; ezt mindig úgy fogtam fel, hogy a magasabban álló hangszalagban gyengébb a hangszalag-izom (m. thyreo-arytaenoid. int.).

Meglepetésemre azután oly eseteket is találtam, a hol ugyanazon hangszalag némelykor magasabban és bizonyos hangoknál mélyebben állott, mint a másik; és végre ebben némi szabályosságot találtam, t. i., hogy a mélyebb hangok képzésénél az egyik (mondjuk, hogy gyengébb) hangszalag mélyebben állott, magasabb hangok képzésekor mindinkább emelkedett és az egész magas hangoknál még magasabban állott, mint a másik. Mivelhogy semmi izombénulás formájába nem illik a dolog, magam részére azon nézetet alkotom, hogy ezen hangszalag rugalmasságából vesztit, hogy tehát hosszabbra kihúzható.

Ebből természetesen a következőknek, hogy a m. vocalis leközésének nem tud annyira ellenállni, mint a másik, tehát mélyebbre lehúzzatik; viszont a magasabb fekvésekben, midőn a hangszalagnyújtás lép előtérbe, jobban nyújtható meg, egyszóval: *azon hangszalag, a mely rugalmasságából vesztit, a végpontján működő erőknél nem tud annyira ellenállni.* Hogy miből lehetne magyarázni ezen asymmetriát (vesztit-e az énektanulás közben a magasabb hangok forciozott fejlesztése által rugalmasságából a hangszalag), arra nézve nem lehet biztosan állítani. Sok énekesnél láttam és bizonyára más szaktársak is meg fogják látni, ha figyelmük reá irányul, csak hogy nem szabad elfeledni, hogy a gége- orvoshoz jövő énekes rendszerint nem egészen ép hangszervvel, hanem baja és pedig többnyire régóta fennálló baja miatt jön.

De ha tovább megyünk és a nemékeses egyének hangszervét is jól megfigyeljük, gyakran láthatunk asymmetriákat, ha mélyebb és magasabb hangon hangoztatunk, sőt tovább is lehet menni és azt nem állítani, hogy a legalább hozzánk, orvosokhoz jövő feleknél a teljesen symmetrikus hangrés a ritkább és az asymmetria a gyakoribb. Természetesen a jelenséget élesen kell megfigyelni és akkor láthatjuk, hogy az egyik hangszalag keskenyebb mint a másik, vagy hogy a hangrés kissé ferde, vagy hogy az egyik hangszalag kissé magasabban áll mint a másik; egy szóval, apróbb eltérések vannak. A két hangszalag közötti különbség nem nagyon szembeszökő, de ha alkalmunk van hosszasan nézni és egymással összehasonlítani őket, akkor sok esetben látunk kisebb eltéréseket. Tehát úgy látszik, hogy a két hangszalag nincs mindig részarányosan alkotva vagy nem teljesen egyformán functionál. Ugy, a hogyan az emberben a két arcfél nem egészen symmetriás, a jobb és bal végtagok nem egyforma erősek, a két fül nem egyforma élesen hall.

Az irodalomban nem találtam támpontot ezen a hangrésre vonatkozó észleléseimre, csakis a Merkel könyvében: a ki 752. l. az énekes kellékeiről következőket írja: „dass beide Kehlkopfhälften einander möglichst symmetrisch in allen ihren einzelnen Theilen entsprechen, und dass namentlich beide Schildknorpelflügel genau in der Mittellinie vereinigt sein müssten. Noch nöthiger ist, dass die beiden Schnepfen (Ary) Knorpel einander genau correspondiren. . . vor allem müssten aber die Stimmbänder, zunächst die elastische Schicht derselben einander gleich, ergiebig an Masse sein.“ Merkel, ki sokat részletez elméletből, erre nézve nem elég támpont; de annyi áll, hogy a pajzsporclemek egyesülése nem mindig épen pontosan a középvonalban és szabályosan történik. Azonkívül képzelhető, hogy a hangszalagok elülső tapadási pontjain a rostok nem egész symmetrikus egyenletességgel sorakoznak mindkét oldalt.

Az anatómiában hiába kívánják ezt kideríteni, mert rendkívül finom méretekről lehet csak szó; hiszen mi a hangszalag a tetemben? egy inas kinézésű redő; holott a gégetükörben a legkülönbözőbb mozgások finom mechanizmusában élő tünemény! Csakis midőn a feszesség,

nyújtás és a finom méretekből való mozgás van szemünk előtt, akkor tűnhetik fel a symmetria. Megjegyzendő, hogy igen kis méretekről van szó, ha az egyik hangszalag magasabban áll, úgy ezen különbség a függőleges síkban talán csak egy millimeter, sőt ennél kisebbre is becsülhető és hogy mégis meglátható, az onnan van, mert az éles széle a másik fölé kerülve, ezen szél meglátható, sőt a másikra egy kis árnyékot is vethet. Míg ellenben szorosan záró hangszalagoknál egyiknek sem látható a szabad széle. Egyáltalában a hangszalagok finom zárásánál rendkívül finom méréteket birunk felismerni, ha kellőképen vagyunk begyakorolva.

A hangszalagok asymmetriája, ha nem nagy fokú, nem okoz nagyobb phonikus zavarokat; csak az ének finom árnyalataiban, főképpen a piano vagy a magas hangok fogásában akadályoz. Ismerek egy drámai művésznőt, kinek egyik hangszalagja határozottan gyengébb mint a másik és pedig nemcsak az én szememben, hanem más és tekintélyes szakemberek is ugyanígy találták. Az illető organuma úgy cseng, mint a harang: senki sem hallja meg a fogyatkozását, különösen mert nagy hangja szerencsés resonantiával bír. De a hanglétrában magasabb fekvésű hangokat már nem szólaltat; énekelni nem tud és ezenkívül gyakran indisponált, főleg nehezezőre esik az, ha szerepében sikoltás fordul elő. Ismerek egy énekesnőt, ki régóta működik és ugyancsak a bal hangszalagja jóval gyengébb; nagyobb hangproductiókra tényleg nem képes; de mindazonáltal hangját ügyes módon kihasználja és nagy sikereket arat.

Nagyon érdekes és kívánatos volna megtudni, hogy mennyire jelentkeznek énektanulásra növendékek asymmetriás hangszalagokkal: hogy hogyan haladnak, mennyire viszik; és főleg, hogy az asymmetria a hang fejlesztésénél vagy magas hangok forciozásánál mennyire lesz szembeötölőbb; vagy hogy mily hangnemekre alkalmasak; egyáltalában az egész énekphysiologiát és az énekbajokat csak úgy lehetne megítélni, ha az illetők a felvételnél és a kiképzés folyamán, az egyes énekórák elején és végén gégetükörrel szakértő által megfigyeltetnének. E nélkül ezen egészen specialis tan, az énekesek specialis bajai nem ítéltetők meg. Hiányzik még e téren a kellő alap; pedig ez sajnos, mert éppen az énekművészek hangszerve bir sokkal magasabb becsűvel és a mi a másikkra egészen közömbös állapot, a művészekre nézve életkérdés lehet.

Az énekhang specialis orvosi tanulmányozására az énekaakadémiákon külön orvosi vizsgálatot kellene rendszeríteni, mint azt Avellis óhajítja (Avellis, Der Gesangsarzt, Frankfurt). „Der Gesangsarzt soll gleichsam, wie der Militärarzt mit der Truppe marschiren und auch das Recht haben seiner ärztlichen Meinung an geeigneter Stelle Gehör zu verschaffen, sobald Gefahr für die Stimmen oder die Gesundheit überhaupt zu drohen scheint“ írja Avellis.

Részemről azonban főleg azt kívánom, hogy az énekhang fejlődését és fejlesztését mint objectiv szemléltő figyelemmel kísérje és az énekphysiologiát tapasztalatokkal gazdagítsa.

Semmi esetre sem ajánlanám a művészi pályát oly növendéknek, a hol nincsen meg a két hangszalag symmetriás működése, mert ez mindenestre a hangterjedelem rovására van és az ilyen énekhang nem megbízható.

Némai József dr. egy. magántanár.

(Folytatása következik)

Az iskolaegészségügy reformja.

(Vége.)

Kétségtelen, hogy nagy lesz ezen törzslapoknak haszna és itt nem az általános szempontra vagyok tekintettel, habár az ifjúság fejlődésére és betegségeire vonatkozó statisztikai adatok egybegyűjtése felelté érdekes és nem egy okból igen fontos, hanem az egyéni szempontra. A tanulóval való intensív foglalkozás következtében lehetővé válik számos betegségnek felismerése csirájában, ez pedig az iskolaorvosoknak tekintélyt nagyban fogja emelni. S ámbátor az iskolaorvos hygienikus működésével szemben az orvosi eddig is már túlsúlyban volt, ezentúl még inkább az lesz. Annál inkább meglepett, midőn egyik egyetemi gyakornok előadásában azt fejtegette, hogy az iskolaorvos csak hygienikus, csak tanácsadó. Igaz, nem képezi feladatát a hivatalos gyógyítás, ha csak a tanulók szülei arra fel nem kérik vagy szegény tanulóval szemben önként nem teszi, mert ezeknél nem kell attól félni, hogy kártársai megtámadják. De ha bármelyik iskolaorvos valami betegség keletkezését észreveszi, kivétel nélkül figyelmeztetni fogja a tanuló, vagy a szülőjét, sőt köteles is lesz a szülőt vagy kezelő orvost a törzslapok tartalmával megismertetni, ha kéri. Az ily antediluvialis nézetek hangoztatása, hogy az iskolaorvos csak hygienikus, az úgynek úgy felfelé, mint lefelé rossz szolgálatot tesz. Az iskolaorvos akkor fog tekintélyre és elismerésre szert tenni, ha első sorban orvosi tudományáról tesz tanubizonyosságot. Erre sokkal nagyobb szükség van, mint hygienikus működésre, mert legtöbb esetben az iskolaépületen és padokon stb. a költségek miatt segíteni nem igen lehet.

Az utasítások 2-dik része a törzslapoknak megfelelően módosításokat szenvedett. További módosítás történt Bókay kívánságára a gümőkóra vonatkozó pontban, a mennyiben nem csak a tüdő-, hanem minden nyílt esont- és mirigygümőkóra is kell figyelni, a Stefánia-gyermekkorházban Schütz és Preisich által végzett vizsgálatok eredménye szerint. A fogaknak részletes vizsgálata feleslegesnek bizonyult; az iskolát csak az érdekli, a tanuló lehelete bűzös-e vagy sem; legfeljebb az iskolaorvos figyelmeztet a fogak ápolására. A belügyminister megkérdezése három pontot illetőleg szükséges: a trachoma-vizsgálat miatt, melyet a tisztí orvosnak is kell teljesíteni; az oltásra és ismét-

oltásra vonatkozó teendők miatt; és végül a vidéki tanulók lakásainak meglátogatása végett. Eddigélé nincs belügyministeri rendelet, mely *Tóth* szerint az iskolaorvosnak megengedi, hogy magánlakásba látogathasson. A közoktatásügyi miniszter ezt saját hatáskörében nem rendelheti el, hanem csak egyetértve a belügyministerrel. Mi ennek örülünk, mert ilyenképp az iskolaorvosi intézmény a közegészségügyi hatóságok által el fog ismertetni, azok közé illesztetni.

A módosítások, melyek az iskolaorvosok 3-dik működési körében történtek, a legfényesebben bizonyítják, mily hasznos volt a paedagogia oktatására az iskolaorvosok tanfolyamán *Alexander* tanárt meghívni. Eddig úgy tanítottuk az egészségtant a középiskolák felső osztályaiban, a hogy azt Fodor tanár elmagyarázta és az utasítások 3-dik részében előírta. Jelenleg a középiskolák tananyagába beillesztettük azon tanterv-javaslatban, melyet *Alexanderrel* együtt kidolgoztunk és feltéve, hogy az iskolaorvosok jól tanítanak, semmi nehézségét sem látjuk, hogy az egészségtan a rendes tantárgyak közé kerüljön. A tantervhez *Alexander* részletes utasítást dolgozott ki, mely az orvosi köröknek tetszését fogja megnyerni, én magam pedig a tanításhoz való orvosgyűjtemény anyagát irtam össze, azon gyűjtemény alapján, melyet a kormány megbízásából a párisi világkiállításra küldöttem és a mely ott ezüst-érmet nyert. Minthogy a természetrajzi képek (az ember szervezetéről) és minták a természetrajzi szertárakban amúgy is megvannak, minthogy az egészségtanhoz szóló képeket minden orvos egy pár vonással a táblára felrajzolhatja, e gyűjtemény megmaradó része könnyen megszerezhető az intézetek évi költségvetése keretében. Nem kell kiesni az egészségtani gyűjteményt! az én intézetemben a tanítványok csak akkor látták a Davy-féle biztosító lámpát, a mikor én szereztem egyet.

Munkakörben nyertünk tehát és ennek megfelelően emelkedik az iskolaorvos tekintélye. Tagja, mint eddig is, a tanári testületnek, annak minden üléseire meghívandó és el tartozik menni, de csak iskolaegészségügyi kérdésekben bir szavazati joggal. Mihelyest rendes tárgy lesz az egészségtan, az általános szavazati joga meglesz, a mint például a polgári leányiskolákban, a hol az egészségtan rendes tantárgy, máris megvan. Az az okoskodás, hogy taniskolaorvos valami javaslattal előáll és a tanári kar felét meg tudja nyerni, úgy hogy az ő szavazata dönt, ezen körülmény bizonyítja, miszerint javaslatában van valami, nem felel meg a valóságnak, mert számítani kell azon ellenszenvvel, melyet az iskolaorvos ébresztene, ha hatáskörén túl avatkozna. Mihelyest jegyezte meg igen helyesen *Szücs dr.* — ki tudja mutatni az iskolaorvos valamely kérdésnek iskolaegészségi oldalát, máris megvan a szavazati joga. Intézkedési joga természetesen szintén nem lesz, de nem is kell és nem is lehet, mert az iskolában egyetlen embernek van intézkedési joga és ez a felelős igazgató és a tapintatos iskolaorvos mindig meg tudja győzni felebbvalóját az általa ajánlott intézkedés helyességéről. Ha nem tudja — mondta volt *Fodor* —, úgy mondjon le, mert ő benne van a hiba.

A fizetés kérdése dolgában a régi értekezlet nem határozott, mert a ministerium azt magának tartotta fenn. *Boncz* azonban jelenleg kérte az értekezlet tagjainak véleményét, hogy mily elvek szerint történjék és azok jegyzőkönyvbe lettek felvéve. A fizetés emeléseig a mostani minimum megmarad. Ezen elvek szerint az iskolaorvos fizetése két tényezőtől kerülni ki; az egészségtan tanításáért kapna 200 koronát évente, azután minden 100 tanuló után 100 korona iskolaorvosi díjat. E szerint a kétszáztanulós iskola orvosa nem nyerne semmit, a 300 tanulóé 100 koronát stb. Azt nem lehet mondani, hogy valami fényesen lenne működésünk fizetve, legfeljebb azt, hogy bizonyos lesz, nem lesznek oly égbekiállító igazságtalanságok, mint jelenleg. Feladatunk lesz tovább küzdeni és talán, ha a tisztviselők fizetését emelik, sikerül majd nekünk is elérni, hogy az iskolaorvosok fizetése 800 és 1600 korona legyen az intézetek nagysága szerint és talán sikerül elérni a véglegesítést is. Helyes volna, ha az iskolaorvost is három év után véglegesítenék állásában, mint a középiskolai tanárokat. A működésben lévő iskolaorvosok czime a jelenlegi marad, egyébként „képesített iskolaorvos” lesz, a hogy azt az első értekezlet ajánlotta. Külön ministeriumi rendelet lesz hivatva minden visszaélést, rövidítést stb. meggátolni.

Az értekezlet egyhangúlag elfogadta *Fodor* tnr. azon javaslatát, mely szerint minden iskolánemél alkalmaztassanak iskolaorvosok. Csúpn a tanfelügyelők mellett nem találja célszerűnek az értekezlet. Mi persze legmelegebben óhajtjuk, hogy a nemzet reménye azon pillanattól kezdve, midőn az óvóban nyilvános szereplését kezdi, orvosi felügyelet alatt álljon. A ki egyszer látja az egyetem bőrgyógyászati osztályán, hogy az elemi tanulók között a bőrbetegségek mily gyakoriak, a ki tapasztalatból tudja, hogy a fertőző bajok ritkán érik a középiskolai tanulókat, egyszerűen azért, mert korábban már keresztülmentek rajta, a ki tudja, hogy hazánk nagy halálozásának egyik oka itt van, az csak pártolni, helyeselni tudja az iskolaorvosi intézmény fejlesztését. Külföldön tulajdonképp az elemi iskolákban alkalmazzák az iskolaorvosokat. Hasonlóképp az iskolaegészségügyi ministeri referensének eszméjéhez is hozzájárult az értekezlet. Hogy a testnevelés is ezen referens ügykörébe tartozzék, azon senki meg nem akadt és csúpn egy felszólalásban olvasom, hogy azt tornatanítóra kellene bízni. A testnevelés szellemébe nézetem szerint kellően képzett orvos jobban tud behatolni, mint a tornatanító. Legjobb eredményeket oly egyén fog felmutathatni, ki úgy kellő orvosi, mint tornatanítói ismeretekkel bir. Legjobb példa erre *Ling*, a svéd paedagogiai és gyógytorna megteremtője, a ki — ő vívómester volt — a boncztan és élettant tanulta teljes alapoossággal.

Milyen lesz az iskolaorvosoknak kiképzése, hogy a jelenlegi feladatoknak és azoknak, melyek a jövőben rájuk várnak, megfelelni képesek legyenek? A paedagogia továbbra is megmarad a tanítandó tárgyak között. Egyik orvosi lap ugyan erről mint nagyképűsködésről

nyilatkozott, de nézetem szerint nagyobb nagyképűsködés olyanhoz szólani, a mihez valaki nem ért. Mi iskolaorvosok érezzük, hogy kell; a tapasztalat mutatja, hogy nem egy iskolaorvos nem képes tanítani és a felsőbb leányiskolák tantervéből ezen okból az egészségtant ki is akarták hagyni. És csak miután kimutattuk, hogy eddig egyszerűen a vízbe dobtak és a ki kacsra volt, tudott úszni, a ki tyúk, az alámerült, és minekutána hangsúlyoztuk, hogy ezentúl a paedagogiára oktatni fogják az iskolaorvosokat, sikerült az egészségtan kötelező tanítását megtartani. Az iskolaorvos viszonya az iskolához ugyanolyan, mint a katonarvosé a katonasághoz. Mindakettő köteles működését összhangba hozni azon intézmény szellemével, a hol működik és ismerni kell annak törvényeit, szabályait, fegyvereit stb. Az iskola fegyvere pedig mi más, mint a paedagogia? S hábár sok ember veszületett képességgel bir erre, mégis esztendőig tart, míg a gyakorlat a helyes útra tereli. Az az érv, hogy sok tanár van, a ki nem tud tanítani, nem használ semmit egy fejlődni akaró intézménynek. Legfeljebb azt főgnák mondani, hogy elég az iskoláknak, ha tanítani nem tudó tanárai vannak, felesleges még tanítani nem tudó iskolaorvosokat is alkalmazni. A paedagogia oktatása egyébként még arra való, hogy a tanításhoz egyáltalában nem értőket felismerni és az alkalmazástól távol tartani lehessen.

A tanterv többi részletére vonatkozólag az orvosi egyetem bizottságot küldött ki, mely egy rövid ülésben megegyezésre jutott és az orvosi tanári karnak és ennek közvetítésével a ministeriumnak fogja javaslatát betervezni. Részletesen ezen javaslatot nem ismerjük, csúpn *Bókay* tnr. rövid jelentéséből kivettük, hogy a bizottság elégnék tartja, ha a tanfolyam hallgatói az általános és iskolaegészségtanból kapnak előadásokat, melyeket *Liebermann* tanár fog tartani assistenseivel együtt. Ilyen módon a sok külön oktatás és gyakorlás szemézetből, csontbántalmakról, beszédkihákról stb. elmaradna. Sokan ugyan nem fogják érteni, hogy az általános higiéné mire kell, holott néhány évvel előbb hallgatták és belőle vizsgáztak. A tény valójában pedig az, hogy az iskolaorvosjelöltek a higiénét nem tudják, a mint azt *Alexander* tanár, a paedagogia tanára kétségtelenül kimutatta. Most hogy legyen jó tanár az, a ki az előadandó tárgyat magát nem tudja? En részéről a higiéné alapos tudását nélkülözhetetlen feltételnek tartom és hábár a legtöbb iskolaorvos nagyon fiatalon jelentkezik a tanfolyamra és így alapos kilátás van, hogy később alaposabb és nem első higiéniai ismeretekre fog szert tenni, mégis mindig a mellett foglalkozni állást, hogy az iskolaorvost a lehető legjobb kiképzetésben kell részesíteni, nehogy későbbi működése hajótörést szenvedjen.

A higiéniai gyakorlatok és kirándulások ellen — remélem — szintén senkinek sem lesz kifogása és így áttérhetek az iskolahigiéné tanítására, mely a legfontosabb az egészben, annál inkább, ha a külön oktatások, melyek ellen jogosan sok panasz merült fel, elesnek, hábár részéről azt hiszem, hogy a hibákon lehetett volna segíteni, egyes előadások elhagyása, másoknak felvétele, az egésznek lehetőleg egy helyen összpontosítása és főleg az előadandó anyagnak helyesebb kiválasztása által. Eddigélé az előadók csúpn egyszer, mult évben részesültek *Fodor* tnr. tanácsaiban; tehát ideje sem volt ezen új rendnek a kikristályosodásra. Ha ezen külön előadások elesnek, a mint az várható, akkor az iskolahigiénére nem elég a heti 3 óra, hanem kell legalább 5 óra. Hozzászámítva 3 paedagogiai, 2 kirándulási, 4 gyakorlati és 4 elméleti órát az általános higiénéből (kevesebbet utóbbira nem lehet számítani, így se sok), akkor heti 18 órára kell a tanfolyamot berendezni, azaz naponta 3—3 órára. A közegészségtani intézet ezen munkatöbbletet bizonyára meg fogja érezni; már most is pang minden egyéb tudományos munka a tanfolyam tartama alatt. Azonfelül pedig feltétlenül szükségesnek tartom, hogy azon tanfolyamhallgatók, a kik a szem- és gerinceoszlopvizsgálatokban, bőr- stb. bajokban nem járatosak, a megfelelő klinikákra begyakorlás, elsajátítás végett beosztassanak. Annál jobb, mentől kevesebbet kell oda utasítani, a mit szigorú selejtezés által a felvételtkor részben szintén el lehet érn.

Az iskolaorvosok kiképzésének eddigi jó eredménye szemmel látható, ha szembe állítjuk őket, működésüket azon orvosokkal, kik a tisztiorvosi vagy törvénytörvényszéki orvosi vizsgát — rövid kurzusok vétele után — leteszik. Az országos közegészségügyi egyesületben az iskolaorvosok tevékeny részt vesznek, az „Egészség” csak azért jelenhet meg havonta, mert van állandó írói gárdája, mely túlnyomólag iskolaorvosokból kerül ki, számos vizsgálatot végeztek a legnehezebb körülmények között, szóval úgy a fővárosban mint a vidéki városokban a haladás elemei. Az orvosi egyetem ezen tanfolyamára valóban büszke lehet és ennek eddigi eredményei sejtetni engedik, hogy mily hasznos lenne, ha a fenti két szakvizsgára szintén az orvosi egyetem képezné ki a jelentkezőket. A szebb jövő reménye ismét dereng az iskolaorvosokra; talán csak nem esalódunk másodsor.

Juba Adolf dr., a közoktatási tanács tagja.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A malariatheoria jelenlegi állása.

Közlő: *Torday Árpád* dr. belklinikai gyakornok.

(Folytatás.)

Daniel megállapította, hogy a malariát a culex-fajhoz tartozó anopheles terjeszti és pedig az anopheles claviger, maculipenis, bifurcatus pseudopictus és superpictus.

Bignami, *Bastianelli* és *Grassi* parasitamentes anopheles fajokkal

malariamentes helyeken malariában szenvedő embereket megcsipettek s az állatokat 28–30° C. melegben tartva, egy részükben a parasitának sexualis fejlődését észlelték, másik részével pedig egészséges embereket csipettek meg s azok a csipés után egy bizonyos idő múlva tertiana, quartana vagy a malariának nyár-őszi alakjába estek a szerint, a minő típusú lázban szenvedő embereket csiptek meg.

Ezen vizsgálatokból kétségtelenül folyik, hogy a malaria a moszkitek által terjesztett megbetegedés, s így autochton vagy helyhez kötött epidemia. A moszkitek nemcsak a moesarak, vizek, erdők és nedves helyek közelében levő helyeken, bokrokon, fatörzsekön stb. tanyáznak, hanem lakóhelyek közelében, házakban, istállóknak és pin-czékben is.

Nappal elrejtőznek, éjjel röpködnek, csak a nőtény csíp. A moszkitek tojásaikat a vízbe rakják; a tojás, a lárvá és a báb a vízben fejlődik, a kifejlett moszkito a levegőben él. A moszkitek keletkezési helyükről nem távolodnak el messzire, a levegőben sem emelkednek magasra, szeles időben buvó helyüket nem hagyják el, nedves, árnyékos helyeken előszeretettel tanyáznak. Fejlődésükhöz 28–30° C. meleg kell s ugyanilyen hőfok szükséges ahhoz is, hogy a malariaplasmodium a moszkitekben kifejlődjék.

A moszkitek két nemzedéke tavasszal és nyáron fejlődik, s így a malaria is nyáron és ősz elején a leggyakoribb megbetegedés; meleg őszi napokon a harmadik nemzedék is kifejlődik és ilyenkor a malariás fertőzés novemberre és decemberre is elhúzódik, decemberen túl egy expedítio sem talált malariafertőzést. A moszkitek nagy része elpusztul a hideg őszi napok beálltával. Egy része a szobákban és lakóházakban meghúzódva tovább él, azonban szúrása télen nem veszedelmes, mert ha malariás egyént meg is csíp, a parasita kellő meleg híján nem fejlődik ki benne.

A madarak a moszkitek ellenségei. A lárvák és bábok a kiszáradásnak, hidegnek és rothadásnak ellentállanak. Nemesak a nedves talajban, hanem a száraz homokban is olykor életben maradnak a lárvák; a tartós hideg elpusztítja őket, azonban ilyenkor is a vizek mélyén életben marad egy részük, mert ott a hó relative olyankor is magas. A malaria azért lép fel csak június végén, mert Koch szerint a moszkitek kikelésére ilyenkor van a legmagasabb hőmérséklet. 10 nap kell körülbelül ahhoz, hogy a malariaparasita a moszkitekben szaporodás után a nyakmirigyekbe jusson s ismét 10 nap arra, hogy az emberben a malariafertőzés létrejöjjön.

A malariaparasita a moszkitekben sexualis (amphigonia Grassi szerint, sporogonia Schaudin után), az emberi vagy állati vérben asexualis (monogonia vagy schizogonia) életet él.

Ha a moszkito malariában szenvedőt megcsíp, gyomrában sporulálás után copulatioa alkalmas protozoa sejtek, azaz mikro- és makrogameták keletkeznek (mikrogameta = spermajét, spermoid; makrogameta = pete, ovoid). A megtermékenyítés perczében megkezdődik az amphigonia vagy sporogonia, s kifejlődik a fűreg, vermis vagy ookinet, a mely gyors mozgással a gyomorfalán átfurakodik s annak külső falán fibro-elastikus köpenybe burkolva kis nagytással is látható cystaként letelepszik. Ross ezen képletet proteosoma coccidiának, Grassi amphiontnak, Schaudin oocystának nevezi. Az oocystában osztódás útján sporozoiták támadnak, a melyek a burok szétpukkadása után az állat hasüregébe jutván, onnan a nyirkkeringés útján az állat összes szerveibe, s így a nyakmirigyekbe is eljutnak, honnan szúrás útján az embervérbe kerülve, ott sporozoitákat képeznek, a melyek továbbfejlődésük és szaporodásuk által malariás rohamokat kiváltanak.

Asexualis élet. A fiatal parasiták a piros vérszékhez tapadnak, mi által az eredetileg golyóalakjuk hasábbá vagy gyűrűvé válik, a melyben egy festetlen magrészetet, egy vagy két pirosra festett magtestecset és egy keskeny, a Romanovszky-féle eljárással kékre festődő protoplasmát különböztethetünk meg. A festéket felvevő protoplasma és a magtestecsek nagyjából peesétgyűrűalakúak. A mint a parasita a piros vérszék rovására rohamosan nő, protoplasmája a magnál csakhamar nagyobb lesz, mert annál rohamosabban nő; a nem festődő mag helyét csakhamar magtestecsek tölti ki, a mely bizonyos nagyságot elérve oszlik, követve a plasma osztódásától, úgy hogy minden új magot keskeny protoplasmaszegély vesz körül; az újonnan képezett plasmából és magból álló képleteket helytelenül spórának nevezik.

A parasiták a piros vérszék állományából pigmentet képeznek, a mely a spóraképződésig a parasitában egy vagy két csomóban látható, a sporulatio kezdetén a közepén foglal helyet, az új spórák kiszabadulásakor pedig a véráramba jut, honnan a fehér vérszék veszik magukba. Az új spórák új piros vérszékbe vándorolnak, a melyekben a fejlődés és asexualis úton való szaporodás újból megindul.

Bár a fejlődés menete minden malariafaj asexualis életfolyamata alatt egyenlő, mégis a parasita külső megjelenése, nagysága, festenyzettsége, fejlődési ideje, a piros vérszékbe benyomuló spórák által kiváltott lázroham megjelenési ideje stb. szerint a malariát újabb időben tanulmányozó szerzők egybehangzó véleménye után három fajta malariát különböztetünk meg.

Ezek: 1. *Plasmodium malariae sens. strict.* (Laveran) vagy a quartana parasita. A piros vérszék belsejében kezdetben 2 μ átmérőjű hasábokat képez, tovább fejlődve, az egész piros vérszék elfoglalhatja, lassan mozog, durván, szemcsézett, rövid, vastag nyujtványokkal bir. Asexualis élettartama 72 óra, a mely idő alatt 6–14 sporozoita képződik, gametái a másik két fajtnál kisebbek. Ha csak egy generatio van a vérben, minden 4-dik nap áll be a láz.

2. *Plasmodium vivax* (Grassi-Feletti) vagy a tertiana parasitája. Jellegző reá az élénk mozgás, a mi miatt finoman szemcsés protoplasma-bizarr alakot ölt. Ostorszálcásai hosszúak és vékonyak. Az amoeboid

test az egész piros vérszék elfoglalja, a parasita fejlődésével egy időben a piros vérszék halaványabbá lesz, határai elmosódnak, benne számos piros pont lép fel, mely annál nagyobb, minél nagyobb a parasita, úgy hogy a piros vérszék e miatt eosinophil-vérszékhez hasonlíthat, a pontozottság haematoxylin festés mellett jól látható. Maurer ezen pontozott képletet a vérszék stromájának tartja, a mely a spórák távozása után pontozott zsákoscska gyanánt marad vissza. Maga a parasita finoman szemcsézett. Asexualis élettartama 48 óra, a mely idő alatt 15–20 sporozoita fejlődik, a spórák ritkán alkotják a Golgi által leirt napförgőalakot. A harmadnapos láz okozója.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

G. Fraisse: Principes du diagnostic gynécologique. Livre I. Paris, Felix Alcan. 1901. 348 l. 5 frank.

A nőorvoslásnak irodalmilag meglehetősen elhanyagolt egyik fejezete, a női betegségek diagnostikája az utolsó években több kiváló művelőre talált. Így Stratz és Veit ide vágó kisebb munkáját csakhamar követte Winter klasszikusnak mondható diagnostikája, s mindkettőt kiegészítette Gebhardt gynaeckologiai kórbonczlástana, valamint Amann és Orthmann histologiai vezérfontalai. De nemesak a német irodalomban, hanem a francziában is csak az utolsó években jelent meg néhány ide vágó, de inkább a szülészeti diagnostikára vonatkozó munka (Faraboeuf, Varnier); a sorosabban vett gynaeckologiai diagnostikával mindeddig csak Berlin-nek egy kisebb vezérfontala foglalkozott.

Az előttünk fekvő munka szintén ezt a feladatot tűzte maga elé, s ezt nagyobb keretben, szélesebb alapokra fektetve iparkodik megoldani. A 3 kötetre tervezett munka bevezető szavaiból kiveszszük, a mi különben sem volt előttünk ismeretlen, hogy a francia gynaeckologusok mennyire hátra vannak a diagnostikában a németek mögött s szerénytelenség nélkül mondva, mi mögöttünk is. Franciaországban, de még Angliában is, csak a legutolsó években lett általánosabbá a combinált vizsgálat, a mely nélkül mi már néhány évtized óta nem tudunk elképzelni alapos gynaeckologiai vizsgálatot s így pontos diagnosist.

Fraisse ezért szükségesnek tartotta, hogy az egyes vizsgálati módokat, a francia szerzőktől megszokott részletességgel tárgyalja s az első kötetben az általános részben az anamnesis felvételén kívül behatóan ismerteti a betegvizsgálatot a rendes keresztcsont-farfekvésben (position de la taille), a keresztcsont-hátfekvésben, az egyszerű hanyattfekvésben (position du massage), továbbá felemelt medencézénél, illetőleg Trendelenburg-féle helyzetben (position renversée), oldalfekvésben s térd-mellkas helyzetben. A végbél-hasfali és egyéb combinált vizsgálati módszerek ismertetése után még az érzéketlenítésről, a tükörvizsgálatról, a méhsondálásról, a diagnostikai méhtágításról tompa eszközökkel és véres úton, a portio lehúzásáról és a Hegar-féle eljárásról (a portio lehúzása combinálva a végbél-hasfali tapintással) emlékezik meg behatóan.

A munkát 14 vázlatos ábra díszíti, a melyek a különböző vizsgálati módszerek leírását a gyakorló orvosra, a ki számára a szerző ezt a munkát különösen írta, érthetőbbé teszik.

Iemesváry Rezső dr.

Schatz: Die griechischen Götter und die menschlichen Missgeburten. Mit 62 Abbildungen im Text. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1901. 8.-adrét. 59 lap. (240 marka).

Schatz céljával tűzte ki, hogy felderítse annak a magyarázatát, hogy a régi görög istenek kultusában miként maradtak fenn nagy számmal oly alakok, melyek a tökéletesség fogalmának szemkiképes sem felelnek meg. Ezek közt egyenként taglalja az egyszemű Polyphemost, a Cyclopsokat, a Najadokat vagy Sireneket, a Janusföt, a Harpiákat, a Centaurokat, az ephesusi Dianát, a Gorgomedusát, a Cerberust stb.

A syncephal-okat a Zeus fejéből kiugró Athenevel hasonlítja össze, a máj ektopiáját Prometheussal, az epignath alakokat a gyermekeikt felfaló Kronos-szal stb.

Schatz mind e példákat az ő új elméletével magyarázza s viszont annak támogatására hozza fel, mely szerint mindeme Homeros-előtti torzszülött megannyi kísérlete a természetnek az emberi forma tökéletesítésére. Hogy elmélete megállja-e a helyet vagy sem, ez határkérdést fog képezni. A nyelvészeknek, miként az archaeologusoknak szavát is meg kell hallgatni előbb, mielőtt végelegesen döntenék felette. Azt hiszem, a nyelvészek ellene fognak szólani az elméletnek. Mert ezirányú litterarikus feljegyzések ha lettek volna, Schatz bizonyára súlyosan latba eső argumentumokként mellékelte volna azokat.

Bármerre dőljön a kérdés, Schatz új ideát vetett be a régi mythologiába, melyet mindenki hajlandó volt már egy megkövesedett alkotásnak tekinteni.

Györy.

Új könyvek. Erb: Bemerkungen zur Balneologie und physikalisch-diätetischen Behandlung der Nervenleiden. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — Matthes: Spätblutungen ins Hirn nach Kopfverletzungen, ihre Diagnose und gerichtsarztliche Beurtheilung. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — Fraenkel: Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — Nonne: Syphilis und Nervensystem. Berlin, S. Karger. — Gottstein: Technik und Klinik der Oesophagoskopie. Jena, G. Fischer. — Mendelsohn: Über die Nothwendigkeit der Errichtung von Heilstätten für Herzkrankhe. Berlin, Reimer. — Bonhoeffer: Die acuten Geisteskrank-

heiten der Gewohnheitstrinker. Jena, G. Fischer. — Hofmeister: Die chemische Organisation der Zelle. Braunschweig, Vieweg und Sohn. — Mörchen: Über Dämmerzustände. Marburg, Elwert. — Kuhn: Über eine Impfung gegen Malaria. Leipzig, Barth. — Korn: Der Arzt. Hannover, Jänecke. — Weinberger: Atlas der Radiographie der Brustorgane. Wien, Engel. — Leube: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. Sechste Auflage. Leipzig, Vogel. — Paul: Die Bedeutung der Ionentheorie für die physiologische Chemie. Tübingen, Pietzcker. — Heim: Die nervöse Schlaflosigkeit, ihre Ursachen und ihre Behandlung. Bonn, F. Cohen. — Goldscheider und Jacob: Handbuch der physikalischen Therapie. Theil II. Band I. Leipzig, G. Thieme. — Dutal et Guillain: Les paralysies radiculaires du flexus brachial. Paris, G. Steinheil. — Hahn: Des pré-maturés: caractères, pronostic, traitement. Paris, G. Steinheil. — Roger: Les maladies infectieuses. Paris, Masson et comp. — Arthus: Éléments de physiologie. Paris, Masson et comp. — Mendes: Études de clinique chirurgicale. Paris, O. Berthier. — Seytre: La fièvre des tuberculeux et son traitement. Paris, Vigot frères. — Metchnikoff: L'immunité dans les maladies infectieuses. Paris, Masson et comp. — Kovalevski: La migraine et son traitement. Paris, Vigot frères. — Brouardel: Les empoisonnements criminels et accidentels. Paris, Bailliére et fils. — C. G. L. Wolff: A laboratory handbook of urine analysis and physiological chemistry. London, W. B. Saunders. — Lauder Brunton: On disorders of assimilation, digestion etc. London, Macmillan and Co. — Eadweard Muybridge: The human figure in motion: an electro-photographic investigation of consecutive phases of muscular actions. London, Chapman and Hall.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A végbélirrigációk befolyásáról az ép és kóros állati hőmérsékletre ír Atabékiantz, beszámolván kísérleteiről, melyeket kutyákon végzett azon célból, hogy megtudja, vajjon a végbélbe vezetett double-courant különböző hőfokú víze képes-e az állat testhőmérsékét befolyásolni. E célra használt egyszerű készüléke két catheter volt, melyek egyik a bizonyos magasságba állított víztartóval, másika pedig vízfelfogó edénnyel függött össze; előbbi a víz bevezetésére, utóbbi az elfolyás biztosítására szolgált.

Ilyfőrra berendezéssel meggyőződhetett arról, hogy aránylag melegebb (24° C.) víznek is 40 percig való alkalmazása elegendő, hogy az állat hónaljban mért hőmérsékét észrevehetőleg (1-2°) leszállítsa; ha a víz hőmérsékét kissé emelte vagy csökkentette, vagy pedig e helyett hosszabb, illetőleg rövidebb ideig tette ki hatásának az állatot, az eredmény nem igen változott; mindegyik esetben a hőmérsék 1-2°-2-10°-kal csökkent.

Egyszerű számítás által kitünik az, hogy itt nem lehet szó egyszerű fizikai folyamatról, vagyis az állat hőmérsékészkökenése nem felel meg az elhasznált víz felmelegedésének calorikában, mert a test vesztett melege ennél sokkal nagyobb: több mint kétszerese. Egészen kizárja az egyszerű fizikai hőátadást azon körülmény, hogy a testnél magasabb hőmérsékű vízzel történő irrigationál is az előbbi eredmény jött létre, vagyis az állat hőmérséke ekkor is csökkent. Szerző szerint mindenestre valamely reflexfolyamat az, mely e hőcsökkenést létrehozza akár a hőtermelés csökkentése, akár a hővesztés fokozása által.

Azonkívül egy sajátos tény derített fel Atabékiantz, t. i. hogy az állatok tapasztalat szerint rendes 38-39°-nyi testhőmérsékében az irrigatio által létrehozott kezdeti hirtelen esés után újból emelkedés következik be, még akkor is, ha az irrigatio tovább, illetőleg folyvást tartott, körülbelül 38°-ig, a mely magasságon a hőmérsék megmarad. Hogy ezt a sajátosságát szerző megmagyarázassa, felveszi, miszerint a normalis testhőmérsék 2 részből tevődik össze és pedig egy úgynevezett állandó hőmérsékből, a mely alacsonyabb, mint a mit a thermometer rendszeren az illető állatnál mutat, s a mely többé-kevésbé változatlan (kutyánál körülbelül 38° C.), és egy úgynevezett rezerv hőmérsékből, a mely az egyén, illetve annak állapota szerint változik.

Genyenek vagy putrid anyagoknak bőr alá fecskendezése által lázassá tett kutyáknál az irrigatio 16 eset közül 14-ben adott azonos eredményt: félórás állandó irrigatio a lázhőmérsék leesését hozta létre, s csak két esetben maradt ki a hatás. Eredeti magasságát a hőmérsék csak egy vagy két óra múlva érte el. Itt is, úgy mint az egészséges állatnál, a szervezet jóval több caloriát veszít, mint a mennyit a végbélben átömlő víznek ad át.

Remélhető, hogy a végbélirrigációk double-courant-nal, melyek abszolút veszélytelenek, a klinikai gyakorlatban is érvényesülnek, és a kóros hőemelkedések leküzdésében hathatós, és e mellett veszély nélküli eszközül szolgálnak. (Thése de Genève, 1901.) Sz. J.

Belgyógyászat.

A táplálék befolyását az epilepsiára vizsgálta Schlöss és eredményeit a következő pontokban foglalja össze: 1. Kizárólagos tej- vagy növényi táplálkozás esetén a rohamok száma genuin epilepsiánál épen úgy nem eszik, hogy nem emelkedik kizárólagos hústáplálék mellett. 2. Konyhasóban szegény táplálék, egybekötve bromsó adagolásával, csökkenti a rohamok számát, pszichikai tekintetben azonban nem okoz változást. Konyhasóban szegény táplálék mellett a betegek nagyon elgyengülnek és testsúlyuk csökken. 3. Zsírban és savakban dús diéta nem változtat a rohamok számán. 4. Mérsékelt alkoholadagok — 1 liter könnyű sör naponként — nem növelik a rohamok számát. (Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 46. szám.)

Gerinczvelő-daganat műtévése. Henschen és Lennander egy 50 éves katona esetét közlik, a kinek az 5. háti gyök magasságában a gerinczvelőt nyomó fibrosarcomája volt. A beteg kezei és lábai majdnem teljesen bénultak voltak. A 3 cm. hosszú tumor eltávolítása után a beteg állapot javult. 8 hónappal a műtét után a beteg nemesak járni, de ugrani is tudott és kézzelmozgása erős volt. (Ref. Rev. neurol. 1901. október 30.) ts.

A diabetesesek számára való kenyerek. W. Camerer érdekesen illusztrálja, hogy a cukros húgyárban szenvedőknek ajánlott úgynevezett pótkenyerek majdnem annyi szénhidrátot tartalmaznak, mint a közönséges kenyér. A világos aleuronat kenyér 50-30%, a sötét aleuronat kenyér 63-70%, Rademann kenyere 41-50%, Gericke pótkenyere 46-70%, Gericke kétszersültje 58-40% szénhidrátot tartalmaz. Ha meggondoljuk, hogy a közönséges házi kenyér 50-60% szénhidrátot tartalmaz, és hogy e pótkenyerek ize surrogatumok által meg van rontva, ezélszerűen járunk el, ha a cukros betegeknek ajánlott kenyerek rendelésétől óvakodunk. (Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther. V. k., 3. f.)

Sebészet.

A húgycsőnek végbélbe implantatiojáról értekeznek Eiselsberg klinikáján észlelt eset kapcsán Rosenstein. A műtétet epis spadiasissal complicált incontinencia miatt végezték; az operatio azonban csak múló eredményre vezetett, rövid idő alatt az incontinencia újra előállt, sőt a beteg állapota az urethrába ültetett résznek stricturája által is súlyosbodott, úgy hogy Witill-féle ferde sipolyt kellett a beteg hólyagján készíteni. Ezen a sipolyon át a vizelet jól ürül s teljes continencia is áll fenn; a sipoly környékén a bőr abszolút ép s a beteg állapota lényegesen megjavult. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 60. kötet, 3. és 4. füzet.)

Pólya dr.

A duodenalstenosis sebészi kezelése. Siegel szerint a gastroenterostomia által duodenalis fekélyek és stenosisok gyógyulása kedvezően befolyásoltatik, a mennyiben az epe- és pancreasváladék nem izgató anyira, mint a táplálék.

Ujabbán Ladevése a gastroenterostomiát egyes esetekben az úgynevezett duodenoplastica által akarja helyettesíteni, melynek előnye a gastroenterostomia felett az, hogy a természetes utat állítja helyre. Ezen eljárás azonban csak akkor alkalmazható, ha adhaesiok még nincsenek. Ellenben, ha az adhaesiok már nagyok, a gastroenterostomiát kell alkalmazni. (Mittheil. a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie, 8. kötet, 1. és 2. füzet.) Gerő dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A terhesség tartamának meghatározására, és főleg a forensis szempontból fontos túlhordás kérdésének tisztázására Winckel F. 30500 klinice észlelt szülési esetet dolgozott fel. A túlhordás kérdésére nézve a vélemények még igen eltérők; míg pl. Schauta, Zweifel, Kleimüchler annak lehetőségét tagadják, addig Gusserow, Kivisch, Tarnier a terhesség tartamának felső határát 300-308 napot, sőt O'shausen, Credé, Ahlfeld és mások 310-339 napot vesznek fel. Winckel a rendelkezésre álló nagy anyagból kiválasztja az 52 cm.-nél hosszabb és 4000 gm.-nál súlyosabb, tehát a túlhordottság gyanúját keltő újszülöttekre vonatkozó eseteket és az így nyert 1007 esetben vizsgálja a terhesség tartamát. Bizonyos adatokat az utolsó hószámra, illetve a termékenyítő közönsülésre vonatkozólag (36) 381 anyától sikerült szerezni; ezek közül a szülés 31-nél (11%) 300-322, átlagban 311 nappal következett be az utolsó hószám első napja után. A szóban forgó terhességeket tartamuk szerint 10-10 napi csoportokba osztva kiderül, hogy az esetek 38%-ában a terhesség tartama 281-290 nap volt, míg 33-80%-a még tovább tartott vagyis a nagysúlyú magzatok 71-80%-a túlhordottnak bizonyult. Ez eredményt az összanyaghoz viszonyítva kiderül, hogy minden 233 szülésre esik egy (0-4%) szokatlanul nehéz magzat 303-336 napi terhességi tartammal. A 4000 gm.-on felüli magzatnál a terhesség tartamát átlagban hószám szerint számítva 286-7 napnak, közönsülés szerint (36 eset) 275-0 napnak találta (különbség átlag 11-7 nap). Issmer 1220 rendes súlyú újszülöttnél a terhesség átlagos tartamát hószám szerint 278-52 napnak találta, a mi tehát a nagysúlyú újszülöttekre nézve 8-22 napi túlhordást jelentene. — W. 30 évi gyakorlata alatt 6000 gm.-os magzatot nem látott; 5000-5350 gm. közöttit is csak ötöt.

Az irodalomban 19 közleményt talál túlhordott magzatokról, de csak 10 állja meg a szigorú kritikát. Ezek közül 6 esetben a magzat súlya 5350 gm.-nál nagyobb. (Legsúlyosabb a Martin-féle: 7470 gm. egy és vér nélkül!) Ha a Winckel-féle esetek átlagos túlhordási ideje 8 nap volt, ezeknél 2-3 hétre kell azt tennünk. A feljegyzésekben tényleg 291-336 napos terhességekről van szó.

A túlhordás okairól keveset tudunk; Pinard családi bajlamosságot vesz fel, Olshausen a szűk medenczét, Martin K. a terhes túlságos kímélését tartja disponálónak. Ez irányban még tüzetesebb kutatásra volna szükség. (Samml. klin. Vorträge, 1901, 292-293. szám.)

Adler Oszkár dr.

A kisajkak tömlőiről ír Blum Agnes. A kisajkak tömlői származásuk szerint három csoportba oszthatók:

1. Tömlők, a melyek a kisajkak rendes alkotórészeiből származnak (idiopathiás cysták);
2. Tömlők, melyek a kisajkakban pathologiai módon jelenlevő képződményekből származnak (heterotopiás cysták). Ezek ismét lehetnek olyanok, a melyek a kisajkakba jutott elszórt ébrényi csirokból fejlőd-

nek, vagy pedig olyanok, a melyek az ajkak hámból kóros módon képződött mirigyekből fejlődtek;

3. tömlők, a melyek állítólag egy rendellenes módon a kisajkakban végződő s az ébrényi időből fennmaradt Gärtner-féle csőből veszik eredetüket [Kystes Wolffens]. (Arch. f. Gynäk. 62. k. 1. f. 1901.)

Neumann Szigfrid dr.

Börkörtan.

A petrosulfolt, mely az ichtyolhoz hasonló kéntartalmú anyag, Ehrmann főleg erős pikkelyekkel fedett ezemafelületeken (eczema keratoide-nél), eczema en plaquards-nál s a csoportosított follicularis eczema-nál használja kenőcs alakjában: Rp. Petrosulfoli 4.0, Unguent. caseini 20.0—40.0; vagy pasta alakjában: Rp. Petrosulfoli 6.0, Lanolini, Vaselinae aa 20.0, Zink. oxyd., Amyli aa 10.0. Oldatban sycosisnál s eczema pustulosumnál alkalmazta jó sikerrel. (Dermat. Centrallbl. 1901. 7. füzet.)

Szabóky dr.

Arsennel kezelt bőrsarcoma esetét írja le Pospjelow. 50 éves, különben egészséges nő, orra hegyén vörös foltot vett észre, mely daganattá nőtt s kiirtatott. Nemsokára recidivált s ekkor a vizsgálat sarcómát derített ki, mely a környező szövetekkel úgy össze volt nőve, hogy operációról szó sem lehetett. Szerző ez okból ázsiai pilulákat adott, daganata huzamosabb használata után a daganat lassan visszafejlődött. A betegnél ezután influenza s herpes zooster lépett fel, mikor is a daganat ismét megnőtt. E mellékhatalmak lezajlása után beteg délvídekre ment s tovább szedte az arsen-t s itt teljesen egészséges lett, daganata végkép, maradandóan visszafejlődött.

Egy másik esetben 25 éves férfit kezelt, kinek lábán multiplex sarcomája volt, mely részben exulcerált; arsen-injectiókkal az álképlet maradandóan visszafejlődött. (Monatshefte für prakt. Dermat. 1901.)

Kelenen Géza dr.

Veneréás bántalmak.

A syphilis kezeléséről a graviditás alatt értekezett Gaucher és Bernard. A foetalis syphilis prognosisa nem oly kedvezőtlen, mint azt általában hiszik, feltéve, hogy a gravidánál az antisiphilitikus beavatkozás a kellő időben fogantatosítottatik. A graviditás tartama alatt alkalmazott therapia főelvei: a kezelést a biztos diagnózis felállítását követően meg kell kezdeni s az egész graviditás alatt megszakítás nélkül kell folytatni. Előny adandó az oldható higany sóknak, a sublimat belső s a hydrarg. benzoatum alkalikus oldala subcutan alkalmazásának. A hydrarg. benzoatum injectiókat napi 0.02 gm. adagolás mellett egy hónapon át, s utána belsőleg pro die 2 sublimat-pilula (à 0.01 gm.) adagolását ajánlják 15—20 napon keresztül. 10—14 napi nyugalom után a kezelés újra kezdendő, s javultnak tartják annak folytatását egészen a graviditás befejezéséig. Nephritis esetén a higanyadagok redukálása válik szükségessé. (Journal des praticiens. 1901. 2. Mars)

Poór dr.

Variola közbejötté miatt súlyosbodott syphilis esetet látott Du Castel. Egy fiatal leány, ki miután 18 hóig enyhe syphilisben szenvedett, variolát acquirált. Az intercurrentis betegség tartama alatt a lues nem befolyásoltatott, ellenben a lábadozás kezdete után mindjárt az egész testen, de főleg az alsó végtagokon nagyszámú ulcerosus syphilitidek jelentkeztek. (Annal. de dermatologie et de syphiligraphie. 1901.)

Szabóky dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az orrnyálkahártya idegein jelentkező feltűnő jelenség nasalis reflexneurosisoknál. Gyakran alkalmazott therapiák eszköz ma már egyes megbetegedéseknél (asthma, hemicrania stb.) az orr gyógykezelése által a tüneteket megszüntetni. Azonban nem minden orrpolypus vagy nyálkahártyaduzzanat okoz reflectorikus megbetegedést; ez indította Lévy-t arra, hogy a reflectorikus megbetegedést korszóvettanilag megvizsgálja. Figyelmét főleg az idegekre irányítva, azon felfedezésre jutott, hogy az eltávolított nyálkahártyarészletekben a feltűnően számos és vastag idegágacsok közvetlen és szorosan a nyálkahártya szabad felülete alatt futnak és ebből joggal következtetheti, hogy a peripherikus inger ezen számos, fellületesen futó idegcsövek könnyebben fejtheti ki hatását reflectorikus betegségek létrehozására. (Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie, XII. kötet, I. füzet.)

Pollatschek dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Bronchectasiáknál a következő orvosságok rendelkezők: Rp. Terpin. hydr. 5.0; Pulv. ipecae. opiat. 3.0; Plumbi acetici 1.0 M. f. pil. No. 30. Naponként 3 labdacot bevenni. Rp. Guajacoli, Sol. arsen. Fowleri aa 8.0; Eucalyptoli 4.0. Reggel és este 20 cseppet bevenni. (Centralblatt f. d. ges. Therapie, 1901. 9. szám.)

Alsárfekélyeket Rank a következő összetételű kenőccsel kezel: Rp. Camphorae trit. 0.3; Olei olivarium, Liq. plumbi acetici aa 2.0; Ungu. hydrargyri praecip. alb. 36.0. M. f. ungu. D. S. Külső használatra. Eredményei állítólag nagyon jók. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1901. 33. szám.)

Epididymitis gonorrhoeica gyógyítására Coon az unguentum Credé-t ajánlja. Az eljárás következő: naponként kétszer 2—4 gramm unguentum Credé-t dörzsöltefünk be a beteg helyen, azután a scrotumot vattába burkolva suspensorium segítségével felkötjük; ezen eljárást addig folytatjuk, míg minden érzékenység megszűnt, a mi átlag 10—15 nap alatt következik be. (St. Paul Medical Journal, 1901. junius.)

A tannigenről irt közleményében Tausig azt mondja, hogy a legjobb eredményeket ezen szerrel gyermekek subcut és idült bélhurutjainál érte el. A 3—4. napon többnyire már rendes volt a bélsár állása. 2 éves korig 1/4 grammot, ezen túl 1/2 grammot ad 4—5-ször naponként. Ajánlja, hogy a hurutos tünetek teljes megszűnése után is még egy ideig használtassuk a szert kicsiny adagokban; káros következményeket, az étvágy vagy emésztés megromlását sohasem látta. A bélsár gyakran megfeketedik. Heveny bélhurutok kezdeti szakában nem egészen biztos hatású a tannigen; ilyenkor jobb calomett használni s csak akkor nyúlni a tannigenhez, a mikor a székletét már catarrhalis jellegűt öltött. Bélgümőkórnál nem sok haszna van a tannigen igénybevételének. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1901. 50. sz. n.) Schweiger haemorrhagiás vastagbélhurutoknál (úgynevezett bosnyák betegség) használja jó eredménnyel a tannigent. Igaz ugyan, hogy ezen rövid tartamú betegség ricinus-olaj és opium használata mellett is többnyire hamar gyógyul; sok esetben azonban az opium okozta peristaltika-csökkenés folytán beálló bélfelfúvódás oly nagyfokú zavarokat okoz, hogy újból hashajtó szerhez kell folyamodni, míg tannigen használata mellett 0.5 gramm 3-szor naponként) a betegség ép oly gyorsan gyógyult minden kellemlenség nélkül. Idült dysenteria néhány esetében szintén jó eredményeket látott szerző tannigen nagyobb adagainak (1 gramm 3-szor naponként) hosszabb időn át használata után. (Heilkunde, 1901. 7. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1901. 50. szám. Meisels Vilmos: Kisérleti adatok az újabb húgysavoldó szerek értékéről. Feldmann Ignác: Gumma a parotisban. Bujakóros gégeszfikület. Izomgummák. Sternberg Géza: A vidéki gyakorlatból.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 50. szám. Eisenberg és Volk: Vizsgálatok az agglutinációról. Pilez: A pyramisok működése emberben. Urbantschitsch: A pulszszámok mechanikai viszonyok okozta változása. Neugebauer: Gerincezvelő-analgesia tropacocainnal. Zentner: Felső oldalsó hasfal-sérv. Klein: A szabad orvosválasztás.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 50. szám. Katz: A chemia a gyakorló orvos szolgálatában. Kornfeld: A gümőkór prophylaxisa. Greve: A caries alveolaris specifica lényege és differential-diagnosisa. Fiser: A szemgödör betegségei. Cantalupo: Az idegközpontok finomabb elváltozásai általános aethylchlorid-narcosis után. Nielsen: A syphilis aetiologiája. Turck: Néhány módszer a shock és infectio megelőzésére sebészeti műtétknél.

Wiener medicinische Presse, 1901. 50. szám. Federn: Az ulcus durum kezelése. Defranceschi: A csontthártya sebzése magában véve nem tekintendő súlyos sértésnek. Herz: A periferiás vérkeringési rendszer neurosiai (vasomotorius ataxia).

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 50. szám. Ehrlich: A vér védőanyagai. Pfeiffer: Choleraamboceptorokkal megakott cholera-vibriok immunizáló hatása. Abel: A Danysz-féle bacillus használhatósága patkányok kiirtására. Bickel: A mozgászavarok analysise. Rothschild: Alvadékszerű képletek a vizeletben. Katz, Ribbert: A carcinoma parasiták aetiologiája. Löschmann: A granulosis állami leküzdése. Steiner és Bischoff: Sanatogen. Müller: Az actinotherapia elmélete. Salomonsohn: Az enteropitium és ptosis kezelése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 50. szám. Baumgarten: Haemolysis heterogen serumban. Saul: Adatok a typhus-bacillus és a bacterium coli commune morphológiájához. Abu: Kiterjedt bélresectiook megengedhetőségének határai. Kuttner: Loecospas, atonia és gastropstosis. Stiller: Még egy szó a gyomoratoniaról. Borchartd: Lumbalis sérvék és rokon állapotok.

Centralblatt für innere Medicin, 1901. 38—43., 45, 46, 48—50. szám. eredeti közleményt nem tartalmaz. 44. szám. Braun: Az első hang keletkezése a szív alapján. 47. szám. Grünbaum: A pulzus-számlálás methodikája.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 49. szám. Weischer: A hólyag szűrt sérülése a foramen ischiadicum majus-on át.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 50. szám. Waldstein: További adat a rák-statistikához. Menge: A dysmenorrhoea lényege. Schaeffer: A terhesség korán megállapíthatásának új tünete.

Le bulletin médical, 1901. 96. szám. Malherbe: Rhinopharyngitis. Rappin: A huygany hatása gümöbaccillus-tenyészetekre és gümőkóros tengerimalaczokra. 97. szám. Méry: Lymphadenia splenica esete.

La presse médicale, 1901. 99. szám. Brissaud: Longitudinalis és transversalis thermo-analgesias syringomyelia. Babes: Az új kórtani és bakteriologiai intézet Bukarestben. Marinet: Hermophenyl mint anti-septicum és antisiphiliticum. 100. szám. Josias és Tollemer: Generalizált lymphoma malignum 9 éves gyermeknél. Hirtz és Delamare: Generalizált staphylococcus-betegség typhushoz hasonló alakja. Marinet: Bronchoplegiás bronchitisek kezelése.

Progrès médical, 1901. 50. szám. Guépin: Prostata- és hólyag-újképletek rectalis ulceratioja.

La semaine médicale, 1901. 51. szám. Maurans: A diphtheria-halalozás ingadozásai közvetlen összefüggésben állanak-e a gyógyítási módszerekkel? 52. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 49. szám. Van Duyse: Mindkét szem arteria centralis retinae-jének emboliája. Wybauw: A chlorosis és a Basedow-kór közötti összefüggés.

British medical journal, 1901. december 14. *T. R. Jessop*: Nephrectomia, nephrolithotomia és lithotomia. *R. W. Philip*: A tüdőgümőkór sanatoriumi kezelése. *R. H. Steen*: Electro-thermikus paraffin-fürdő. *J. H. Redfern és Gervase Newby*: Légzés nélkül született gyermek felélesztési kísérlete. *T. R. Smith*: Little-féle sérv. *A. E. Kennedy*: Sérv a köldökzsinórban. *C. W. Smeeton*: Sebészi emphysema karsebés után. *J. D. Windle*: Rubeola. *Lancelot M. Breton*: Szülés alatti haemorrhagia szokatlan okból. *W. J. Collins*: Dysenteria okozta májtályog műtött esete. *W. Calwell*: Szívbillentyűbaj sérülés után.

The lancet, 1901. II. 24. szám. *T. R. Jessop*: Nephrectomia, nephrolithotomia, lithotomia. *Th. Bryant*: Mintakórház. *B. G. A. Moynihan*: Duodenalis fekély és sebészi kezelése. *Ch. Todd*: Bakteriumtoxin okozta kísérletes haemoglobinuria. *A. Macgregor*: Vándorvese okozta dyspepsia. *B. E. Myers*: Idült orrvérzés (vikariáló menstruatio?). *S. Snell*: Fejfájás megszüntetése a szemek fénytörési rendellenességének megjavításával. *A. Graham-Simpson*: A pestis Indiában. *E. C. B. Ibbotson*: Megjegyzések némely bőrbajról. *T. Carvantine*: Spontan bélruptura. *Isambard Owen*: Landry-hűdéshez hasonló acut paralysis.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 49. hetében (1901. december 1-dikétől december 7-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elve született 401 gyermek, elhalt 253 egyén, a születések tehát 149-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 28.0 — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.6 az egy éven felüli lakosságnál: 14.6, az öt éven felüli lakosságnál: 14.2 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 2, pertussis 0, morbilli 2, scarlatina 10, variola 0, variella 1, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 12, apoplexia 6, eclampsia 6, szervi szívbjaj 16, pneumonia 17, pleuritis 2, pneum. catarrh. 3, bronchitis 6, tuberculosis pulmonum 39, enteritis 11, carcinoma 16, ezek közül méhrák 7, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 8, veleszületett gyengeség 15, paedatrophia 2, marasmus senilis 13, erős szakszok halálca 10, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 5, bal eset 4, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2998 beteg, szaporodás e héten 861, csökkenés 779, maradt e hét végén 2080 beteg. B) Heveny ragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1901. évi december 3-ától december 9-dikéig terjedő 48. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 47 (39), diphtheria, croup 20 (29) hagymáz (typhus) 3 (4), kanyaró (morbilli) 94 (127), trachoma 1 (11), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 16 (9), orbáncz (erysipelas) 20 (19), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (0) jarv. fültömírgyömb 21 (13), ezenfelül varicella 73 (77).

— **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület f. hó 17-diki ülésén következő választások történtek: **I. számú női klinika:** I. tanársegéd *Walia Béla* dr., poliklinikai tanársegéd *Lovrich József* dr., II. klinikai tanársegéd *Wenczel Tivadar* dr., díjazott gyakornokok *Windisch Ödön* dr. és díjazatlan gyakornokok *Horráth Ferencz*, *Kenéz Kálmán*, *Kerntler Jenő*, *Kornhauser Dezső*, *Rotter Henrik* és *Záborsky István* dr.-ok. **II. sz. belklinika:** díjazott gyakornok *Hager Péter* dr., díjazatlan gyakornok *Veres Pál* dr. **Bőrkórtani tanszék:** I. tanársegéd *Szabóky János* dr., díjazott gyakornok *Podr Ferencz* dr. **I. Kórbonczatani tanszék:** díjazatlan gyakornok *Konrad Jenő* dr. **Szemészeti:** díjazott gyakornok *Fekete Sámuel* dr.

⊕ **Kéty Károly** tanárnak udvari tanácsossá történt kintüntetéseinek megünneplésére f. hó 18-dikán a „Budapesti Orvosi Club” saját helyiségeiben diszvacsorát rendezett, melyen *Kéty* tanárt, mint a club elnökét, vidám hangulat mellett melegen üdvözölték.

— **Orvosi összejövetel.** A fő- és székesfővárosi VII. kerületi orvos-társaság f. hó 12-dikén, a *Terézvárosi orvosi társaság* f. hó 13-dikán tartották barátságos havi összejöveteleiket.

□ **A Nobel-díjak kiosztása** Stockholmban a trónörökös és királyi család jelenlétében f. hó 10-dikén folyt le. Négy, egyenként 208,000 franknyi összegű díj adatot ki. Az orvosi díjat *Behring* (Halle), a chemiát *van t Hoff* (Berlin), a physikait *Röntgen* (München) kapta. A negyedik díjat *Henri Dunant*-nak, a genfi Conventio megalkotójának, ítélte oda a christianiai parlament díszülése.

⊕ **Az orvosi kör országos segélyegyesület pénztárába** befizettek: *Breuer Mór* dr. (1901), *Daday Vilmos* dr. (1901), *Barta Márton* dr. (1900—1901), *Bertalan Pál* dr. (1901), *Kelemen Adolf* dr. (1901), *Dózsa Pál* dr. (1901), *Berger János* dr. (1901), *Bolgár Lőrincz* dr. (1900—1901), *Maros-Tordavármegye orvos-gyógyszerészegylet* (1901), *Biró Géza* dr. (1901), *Bakó Péter* dr. (1901), *Frommer Ignác* dr. (1901), *Engel Imre* dr. (1901—1902), *Clementis Géza* dr. (1901), *Danis Lajos* dr. (1901), *Bernády Dániel* dr. (1901), *Dembitz Sándor* dr. (1901), *Czukur Lajos* dr. (1899—1901), *Heller József* dr. (1901), *Fischer Lipót* dr. (1901), *Hevesi Imre* dr. (1898—1901), *Halász Henrik* dr. (1901), *Dudich Endre* dr. (1901), *Gonda Péter* dr. (1901), *Hubert Bernát* dr. (1899—1901), *Gusbeth Ede* (1901—1902), *Glück Soma* dr. (1901), *Gara Leó* dr. (1900), *Friebsz Alajos* dr. (1901), *Jelaschich Károly* dr. (1901), *Krieser Jakab* dr. (1901), *Kovács József* dr. (1901), *Leszner Rezső* dr. (1901), *Gust Henrik* dr. (1900), *Grün Jakab* dr. (1901), *Kovács Lajos* dr. (1901), *Kelemen Izidor* dr. (1901), *Szöke Mór* dr. (1900—1901), *Komáromi Gyula*

dr. (1901), *Koreck József* dr. (1901), *Keith Károly* dr. (1901), *Horl Péter* dr. (1901), *Spuller József* dr. (1901), *Jáni Ferencz* dr. (1901), *Gemal László* dr. (1901), *Lechner Károly* dr. (1901), *Kenyeres Balázs* dr. (1901), *Stein Ferencz* dr. (1901), *Jeszenszky Béla* dr. (1901), *Kovács György* dr. (1901), *Krieser Arnold* dr. (1901), *Steinfeld József* dr. (1901), *Náray Pál* dr. (1901), *Láng Frigyes* dr. (1901), *Décsi Mór* dr. (1901), *Nagy Ottó* dr. (1901), *Wertner Mór* dr. (1901), *Fridrich Alajos* dr. (1901), *Sümegei Jakab* dr. (1901), *Strasser Viktor* dr. (1901), *Radó Adolf* dr. (1901), *Gergő Samu* dr. (1901), *Engel Gábor* dr. (1901), *Possevitz Albert* dr. (1901), *Ajkay Endre* dr. (1901), *Lesslauer Lipót* dr. (1901), *Rózsai Mór* dr. (1900), *Pollák József* dr. (1901), *Ruber József* dr. (1901), *Rüll János* dr. (1901), *Sélei Imre* dr. (1900), *Kronstein Vilmos* dr. (1901), *Papp Gábor* dr. (1901), *Szulek Károly* dr. (1901), *Salgó Jakab* dr. (1900), *Révész Zsigmond* dr. (1900), *Khor Dezső* dr. (1901), *Wenczel József* dr. (1901), *Tenner Vilmos* dr. (1901), *Pávai Vajna Gábor* dr. (1901), *Zsigárdi Aladár* dr. (1900—1901), *Magyar Károly* dr. (1900—1901), *Sommer Antal* dr. (1901), *Topay József* dr. (1901), *Zakovich István* dr. (1901—1902), *Megay Gyula* dr. (1901), *Medveczky Károly* dr. (1901), *Unger Mátyás* dr. (1901), *Schönfeld dr.* (1901), *Reichardspereg József* dr. (1901), *Zsiga Mór* dr. (1901), *Weber Ignác* dr. (1901), *Lang Jakab* dr. (1901), *Plesz Salamon* dr. (1901), *Rameshoffer Sándor* dr. (1901), *Mahrer József* dr. (1901), *Samek Fülöp* dr. (1901), *Nyári János* dr. (1901), *Mezei Gyula* dr. (1901) *Mijó Kálmán* (1901), *Neumann János* dr. (1901), *Belle Gyula* dr. (1898—1901), *Vajda Károly* dr. (1901), *Lövy László* dr. (1901—1902), *Szekeress József* dr. (1901), *Jáor Béla* dr. (1901), *Hermann Manó* dr. (1901), *Lövy Jakab* dr. (1901), *László Kálmán* dr. (1901), *Szekeress Oszkár* dr. (1901), *Steger Kálmán* dr. (1901), *Györgyi József* dr. (1901), *Taufer Jenő* dr. (1901), *Pamer Albert* dr. (1901), *Steiner József* dr. (1901), *Király Gáspár* dr. (1898—1901), *Milch Márk* dr. (1901), *Szegedi Kálmán* dr. (1901), *Wapenstein Henrik* dr. (1901), *Gerő Mór* dr. (1900—1901), *Simontschitsch Mátyás* dr. (1901), *Zemplén vármegyei orvos-gyógyszerészegylet* (1901).

Szegő Kálmán dr. (Abbazia) 200 koronát, mint évi adományt küldött.

Bleyer Miksa dr. budapesti gyakorló orvos 25 éves orvosi jubileuma alkalmából 50 korona adományt juttatott a segélyegyletnek. Budapest 1901 december 13-dikán. *Katona József* pénztáros

△ **Tanfolyam hibás beszédűek számára.** A vallás- és közoktatásügyi miniszter f. évi 85715. sz. rendelkezése értelmében a siketnémák väzsi kir. országos intézetében, a gyógypaedagogiai tanárképzővel kapcsolatban a dadogók és egyéb beszédhibákban szenvedők számára a jövő 1902. év január 3-án beszédgyógyító tanfolyam nyílik. E tanfolyam öt, esetleg hat hónapig tart. Felvételt nyerhetnek rá mindkét nembeli hibás beszédű növendékek. Tandíj a tanfolyam egész tartamára 60 kor. Szegényebb sorsú hibás beszédűek e tandíjnak csak felét fizetik, teljes vagyontalanság igazolása esetén pedig tandíjmentességben részesülnek. Vidéki hibás beszédűek gymnasiumi vagy polgári leányiskolai tanulmányaikat Váczon folytathatják. Felvétel végett jelentkezni kívánók személyesen vagy levélben forduljanak *Borbély Sándor* intézeti igazgatóhoz.

↑ **Taufer tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét novemberben 124 esetben vették igénybe 89 mütéttel.

† **Elhunyt.** *Winkler Sámuel* dr. fővárosi gyakorló orvos f. hó 17-dikén hosszas szenvedés után 35 éves korában. — *Fischer Mór* dr. munkácsi járásorvos, f. hó 13-dikán 58 esztendőskorában. — *Kiss Ferencz* dr. Poroszlón.

P—i A—d. **Jelen számunkhoz** a „*Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld*“ czég „*Aspirin*“ szerére vonatkozó melléklet van csatolva.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmenedezejében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdülő-fürdők. Kitünő szállások. Vendéglő saját főzomben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár, V., Aulich-utca 7 (Szabadság-tér), ideggyógyintézete tabeszes ataxiák kezelésére (Dr. Frenkel-féle módszer) a Dr. Grünwald-féle sanatoriumban, VII., Városligeti fasor 13.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1901. december 16-dikán.) 833. l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (XXIII. folytatólagos rendes ülés december 7-dikén.) 833. l. — Közkórházi orvostársulat. (XV. beemutató ülés 1901. november 27-dikén.) 834. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1901. december 16-dikán.)

Elnök: **Than Károly**. Titkár: **König Gyula**.

1. **Högyes Endre** r. t. bemutatta „Jelentését a budapesti Pasteur-intézet 1900-dik évi működéséről”. E jelentést lapunk közölni fogja egész terjedelmében.

2. **Ónodi Adolf** l. tag: „A gége idegeinek bonczana és élettana, kiegészítő kórtani adatokkal” című monographiáját mutatta be, melyet az akadémia megbízásából irt meg.

A bonczati rész a következő kilencz fejezetet tárgyalja:

1. A bolygó ideg.
2. A felső gégeideg.
3. Az alsó gégeideg.
4. A középső gégeideg.
5. A gége idegeinek végelágazásai.
6. A felső és alsó gégeideg összeköttetései a gége területében.
7. Ansa Galeni, ramus trachealis nervi laryngei superioris, ansa trachealis.

8. Az elkülönített légző és hangképző idegkötegek.

9. A gége idegeinek viszonya az együttérző ideghez és a szívhez menő idegekhez.

Az élettani rész szintén kilencz fejezetből áll:

1. A központi beidegzés.
2. A bolygó ideg és az „accessorius kérdés”.
3. A felső gégeideg.
4. A középső gégeideg.
5. Az alsó gégeideg.
6. Az alsó gégeideg izomágai.
7. A gége izmai.
8. Az együttérző ideg.
9. A Semon-féle tantétel, a hangszalagok median állása.

Ezen monographia, melyet önálló kutatásainak alapján irt meg a szerző, egyidejűleg Berlinben is megjelenik német kiadásban.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes ülése 1901. december 7-dikén.)

Elnök: **Klug Nándor**. Jegyző: **Ritók Zsigmond**.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének bitelesítésére felkéri **Alapy**, **Csapodi** és **Polyák** tagtársakat. Jelenti, hogy **Bucányi Gyula** és **Freimann Béla** mint vendégek vannak jelen.

Hasmetszés ileocecalis bélgümőkör esetében.

Alapy Henrik: A gyengén fejlett, kétoldali tüdőesúshurutban szenvedő 7 éves leányka felvétele előtt két hónapon át szenvedett kólikaszerű hasfájdalmakban, hányásban, lázokban és székrekedéssel váltakozó hasmenésben. Tapintásra különösen az ileocecalis táj volt érzékeny, ugyanitt relatív tompulat.

Hasmetszés október 24-dikén. A hasüregekben 40—50 cm³ tiszta savó. Az ileum legalsó 3—4 cm-es darabja és főleg a vakbél hátsó falzata jelentékeny megvastagodást mutatott, mely a bél lumenét láthatólag szűkítette. Az innen kiinduló bélfodorrészlet nyirokmirigyei duzzadtak. A vakbél serosáján két, a fal hashártyán (a meddig követhető) 2—3 tüfejnű gümő. A feregnyúlvány ép volt.

Nyilván a vakbélre szorító bélgümőkör azon alakja forgott fenn, mely a bél falzatait annyira megvastagítja, hogy tumor tuberculosus ileocecalisnak nevezték el; még pedig e betegségnek előben ritkán látott kezdeti stadiuma volt jelen.

A gyermek gyenge erőbeli állapota mindennemű további beavatkozást (bélresectiót stb.) eltiltott, a kevés savó kitörése után a hasseb egyszerűen elzárattott. Csodálatosképp a műtét utáni harmadnapon az összes kórjelenségek megszűntek; a láz leesett, a gyermek azóta nem hány, rendes széke van, hasa nem fáj, a műtét óta két kilót hízott.

Bemutató az irodalomból csak egy esetet ismer, hol az egyszerű hasmetszésnek e bántalomnál ily gyógyító hatása volt. A jó eredményt részben az egyén fiatal korának, részben a korai beavatkozásnak tulajdonítja.

Ez alkalommal beszámol arról az esetéről is, melyet fél év előtt mutatott be s melynél lobos eredetű kétökölynyi ileocecalis tumort bélresectióval távolított el. A legutóbbi napokban kapott értesülés szerint a gyermek viruló egészségnek örvend.

Grósz Gyula a diagnosis szempontjából szól az esethez. A leányka hónapokon keresztül szenvedett hasfájdalmakban, hasmenésben, hányásban. Mikor felvették lesoványodáson és az inguinális és tarkómirigyek beszűródésén kívül a csúcsok felett rövidült kopogtatási hangot, nyújtott be- és kilégzést constataitunk. Has behúzódtott és tapintásnál heves

fájdalmakat küldött, de mély tapintásnál mesenterialis mirigyek tapintathatók nem voltak. A leányka 37.7—38.2^o temperatura mellett nagy fájdalmakban szenvedett. A diagnosit valószínűséggel peritonitis chronica tuberculosa tette és a próbapaparotomiát javasolta. Ascites nem lévén jelen, a Hensch által leirt sicc-alakra gondolt. Hogy a laparotomia indokolt volt, az eredmény igazolta.

Alapy Henrik: Ilyen eset az irodalomban egy van említve a „Lyon médicale” 1896. évi folyamában, a Nové-Josserand esete.

Papilloretinitis malarica.

Csapodi István: A szemtükrészés előtti korból több közlés történt, hogy malariás betegek megvakultak, de látásuk újra megjavult. A mióta a szem belsejét tükrrel vizsgálják, egyrészt olyan eseteket figyeltek meg, melyekben a muló amaurosis nem járt szemfenéki változással, másrészt néhány olyan esetet is közöltek, melyben a malaria okozta megvakulás papilloretinitis képét öltötte.

Az irodalmi adatok ismertetése után az előadó egy ide vágó esetét közli.

Egy 36 éves dalmata hajóst, a ki a gönyői Dunán volt alkalmazva, malariás hideglelés miatt bocsátottak hazájába. Az előadó a Budapesten átutazó beteget néhány napon át megfigyelte. A betegnek jobb szeme ép volt, teljes látású, a bal szemén nem volt tárgylátása. Tükrrel nézve a látóidegfő duzzadt, venái teltek, kanyargók, az ideghártya szürkült. A pupilla külső felét vérzés takarja, innen kiindulva igen nagyszámú, apró, sűrű, csikos vérzés tarkazza a retinát, a sárga folt területe sötétebb, de nincs rajta vérzés.

A szemfenéki bajt nem lehetett agybeli nyomásból magyarázni, mert csak egyik szemre szorított, de meg nem is volt az agybeli nyomásnak semmi jelensége. Orbitás nyomás sem okozhatta, mert a szem helyzete és mozgásai teljesen rendesek voltak.

Vesebaja nem volt a betegnek, lüest sem lehetett megállapítani, sem szivbajt. Ellenben a lépe nagy volt. Öt hónap óta hideglelés, baja harmadnapos szabványú, jó nagyfokú hőemelkedésekkel.

Azt is lehetne hinni, hogy a beteg az Adriáról hozta betegségét, mivel azonban hosszabb idő óta hazánk malariás vidékén tartózkodott, mégis csak magyarországi eredetűnek lehet venni.

Ez legyen figyelemztetésül, hogy a hideglelés még nem vesztett ki annyira hazánkból, hogy ily súlyosabb természetű fertőzések is elő ne fordulhatnának.

A könyörvezető sondázása az orr felől.

Polyák Lajos: Előadó ezen kérdéssel, melyet a rendelkezésére álló irodalmi adatok szerint előtte más még kielégítően meg nem oldott, két év óta foglalkozik és azon analogia útján oldotta meg, mely egyrészt a ductus, másrészt a középső orrjáratba nyúló orrmelléküregek kivezető nyílásának helyzetéből folyik. A sondák az anatómiai viszonyoknak megfelelő alakban és kétféle nagyságban készültek, a kaliberük az angol catheter számozás szerint 1—6-ig terjed. A sondázás kivételes esetekben előzetes műtét nélkül is kivihető, rendszerint azonban az alsó kagyló mellső végét kell resecálni, hogy a sonda az alsó orrjáratba és innen a ductusba bevezethető legyen. Előadó a sondákon kívül megfelelő vastag canulákat is használ a vezeték átfecskendése és gyógyszeres oldatok bevitelére végett. A javallatok és ellenjavallatok kifejtése után az eljárás előnyeit abban foglalja össze, hogy a tágitás gyors és alapos, megfelelő a ductus lumenének, mely 3—4 mm. átmérőjű, míg a legvastagabb Bowman-sonda csak 1½ mm., további előny az, hogy az eljárás felnöthet minden esetben kivihető, természetesen többnyire előzetes műtét után és végül ezen eljárásnál az átlak készítése könnyen elkerülhető. A módszer hátránya az anatómiai viszonyokban rejlik, hogy vele a ductusnak csak alsó fele, legfeljebb kétharmada sondázható és hogy a tágitás fájdalmas. A módszer gyógyértékéről előadó most még kevés tapasztalattal bír, erről a szemorvosok lesznek hivatva itélni, kik azt a régi módszerrel összehasonlíthatják, részéről most csak azt kívánja megjegyezni, hogy módszerét nem tekinti a felülről való tágitás versenytársának, hanem legfeljebb kiegészítőjének.

Paunz Márk: Sajnálja, hogy előadó nem méltatta behatóbb figyelemre az irodalmat, mert az sokkal több adatot szolgáltat a felvetett tárgyra vonatkozólag, mint a mennyit előadó felemlített. Elsőnek **Bianchi** ajánlotta az orrkönyvezetőnek az orrból kiinduló tágitását 1713-ban. Ezt az előadó által is említett **De la Forest** gyakorlatilag értékesítette (1753). Utána **Gensoul** (1823), majd **Bérand** (1855) foglalkoztak e kérdéssel és rendszeresebben **Coccius** (1868). Hogy a könnyűtől genyedő folyamatai az orrból indulnak ki, azt a szemészek már régóta tudják, sőt már **Heister** (1718) külön kiemeli, hogy a ductus naso-lacrimalist az orrban levő polypusok vagy növedékek összenyomhatják. Egészen világosan tárgyalja a kérdést **Platner** (1724) és azóta is állandóan foglalkoztak vele a szemorvosok. **Weber** (1861) már rendszeres orrblütéseket és 2—3%-os argént. nitríciummal való ecsetléseket ajánl kagylótütemegéseknél, a mit **Schirmer** is magáévá tesz. Francia szerzők közül különösen **Émile Berger** (1892) foglalkozik behatóbban ezen kérdéssel és ajánlja, hogy az alsó orrjáratot tágitásuk ki

egy Dupluy-féle speculummal és ezen át vezessünk be egy legfeljebb 4 mm. átmérőjű tükröt, melynek segítségével az alsó kagyló és a külső orrfal által képzett szegletet — a hova a ductus szájadzik — pontosan megtekinthetjük. Ha nem is sikerül a szájadékot legtöbbször meglátni, annyi mindenesetre megállapítható, hogy van-e a környékén olyan kórfolyamat (fekély, túltengés stb.), mely beavatkozásunkat szükségessé teszi. Különben Hyrtl is említi, hogy oly esetekben, melyekben az alsó kagylók hiányosan fejlődtek vagy sorvadtak, a ductus orri szájadéka könnyen megtalálható. Legújabbban Passow (1901) foglalkozik e kérdéssel. Magyar szerzők közül rövid adatok Kocsis Elemér szemészeti műtéttanában is találhatóak.

A mi a kérdés lényegét illeti, nem a csatorna szűkülete és nem annak tágitása a legfontosabb, mert tudjuk, hogy a könnytömlő bántalmi legtöbbször valamely orrbántalomnak következményei. Tehát első sorban a fennálló orrbántalom ellen kell irányítanunk gyógykezelésünket, legyen az akár idült hurut, akár valamely fekélyes folyamat, melléküreggyulladás avagy más. Téves azon állítás is, hogy a stricturák leggyakrabban az orri szájadéknál találhatók. Heges stricturák általában ritkábbak, mint azt felveszik. A szűkület leggyakoribb oka a ductus nyákhártyájának duzzanata. E mellett szól gyakorlatilag oly fontos tapasztalat, hogy legtöbbször már néhány nap alatt is vastagabb sondák vezethetők át könnyen, hanem számos buvárnak anatómiai vizsgálata is. Így Osborne 150 esetet vizsgált és egyetlen egy heges stricturát sem talált. A heges stricturák legtöbbször ott foglalnak helyet, a hol a ductus átmegegy a könnytömlőbe; csak másodsorban szerepelnek a ductus alsó részében levő stricturák. Szóló készségesen elismeri, hogy az előadó dicséretes munkát végzett, midőn ezen gyakorlatilag oly fontos tárggyal foglalkozott és a sondabevezetés technikáját fejlesztette, de félt, hogy ha az előadó által felállított indiciatiók alapján történik beavatkozásunk, akkor abból betegeinkre nézve nem sok haszon várható. Mert midőn azt mondja, hogy el kell távolítanunk ama hypertrophiákat, melyek a ductus szűkületét okozzák és hogy a legtöbb esetben az alsó kagyló mellső részét el kell távolítanunk, hogy a ductushoz hozzájuthassunk, biztosra vehető, hogy ép úgy áldozatul fognak esni az alsó kagylók mellső végei, mint eddig azoknak hátsó polusai. Mert a legtöbb rhinologus csak hypertrophikus kagylókat lát. Már pedig az orrkagylók nem felesleges szervek, melyeket könnyelműen fél szabad áldozni. Szóló véleménye, hogy minden esetben pontosan meg kell állapítani a könnytömlőgyulladás okát. Ez majdnem mindig valamely orrbántalom. Ezt kell első sorban gyógykezelés alá venni; az orrból való sondázásnak pedig csak azon esetekben van helye, melyekben kimutatható, hogy a szűkület az orri szájadéknál van, vagy onnét kiindulva megoldható.

Polják Lajos. Ugy látszik, hogy a közmondásnak: „egyik varjú nem vájja ki a másikat” a szemét” nincs igazsága, mert felszólaló ugyan-csak iparkodott az imént a rhinologusoknak általában a szemében vájkálni; tette pedig ezt oly folyékony és a fülnek tetsző formában, mely a hallgatóságra számít és célját egészen sohasem téveszti el. Ha azonban a felszólaló rendszer nélkül elmondott adatait analizáljuk, akkor azok a kritikát aligha fogják megállani. Például én az eljárás történetéről meglehetősen részletesen számoltam be, de felszólalónak sikerült még néhány el nem mondott lényegtelen adatot összeböngészni és ennek alapján szemrehányást tett nekem, hogy nem eleget beszéltem a kérdés irodalmáról. Formailag talán igazsága is volna, de lássuk a dolog érdemét: tény az és ezt kimerítően elő is adtam, hogy valaha dolgoztak, helyesebben kísérleteztek a Gensoul-féle sondákkal; tény az is, hogy ma a ductus retrograd sondázását a világon sehol sem végzik, az teljesen feledésbe merült és végül azt a tényt sem tagadhatja le felszólaló, hogy én a ductus tágitását és átfeeskendését retrograd úton teljesen a saját új módszerem alapján, mely a régivel össze nem hasonlítható, végzem. Ily körülmények közt megbocsátható, ha időmet nem feccséltem arra, hogy minden értéktelen adatot felböngésszek, elmondjak; e helyett inkább a lényeges részről, módszerem kidolgozásával foglalkoztam. Felszólaló különben sem jól jögzett meg magának minden irodalmi adatot, például családik abban, hogy Passow eljárása az enyémhez hasonló. Passow előbb resécálja az alsó kagylót, azután pár nappal később chloroform narcosisban felülről sondát vezet be s erre az orrban rávés, levési a crista turbinalist és a könyvesontot, azután felhasítja az egész ductust a könyzacsóig. Ez egy olyan nagy beavatkozás, mely igen ritkán lehet indikálva és az én dilatációs eljárásomhoz semmi köze.

A ductus szűkületek localisatiójáról is mondott felszólaló úr egyetmást, például azt, hogy ezek rendszeren felül lépnek fel és alól nagyon ritkák, de azt hiszem, nagy zavarba jönne, ha ezen állítását a kórbontani irodalomból kellene igazolni. Ilyen szűkületek mindenütt előfordulnak és én ma csak az alul előfordulókról beszéltem; az sem áll, hogy a heges szűkületek oly ritkák és csak nyákhártya-duzzantok okozzák a szűkületeket, tessék csak helyesen elképzelni a pathologiai folyamatot, majd rájön, hogy előbb tényleg csak nyákhártya-duzzanat lép ugyan fel, de ha a vezeték duzzadt nyákhártyafala egymásra fekszik, ott idővel erosiók keletkezhetnek, melyek vagy összetapadhatnak (synechiás szűkület) vagy pedig mélyebb fekélyképződésre is vezethetnek és utólag szűkülnek hegesen. Ez a logikus sorrend, melyet tényleges bonczati adatok nélkül kétségbe vonni nem szabad.

Nagyon rosszul értette felszólaló a javalokat is, szerencsére kéziratból olvastam fel őket és most fölolvastam újra. A jelzett szakasz így szól: Javalt a retrograd sondázás és dilatatio a ductus szűkülettel járó dacryocystoblenorrhoea azon esetekben, a hol 1. az esetek még nem túlrégiek és a könnytömlőfalán oly elváltozás, mely annak aspiráló képességét akadályozná, nincs; 2. a hol a bántalom nasalis eredete állapítható meg és a hol a sondázást megelőzőleg az orrbántalmat kell

megszüntetni, stb. Tehát itt egy szóval sem lett mondva sehol, hogy „minden esetben” javalt az eljárás, ellenkezőleg, a javalok határai elég szorosak.

Végül pedig dicséretes önzetlenségre vall felszólaló úr azon félelme, hogy esetleg a szembetegek ezentúl a rhinologusokhoz találnak özölni, de megnyugtathatom vele, hogy én nem így képzeltem, hanem képzeltem oly formán, a mint szintén kéziratomban egy kihagyott passusa mondja, hogy ezen eljárás ismét egy kapocs, mely a specialis szakot visszavezeti az általános orvostudományhoz, ez esetben pedig különösen a szemészethez és a mint ma már minden otologus egyúttal rhinologus is, úgy szükséges lesz, hogy a jövőben minden szemész foglalkozzék a rhinológiával is.

Közkórházi orvostársulat.

(XV. bemutató ülés 1901. november 27-dikén.)

Elnök: Mutschenbacher Béla. Jegyző: Terray Pál.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Boleman és Róna tagtársakat.

Ulcus molle serpiginosum esetei görösei készítményekkel.

Róna Sámuel: Az ulcus molle serpiginosum existenciáját többen (Lang, Peterson) kétségbevonják és azt vagy széteső tertiaer gübbös syphilidnek vagy bőrtuberculosisnak tartják. Ezzel szemben mások határozottan elismerik ezen sankerféleséget, sőt (1893) Jullien, Finger, Unna 1894-ben három esetben, Reichel egy esetben és szóló az alább közlendő két esetben a lágyfekély bakteriumát is megtalálták a serpiginosus fekély detritusában és szövetségében és így annak összefüggése a lágy sankerrel kétségtelenné vált.

Az esetek a következők:

I. Sz. M., 43 éves nőtlen ker. utazó, 1898. márczius 1-én jelentkezett bemutató privatrendelésén. 1897. augusztusban néhány nappal a coitus után kis fekélyt vett észre a mony háti felületén, a hátsó harmadban, mely azóta folyton terjedt és a mony bőrét a fantáig köröskörül elpusztítva, a fantájra terjedt át, de úgy hogy az elpusztított területek begyógyultak és mindenütt a heg szélein kúszott tovább a folyamat. Mirigyduzzanatok nem fejlődtek.

A beteg a baj keletkezése óta állítólag állandóan orvosi kezelésben részesült. 1899. január 29-dikén hirtelen icterust kapott. Ez ellen állítólag öt tour higanykenőcs-bedörzsölést kapott. A fekély erre sem gyógyult s midőn bemutatóhoz fordult, tehát hét havi tartam után a fekély még mindig progressiv volt.

Status praesens: Anaemiás, kissé icterikus bőrszínű egyén. A mony tövi részén a bőrt köröskörül elég vastok heg pótolja; hasonló heg foglalja el a mony tövéről folytatódólag a fandumnak jó tenyérnyi területét és kétoldalt az inguinalis tájakig ér.

A fandum hegjét köröskörül mély öblözetes, köröczös, keskeny hyperaemiás udvarral körülvett, alávált szélű, sárgás detritussal fedett fekélyláncolat szegi be. A fekélylánczon kívül az ép bőrön a szörök között, közvetlenül a hyperaemiás udvar mellett több különálló, mély, sárgásan belepett, alávált szélű, keskeny hyperaemiás udvarral körülvett friss kölesnyi-lencsényi fekély.

A köztakaró többi része, valamint a nyálkahártya ép. A mirigyek nem mutatnak elváltozást. A mellkasi szervek fölött nem lehet eltérést kimutatni. Idült gyomorhurut áll fenn. A vizelet kristálytiszta, fehérjementes.

Lefolyás: Előadó maga kezelte a beteget, eleinte naponta, később kétnaponként jodoformmal, majd calomellel, előzetes antiseptikus irrigatio, kidörzsölés, leitatás után és mindig lebetőleg járó kötést alkalmazott. Ismételtlen körülményre a széleket, a szöröket kitepte és mégis csak május 31-dikén, tehát három, illetőleg tíz havi szakadatlan orvosi kezelés után volt a beteg gyógyultnak mondható.

A beteget azóta ismételtlen ez évben is megvizsgálta szóló és soha azóta rajta semmi bajt nem constatálhatott.

Miután úgy a detritusban, mint a kimetszett szövetrészekben tipikus Unna-féle streptobacillus találtatott, utóbbiakban csaknem tiszta kulturában, a folyamat sankeres lényegéhez semmi kétség nem fér.

II. eset. Cs. O., 31 éves nőtlen könyvelő 1901. október 12-dikén jött szóló osztályára. Szülei élnek, apja szívbetege. Tuberculosis a családban állítólag nincs. Hét éves korában bal térdizületi lobja támadt, melynek nyoma most az ankylosisban van meg. Több ízben volt gonorrhoeája, majd 1896-ban monyfekélye, melynek gyógyulása után azonban a beteg egészséges maradt. 1900. április 10-15-dike között coitus után öt nappal egy gombostűfejnyi pattanást vett észre a mony nyakán, mely kifekélyesedett. A fekély nagyobbodott, majd phimosis társult hozzá. A fekély azután a fitymát is átrágtá, de másrészt a fityma alatt is a bőralatti kötőszövetben hátra a mony bőre felé kúszott. Ismételt operatív beavatkozások, körülnyírás, kikaparás, figyelmes locális és heteken át antiluetikus kezelés, 40-50 bedörzsölés daczára, a folyamat úgy a penis bőrén, mint a subcutisban progrediált. A kikaparásra viszi vissza a beteg a húgyvesősipolyt is. Az utolsó három hónapban állandóan álmatlanságban szenved, fájdalmi spontán és érintésre kiállhatatlannokká lettek. A beteg ennél fogva lesóványodott, legyengült.

St. pr.: A makk csaknem teljességében megvan, csak a karmája hiányzik és hegszövet által pótolta. A fitymából csak egy újjpercnyi részlet maradt meg a jobb oldalon, ép így a penis bőréből

ugyancsak jobboldalt mintegy $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú, 2 cm. széles lebeny, mindkettő elephantiasice hypertrophizálva. A monybőr többi része teljesen hiányzik és a corpora carvernososa penis et urethrae a makktól kezdve mélyen be a symphysis alá lecsupaszított, legnagyobb részben sarjadzó, helyenként fehéres-sárgás detritussal borított fekélyek által elfoglalt hyperaemiás udvartól körülvevő felületes fekélyesedés foglalja el a makknak a karima alatti részletét, helyenként a fitymacsonknak heges belső felületét, továbbá helyenként a monybőrmaradék heges széleit és innen átterjedőleg mintegy 1 cm.-nyi szélességben a scrotum és a fandum bőrét.

Az utóbbi helyeken a fekély szélein apró fogazottságot mutat, sárgásan belepett és alávált szélű és keskeny hyperaemiás udvar által környeztet.

A meztelenül fekvő húgyeső a makk csontjától kezdve hátra felé 1 cm.-nyire destrualt, alsó fele teljesen hiányzik, úgy hogy a vizelet itt ürül ki.

A symphysis alatt a fekély köröskörül az alsó felületen, egy keskeny zárlatot kivéve, a monyító körül $1\frac{1}{2}$ —2 cm.-nyire terjed hátrafelé és igen erősen genyed. Ezen esetben tehát a folyamat részben a bőrben, részben a bőr alatt terjedt tovább és így vezetett a nagy destructióhoz.

A beteg nagy fokban anaemiás, gyenge, nagy fájdalomról panaszkodik.

Néhány nappal a bejövetele után a scrotumon szemünk előtt egy kendermagnyi friss tipikus lágyfekély keletkezett.

Úgy ezen kis fekély, mint a nagyobb fantáji fekély detritusában nem egymagukban és nem nagy számban, főleg egysoros streptococcusok találtak.

A megindított localis kezelésre — sublimat-irrigatio, a fekélyalap kidörzsölése, jodoformkenőcs, jodoformpor és gaze-kötés — a folyamat már egy hét lefolyása után megállapodott. A fekélyek sarjadzásnak indultak és ma, tehát körülbelül hat héttel bejövetele után a gyógyulás annyira előrehaladt, hogy nem lehet arról helyes fogalmat alkotni, mekkora volt a roncsolás hat hét előtt.

Argyria esete.

Nékám Lajos: E folyamat nem tartozik a nagyobb ritkaságok közé, de érdekes, mert rendszerint therapiás túlbuzgóságnak eredménye s mementó képez minden eset az orvosra, hogy az argentum nitricummal elővigyázatosan bánják.

A beteg egy erőteljes férfi, ki 1891-ben állítólag primaer affectiot szerzett, a melyet hogy követtek-e secundaer jelenségek, előadásából nem lehetett kivenni. Eleinte egy javasasszonnyal kezeltette magát, később egy orvoshoz fordult, ki nyákhártyájának kezelésére lapis-pálcákat rendelt, harmadnaponkénti érintésre. A beteg azonban minden nap kezelte magát s mikor egy év múlva 1896-ban arca szürkésedni kezdett, kettőzött erővel látott a lapisozáshoz. Három évi, 120 ft ára argentum-használat után, 1898-ban végre újra orvoshoz fordult, ki a bajt felismerve, a lapist elhagyatta és két évig jodkalit vétetett be. Az elszínesedés 1899-ben volt legsötétebb, azóta valamit halványult.

E betegség története a XVIII. sz. közepére nyúlik vissza. Már az időben felhívta gr. *Roncalli Paroloni* a figyelmet az ezüst- és arany-sók ártalmas voltára. A XVIII. sz. végén *Suediaur* egy hamburgi protestans papot észlelt, ki epilepsia ellen szedte a lapist és szerencsén-fekete lett ily módon. Az esetet *Fonzeroy* közölte. 1795-ben *Zöllner* észlelt egy, 1815-ben *Butini* és *Sementini* három esetet, 1820-ban *Richter* már 23 esetben látta, újabban megint ritkább lett, a mióta az ideggyógyászok kiterjedetten használják a bromot.

Az argyria előfordult különben véletlen szerencsétlenség miatt is, a mikor hosszú lapispálcák beletörték a beteg garatába és lenyelettek. (*Duguet*.) De előfordult az a meglepő eset is, hogy metallikus ezüst-canule-ök feloldattak a trachea váladékai által s eleinte partialis, később diffus argyriára vezettek. Hasonló esetet már korábban *Claude Bernard* is észlelt gyomorsipolyos kutyák ezüst canulejével. A legkisebb mennyiség, mely argyriát okoz, *Krahmer* esetében kb. $8\frac{1}{2}$ gm. arg. nitr. volt, máskor igen sokkal több ezüst bevitele sem okozott bajt, úgy hogy *Jacobi* és *Eulenburg* az esetleg fellépő argyria alapján még nem contraindicálják az ezüst alkalmazását idegbajosoknál.

A folyamat rendszeren az arcz és nyákhártyák violaszínű elszínesedésével kezdődik, rendszeren pár hónappal a rendszeres használat megkezdése után. Előfordult többször, hogy a szer kihagyatott s az elszínesedés akkor lépett fel, mikor már 1—6 hónapja nem inorporáltatott ezüst. Néha az ezüst kihagyása látszott a jelenségeket kiváltani. *Menzelnek* legújában közölt esetében valódi ezüst-éhség lépett fel az epilepsiának fokozódásával, valahányszor az ezüst kihagyását megpróbálta.

Az argyria megelőzésére már *Lombard* ajánlotta, hogy az ezüst adagolásában nagyobb szünetek tartassanak. *Butini* és *Sementini* az arcz és kezek elfödését ajánlották, abban a hiszemben, hogy a világosság egy oldhatatlan, fekete masszává, talán fémzüsttő reducálja a keringő ezüstfehérjét. *Fromann*, *Riemer*, *Neumann*, *Kryszinski* és *Robert* szerint a viszonyok nem ily egyszerűek: az ezüst csak a kötőszöveti sejtekre és soha ezek belsejébe nem jut és soha más sejteket, hámot, csontot, ideget, izmot nem támad meg. Az az anyag, mely a szövetet feketére festi, nem lehet fémzüst, mert ha cyanáliumba helyeztet a metszeteket, a szemcsék elhalványodtak ugyan, de ott maradtak és kénhydrogenre megint megfeketedtek, az oldatban pedig ezüst nem volt kimutatható.

A therapia nagyon kevés eredménnyel kecsegtet: *Biette* hólyag-húzó szereket, *Yandell* jodkalit ajánl, lényeges eredményt azonban még senki sem regisztrált.

Róna Sámuel: A napfénynek, úgy látszik, mégis kell, hogy be-folyása legyen, mert ennél a betegnél azt látjuk, hogy csak az arcz, nyak és a kezek szenvednek az argyria által, a többi testrész pedig fehér.

Donogány Zakariás: A Navratil osztályán kezel egy torokbetegét, kinél a larynx és pharynx nyákhártyáján argyrosis van, kimutatható ok nélkül. Egyes csikokat szülő jodjodkali-oddattal kezel és ezek 18 havi kezelés után halványodni kezdenek, míg a többi rész sötét marad. Úgy látszik, a jodnak mégis van némi hatása az argyrosisra.

Nékám Lajos: A kataphoresist akarja a bemutatott esetben az argyrosis ellen megkísérteni.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A pozsonyi kerületi betegsegélyző pénztárnál Dévény-Ujfalú szék-helylyel orvosi állás töltendő be. Az orvos által ellátandó pénztári kör Dévény, Dévény-Ujfalú, Hidegkút és Lamaes községekből áll. Fizetés 1600 korona. Az állás 1902. január 1-jével betöltendő. Német és tót nyelv ismerete kívánatos.

Kérvények 1901. december hó 28-dikáig bezárólag a pénztári igazgató-sághoz (Pozsony, Ventur-utca 3. sz.) benyújtandók.

Az igazgatóság.

5517. sz.

Gellért Kálmán dr. lemondása folytán megüresedett . . . koronányi javadalommal s a vagyonos betegek gyógykezeléséért törvényhatóságilag megállapított díjak szedésének jogával s viszont a vagyontalan betegek ingyenes gyógykezelésével s a hivatalos teendők ellátásával egybekötött Turócnevezpáli kórorvosi állásra ezennel pályázat hirdettetik.

Felhívattak tehát mindazok, a kik ezen állást elnyerni kívánják, miszerint képesítvényük, nyelvismertetük s eddigi gyakorlatuk igazolására alkalmas okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeket f. évi december hó végéig alul-írott főszolgabírói hivatalhoz benyújtásuk.

Turóc-Szent-Márton, 1901. december hó 8-ikán.

A főszolgabírói hivatal.

A gyöngyösi alapítványi nyilvános közkórháznál a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium 62,913/VI. b. 1900. sz. rendeletével rendelőorvosi állás engedélyeztetvén, az alapítványi bizottságnak folyó évi december 2-dikán 21/III. szám alatt kelt megbízása folytán, ezen állásra pályázat hirdettetik.

Pályázótól megkívántatik, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. II. pont alatt körülírt minősítést okmányilag kimutassa, műtőorvosi oklevél előnyben részesítettik.

A közkórházi rendelő orvosi állás más közhivatali orvosi állással incompatibilis. A magánorvosi gyakorlat azonban nem korlátoztatik. Az 1876. évi XIV. t.-cz. 67. §-ához alkalmazkodandó kinevezést az alapítványi bizottság bizalmi nyilatkozásnak is tekintvén, a pályázók közül való szabadon választás jogát magának fentartja.

Javadalmazás: a közkórház pénztára által előleges havi, illetve negyedévi részletekben fizetendő 1600 korona törzsfizetés és 420 korona lakbérilletmény.

Pályázati kérvények legkésőbb 1902. évi február hó 1-jéig Gyöngyös város polgármesteréhez, mint az alapítványi bizottság elnökéhez nyújtandók be. Netalan később érkezett folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

A megválasztott az alapítványi bizottsággal áll szolgálati viszonyban, működési körét a közkórházi alapszabály írja körül; állását legkésőbb 1902. márczius 1-jével elfoglalni tartozik.

Gyöngyös, 1901. évi december hó 15-dikén.

2-1

A közkórház igazgatósága.

Esztergom megye Süttő nagyközségben az orvosi állás elhalálozás következtében megüresedvén, annak betöltésére ezennel pályázat hirdettetik.

A község területén van 7 kőbánya és lendületes kőipar székhelye.

Két betegsegélyző egylet és a lakosság egy része szerződésileg évenként 2600 korona készpénzfizetést biztosít, a szerződés egyelőre három évi érvénnyel köttetik; ezenkívül magánorvosi általi tekintélyes mellékeresetre számíthat.

A pályázó orvostól megkívántatik, hogy az összes orvosi tudományok oklevelével, különösen a sebészeti és szülészeti terepen pedig gyakorlattal bírjon.

Mint hogy a község lakosságának nagyobb része németajkú, a német nyelv bírása is szükséges.

Curriculum vitae okmányolandó.

A kellően felszerelt kérvények Süttő község jegyzői hivatalához 1902. évi január hó 5-dikéig küldendők be.

Süttő, 1901. évi december hó 17-én.

(Posta-, távirtda- és vasútállomás.)

2-1

Gösi György, jegyző.

243 901. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál egy 600 korona fizetés, egy szobából álló bútorozott lakás, fűtés, világítás, teljes élelmezés és kiszolgálással javadalmozott segédorvosi állás lemondás folytán megüresedett.

Felkérem a t. pályázni óhajtó orvostudor, esetleg szigorló orvos urakat, hogy pályázati kérvényüket hozzám f. hó 27-dik napjáig adják be.

Nagyvárad, 1901. december hó 8-dikán.

2-2

Fráter dr., Bihar vármegye közkórháza igazgató főorvosa.

A kormányzatomra bízott vármegye „Erzsébet” közkórházánál Nyiregyháza 1902. évi január hó 1-jével benlakás kötelezettségével évi 800 korona törzsfizetés és az alorvos személyére lakás, fűtés, világítás és teljes ellátással rendszerített másodalorvosi állásra folyó évi szeptember hó 26-dikán 1077. szám alatt kelt rendelettel közhírré tett pályázat meddőnek bizonyulván, fent jelzett állásra újabb pályázatot nyitok.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy törvényes minősítvényüket, valamint

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kózkórházak 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, Grósz Emil, 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 fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Polyák Lajos: Közlemény a székesfővárosi szt. János-kózkórház orr- és gégebeteg ambulatoriumából. A könyorrvezető sondázása az orr felől. 836. lap.

Török Lajos és Schein Mór: Közlemény Török Lajos dr. és Schein Mór dr. Röntgen- és Finsen-gyógyintézetéből. Bőrbetegségek kezelése Röntgen-fénynyel és Finsen módszere szerint. 839. lap.

Moskovitz Ignác: A rhinitis fibrinosa kór- és gyógytana. 842. lap.

Tárcza, Némái József: Az énekhang és énekművészet physiologiája. 843. lap. — **H. E.:** Kétly Károly és Navratil Imre tanárok ünneplése. 845. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Torday Árpád: A malariatheoria jelenlegi állása. 845. lap. — **Könyvismertetés. Jessner:** Dermatologische Vorträge für Praktiker. (Nekám.) 846. lap. — **Emil Ekstein:** Die Therapie des Abortus. (Temesváry R.) 847. lap. — **Lapszemle. Belgógyógyászat. Dupré és Decaux:** Rire et pleurer supasmodique. (ts) — **Raymond-Bernard:** Gelatina-befecskendezés véres mellhártyaizmadmányánál. — **Reichert:** Acetopyrin. — **Sebészet. Moser:** Peritonitis serofibrinosa és más szokatlan szövödmények typhusnál. (G e r ő.) —

Szülészeti és nőgyógyászat. Palm: Terhesek, gyermekágyasok és újszülöttek himlőoltása. (Neumann Szigfried.) — **Veneréds bántalmak. Hallopeau:** Az ulcerosus syphilidek localis kezelése. (Szabóky.) — **Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Biérhoff:** Cystitis gonorrhoeica mulierum gyógyítása. **A. Stern:** Dormiol. — **Skillmann:** Orr- és torokbajok gyógyítása. — **Folyóiratok átnézete.** 847—848. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Orvosi kinevezés. — A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. — A legöregebb orvos Angliában. — A tehénhimlővédőt Jenner előtti felfedezője. — Felhívás. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 848. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatológiai és urológiai szakosztálya.

Mellékletek: Szemészet. 6. szám. Szerkeszti: Schulek Vilmos egyetemi tanár. — Tartalomjegyzék.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi szt. János-kózkórház orr- és gégebeteg ambulatoriumából.

A könyorrvezető sondázása az orr felől.¹

Irta: *Polyák Lajos* dr. főorvos.

A dacryocystoblennorrhoea bizonyos eseteinek makacs ellenállása a szokásos szemézi gyógykezeléssel szemben, ismeretes dolog. Ugy látszik, hogy ilyen esetekben, eltekintve a baj nasalis eredetétől és az orrban tovább fennálló primaer folyamatoktól, melyek a könnyömlőgenyedet kedvezőtlenül befolyásolják, a bántalom folyamán keletkező orrkönyvezetékcsükkületek topographiai elhelyezésének is nem csekély szerep jut. Anatómiai tapasztalatok utalnak arra, hogy ezen szükkületek előszeretettel localizálódnak a vezeték alsó, hártáras felében, vagy a nasalis nyílás körül, a hol a vezeték kalibere tág, és ehhez képest a felülről bevezethető Bowmann-sonda vastagsága aránylag csekély, úgy hogy felülről való sondázással csak a szükkület átjárhatóságát lehet elérni, alapos tágitásról azonban szó sem lehet, a váladék ilyenkor tehát még mindig panghat a szükkült rész felett, azt ki is tágíthatja és ennek folytán továbbra is fenntarthatja a könnyömlő és vezeték genyedet. Ily körülmények között a szemorvosok már nagyon régóta foglalkoztak az orr felől való, úgynevezett retrograd tágitás eszméjével, de nekem csak az utolsó perczben, ma nyílt alkalmam meggyőződni arról, hogy az orr felől való sondázást már két századdal előbb is végezték a szemorvosok és az itt felsorolandó három szerző adataiba a betekintést *Goldzieher* kartárs úr szíveségének köszönöm. *Arlt* (Die Krankheiten des Auges. III.

¹ Előadatott a kir. orvosegyesület 1901. december 7-dikén tartott ülésén.

Band, p. 410. Prag. Credner & Kleinbub. 1856) megemlíti, hogy „*La Forest* már 1730-ban bevezetett egy körülbelül 8 alakban hajlított sondát az orron át, mely később *Dubois* és *Gensoul* (Lyon) által czélszerűen módosítva a gyakorlatban is tért foglalt.” *Ruete* (Lehrbuch der Ophthalmologie. Bd. II. p. 133. Braunschweig. Vieweg u. Sohn. 1855) le is rajzolja a *Gensoul*-féle cathetert, melyet egy kemény kaucsukcső megfelelő hajlítása által pontosan az ábra szerint utánoztam és itt bemutatni szerencsém van. A módszerről *Ruete* azt mondja, hogy az „igen czélszerű volna, csak ne okozna a betegnek annyi fájdalmat és ne futnának meg előle a betegek. A catheter egy erős vertikális és kisebb horizontális hajlással bír, tehát minden oldalra külön műszer kell. Hogy a többszöri bevezetés elkerülhető legyen, *Flügge* a nyelet lecsavarja és a hajlított részt fekvőre hagyja az orrban, de az ott nehezen marad meg. Catheterizálás közben a beteg egy széken ül, hátrahajtott fejjel, az orvos a cathetert a jobb kéz három ujjá közt tartja és felülről le, és elülről hátrafelé irányítva, bevezeti az orrlyukba, mialatt a műszer csúcsa lefelé néz, convexitása pedig a sövény felé fordul. Ha a catheter csúcsa az alsó kagyló alá került, akkor az orvos megfordítja, úgy hogy a csúcs felfelé és kissé kifelé tekintsen és alulról felfelé gyakorolt enyhe nyomással bevezeti egész a könyzacsckóig, a hol az kívülről az ujjal tapintható. Ha a lob engedett, akkor ezen catheteren át naponta befecskendezéseket kell végezni, lapis divinus és opiumtinctura oldatával.” *Pilz* (Lehrbuch der Augenheilkunde. P. 625 és 1021. Prag. André. 1859) szerint: „a második természetes út, melyen át az orrkönyvezeték beteg nyákhártyája elérhető, a vezeték alsó nyílása. Az e célra alkalmas műszerek a csőszerű, különös hajlással alakított *Gensoul*-féle sondák. Csodálkozok rajta, hogy ilyen műszerek bevezetését nehéznek mondhatja valaki, a mikor az *Itard*-féle cső bevezetése az Eustach-kürtbe, vagy a közönséges hügyeső-catheter alkalmazása is jóval több nehézséggel jár. A *Gensoul*-féle sondák szerkezete, mely külön készül a jobb és

bal oldal számára, már olyan, hogy csak igen egyszerű és könnyen eltanulható tartásra van szükség, hogy vele az alsó orrjáratba a nasalis nyíláshoz jussunk. Műtéti cursusai alkalmával tanítványai ezen sondák bevezetését mindig könnyen sajátították el és meg is győződtek róla, hogy tényleg bejutottak vele a ductusba. Ezen sondák, ha esővesek és *Chassaignac* (Bullet. gén. de thérap. t. XLV. p. 304. Annal de l'Ocul. t. XXXIV.) szerint végükhöz közel ablakosak, alkalmasak lehetnének arra is, hogy velük gyógyszeres oldatok is vitessenek be a könyvezetékbe, ha a nyákhártya fellazulása áthághatlan akadályokat nem gördítene az alkalmazás útjába. Mindazonáltal czélszerűen alkalmazhatók a nyákhártya hypertrophia (induratio) némely eseteiben nedves, meleg párák bevezetése czéljából. A *Gensoul*-féle sondák és catheterek bevezetését ugyancsak *Pilz* (l. c. p. 1021) így írja le: „Minden oldalhoz külön sonda van. *Rau* guttaperchából készítette őket a *Gensoul*-műszerek méretei szerint, de ezeket nehezebb bevezetni, mint a fémből valókat, bár talán kevesebb kellemetlen érzést okoznak. Bevezetésnél a sonda csúcsát mindig csak a ductus nyílásáig szabad bevinni és sohasem szabad a lumenbe betolni. Az eljárást példának okáért a bal oldalon így végzem: a megfelelő sondát könnyedén tartva a jobb kéz három ujjá közt, az orrmányos rész vízszintes helyzeté mellett addig tolom előre az orrüreg fenekén, a míg a sonda hajlása enged; idáig érve, a kívül maradt rész felfelé és egyszersmind egy izben kifelé lesz fordítva, ha ez a manöver, mely hullán pontosan begyakorolható, jól lesz végezve, akkor a sonda csúcsa épen a nasalis nyílás elé kerül, a mi hullán ellenőrizhető is, mert a sonda mélyebbre vezetésével a esontos orrvezetékig lehet behatolni.“ *Arlt* (l. c.) magáról az eljárásról következőleg nyilatkozik: „A *Gensoul*-féle sondák és catheterek bevezetése hullákon könnyen begyakorolható, úgy hogy abban nemcsak bizonyos készség, hanem biztosság is érhető el. De a ki a ductus nasalis nyílását több megtekintés által ismerni tanulta, meg fogja érteni, hogy ezen módszer nem oly ártatlan, mint azt némelyek velünk el akarják hitetni. A nyílás sokszor oly kicsi s még egy papírvékony nyákhártyaredő által takart is, hogy a nevezett műszer bevezetése még akkor is gyakran vöngálással vagy szakítással járna, ha az a szem ellenőrzése mellett történnék stb. . . Ezenkívül egy erősen az illető oldalra hajló orrsövény, a kagyló rendellenes alakja, mindenekelőtt a *Schneider*-féle hártya duzzanata vagy megvastagodása jelentékeny, sokszor áthághatlan akadályokat képeznek.“

Ezen irodalmi adatokat természetesen óvatos kritikával kell fogadni, mert nem szabad felednünk, hogy oly korból származnak, a midőn az orrtükrözés, tehát az eljárás ellenőrzése a szemmel, ismeretlen volt. Maga a *Gensoul*-féle sonda alakja kizárja azt, hogy az az orrból a ductusba bevezethető lett legyen és ezért *Ruete* adatait én olyannak tekintem, mint a ki maga soha sem végezte sikerrel a sondázást, csak hallomásból irt róla. Már *Pilz* megbízhatóbbnak látszik, de ő hangsúlyozza azt, hogy a sondát csak a ductusnyílásig kell vezetni, beletolni, nem szabad. Hogy ily körülmények közt, midőn a sonda nem dilatatoria használtatott, az átfecskendés vele pedig nem sikerült, mire volt jó az egész eljárás, azt bajos megmondani és az *Arlt* kritikája ezek után teljesen indokoltnak tűnik elő.

Ugy látszik az eljárás sikertelen volta okozta azt, hogy az eljárás a múlt század második felében feledésbe merült. *Panas* (Traité des maladies des yeux, Tome II. p. 313. Paris, Masson 1894.) a ductusnyílás anatómiáját ismertette ábrákon is, azt említi, hogy azt az orrbemenettől egy függélyes csontkidomborodás választja el, mely retrograd catheterismusnál támaszpontul szolgálhat, magáról az eljárásról azonban egy szóval sem emlékszik meg. *Fejér* (Gyógyászat, 1900. 33. sz.) *Grodkkal* együtt foglalkozott azon eszmével, lehetne-e bizonyos esetekben a ductust alulról sondázni, e czélból tanulmányokat is végeztek sagittalis fejmetszeteken és azt találták, hogy a sondázást a kagylótól tekintve a ductusra ráhajló redő is lehetetlenné teheti. Az alsó kagylóból egy háromszögletes darabot kell szerintük extirpálni, hogy a nyílást láthassák és a sondázást elősegíthessék. Élőn vagy fel nem fűrészelt hullafejen sondázást azonban nem végeztek.

Munkám historikuma végett kell csak még egyszer hangsúlyoznom, hogy én a kérdés megoldását az említett irodalmi adatok ismerete nélkül végeztem, *Panas* és *Fejér* munkáit csak

feladatom megoldása után ismertem meg, végül a *Gensoul*-sondák alkalmazásáról szóló irodalmat csak ma reggel óta ismerem. Különbösen is az általam gyakorolt eljárás kivételében és eredményében annyira eltér a *Gensoul*-féle methodustól, hogy összehasonlításról a két eljárás között szó sem lehet és így további irodalmi adatok gyűjtésétől, melyek vagy a *Gensoul*-féle eljárásra vagy újabb, de sikertelen kísérletekre vonatkozhatnak csupán, a kérdés teljes megoldását azonban semmi esetre sem tartalmazzák, felmentve érzem magamat.

Nem tartom még eszmemenet dolgában sem rokonnak a magaméval *Passow* heidelbergi tanár (Münch med. Woch. 1901. 36., referálva: Woch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, 1901. 52.) eljárását, a ki három esetben a vezetékcsükkülések intranasal gyógyítását úgy végezte, hogy előbb kagylóresectiót csinált, utána néhány nappal narcosisban és a *Bowmann*-sonda vezetése mellett annyit vésett le a crista turbinalisból és a könycsontból, a míg a vezeték a könyzacsokig szabadra tette; ezt követte a vezeték felhasítása végig alulról felfelé. Hogy ezen műtét szintén kivihető minden esetben, az kétséget nem szenved, de az én módszeremmel szemben oly nagy beavatkozás, a mely úgy hiszem többnyire felesleges és a melynek hátrányaira ezúttal nem akarok kiterjeszkedni.

Én magam a kérdéssel két év óta foglalkozom, az első sondázást élőn pedig *Goldzieher* kartárs úrnak a János-kórházban 15 hó előtt, 1900 szeptemberben demonstráltam. A kérdést, tekintve a vezeték alsó nyílásának helyzetét, elejétől fogva analognak tekintettem a középső orrjáratban fekvő melléküreghyílások sondázásának kérdésével, mely tudvalevőleg már régóta meg van oldva. Itt az alsó, ott pedig a középső kagyló nehezíti meg a legtöbb esetben a nyílások hozzáférhetőségét és a mint a homloküreg egyes rostasejtek vagy az ikcsontüreggyenedések gyógykezelése végett ma már első sorban végezzük szükség esetén a nyílások hozzáférhetővé tételét a középső kagyló partialis resectioja útján, mely csak jelentéktelen beavatkozás, úgy a ductus nasolacrimalis elérhetése végett is szükséges sok esetben a fedő alsó kagylónak mellső végéből egy kis darabot eltávolítani.

Szükséges volt mindenek előtt a vezeték anatómiai viszonyival és az esetleg előforduló eltérésekkel alaposan megismerkednem, a mely czélból számos koponyametszetet készítettem. Frontalis metszeten találva a ductust, az egészben véve kissé harántul, felülről és belülről le- és kifelé látszik lefutni, az elhajlás nagyobb része azonban a vezeték felső, a könyzacsokot követő harmadára esik. A vezeték calibere rendszerint 3—4 mm. közt variál felnőtteknél, gyermekeknél vizsgálatot nem végeztem. A sondázásra nézve legfontosabb a sagittalis metszetek tanulmányozása, mely két figyelmeztetéssel szolgál: először is a ductus iránya ezen metszeten mellülről hátfelé hajlik el, úgy hogy a ductus az orrfelekkel körülbelül 76—84° szöveget képez, körülbelül párhuzamosan fut le tehát a homloküreg kivezető csatornájával. A másik figyelemre méltó körülmény pedig az, hogy a kivezető nyílásnak azon oldala, mely az orr oldalfalán fekvővel szemben áll, egy nyákhártyaredő (plica lacrymalis) alakjában végződik.

Az általam használt sondákat, melyeket utasításaim nyomán a *Garai* és *társ*a czég készít, az anatómiai viszonyok figyelembe vételével szerkesztettem meg. A sonda felhágó szára legfeljebb olyan magas lehet, a minő magasan a ductus nasalis nyílása az orrfelektől fekszik, tehát 16—18 mm., nyílása pedig átlag 80° kell hogy legyen; a sondák újezüstből készülnek, hogy a hajlást adott esetekben módosítani lehessen. A felhágó szár magassága kétféle, rendes az olyan sorozat, a hol a felhágó szár magassága a hajlás belső szögétől 15 mm., ezt használom olyan esetekben, a hol előzetes műtét történt, ilyenkor a sonda tehát csaknem a ductus felső esontos harmadáig hatolhat be. Szűk orrüregek vagy olyan esetek számára, a hol intact kagyló mellett végezhető a sondázás, a fentieknél valamivel rövidebb, belül 13 mm. magas (b) sorozatot használok, mely ennek megfelelőleg azonban valamivel kevésbé magasra juthat csak fel. A sondák vastagsága az angol catheterszámolás szerint halad 1—6-ig, az 1. sonda 1.5 mm., a 6. sonda pedig 4 mm. átmérővel bír. A sondák csúcsuktól 2 mm.-nyire kissé konikusnak vannak legömbölyítve. Helyesebb

irányítás és jobb tartás végett a sondák a húgycsősondákéhoz hasonló lelápitott véggel bírnak.

A sondázást kivételes esetekben előzetes műtét nélkül is végezhetjük, főleg olyankor, ha hosszantartó orrgenyedések kapcsán az alsó kagyló atrophias lesz, tehát az u. n. ozaenás kóralakoknál, ilyenkor különösen a rövidebb (*b*) sondák bevitelére egész könnyen sikerül. Ilyen esetekben, de a műtét eseteknél is a sondázást következőleg végzem: a külső orrnyílást orrtükörrel lege artis kitarva, erős reflectált fény mellett vezetem be a szem ellenőrzése mellett a szárával felfelé tekintő sondát az orrba, körülbelül az alsó kagyló mellső harmadának távolságáig. Ekkor a sonda könyökét az orrfenekre nyomva, felhágó szárát kifelé billentem és iparkodom a felhágó szár csúcsával az alsó orrjáratba, az alsó kagyló alá kerülni, a mi atrophias kagyló mellett, melynél a kagylócsont rendszerint partialisan resorbeált és ezért puhább, engedékenyebb is, minden nehézség nélkül sikerül. Nem okvetlenül szükséges ugyan, de a beteg iránti tekintetből, hogy felesleges fájdalmat ne okozunk, czélszerű ezen manipulációt megelőzőleg a kagyló ezen részét, valamint az alsó orrjárat mellső harmadát, a hol a kivezető nyílás fekszik, cocain-eseteléssel kissé érzésteleníteni. Ha a sonda ily módon bejutott az alsó orrjáratba, akkor szára felfelé és kissé kifelé fog tekinteni, épen a kívánt helyzetben, a mit a vízszintes lapjának elhajlásából is láthatunk. Ekkor a sondát mellfelé húzzuk egészen az alsó kagyló mellső végének tapadási helyéig, úgy szólván a kagyló hónaljába, a hol az alsó orrjárat felfelé kissé kiöblösödik és jobban mellfelé a sonda a kagylóvég tapadása miatt (ezt nevezi *Panas* helytelenül esontos kidomborodásnak) már nem jöhet; ha ezen felső kiöblösödést elértük, akkor a sonda egy kicsit dőczenen és érezzük, hogy magától beleesett a ductus nasalis nyílásába. A sonda helyzete és a ductus nyílás tapintása olyan jellegző, hogy annak, a ki az orrmelléküregek sondázását rendszeresen végzi, első kísérletre mindig sikerülni fog a bevezetés, sőt kezdők is igen gyorsan elsajátíthatják. Ha a sonda csúcsa már bent van a nyílásban, akkor hátra marad a felhágó szár feltolása a ductusba, a minél arra kell figyelniünk, hogy a kifejtett erő megfelelően a csatorna irányának, tehát a sonda külső részét kezünkkel kevésbé súlyosztjuk, mi által a hátsó vég emelkedik és azután lassú nyomással a sondát hátulról és alulról fel- és kissé kifelé toljuk.

Ha a ductus nem szűkült és az első sondázást vékonyabb pl. a 2. számú sondával (2 mm. átmérő) végezzük, úgy a sonda egészen könnyen fog felecsúszni és az egyénnek fájdalmat alig okoz. Olyan esetekben, a hol szűkület van jelen, a pathologikus viszonyok természetesen némi nehézségeket fognak teremteni.

Miután könnyesatorna bántalmak igen sok eseténél tapasztalataim szerint az orrnyákhártya hypertrophiája szerepel complicatio gyanánt, a mihez, a mint azt e helyen más alkalommal már előadtam, a kagylócsont megvastagodása is társul, ezért sokszor fogjuk oly eseteknél, a hol ezen sondázást kell végeznünk, az alsó kagylót hypertrophiának találni oly mértékben, hogy a sonda bevezetésére az alsó orrjáratba, vagy ha ez sikerülne is, de feltolására a ductusba, a mellső kagylóvég resectiója nélkül gondolni sem lehet. Ilyenkor előzetes műtétet végzek oly módon, hogy a kagyló mellső végét a csont tapadási helyéhez közel cocain-érezéstelenítés mellett egy ollócsapással leválasztom és az ily módon félig szabaddá lett kagylórészt, mely legfeljebb a mellső harmadnak felel meg, kaecsal lefűzöm. Ezután szabad lesz az út az alsó orrjáratba a hosszabb sondák számára is.

A műtét után az alsó orrjárat ezen része a szemnek is hozzáférhető lesz. Esetleges hypertrophiák, melyik a ductus körül a lateralis falon ülnek és a ductust comprimálják vagy elzárják, azonnal eltávolítandók, ha pedig valamely trauma, vagy fekélyes folyamat, vagy ügyetlen galvanocaustika folytán a ductus alsó nyílása egy hegcsövetbe zárva teljesen átjárhatlan volna, akkor még a heg kiirtását kell éles kanállal vagy más úton végezni. Fődolog az, hogy a ductus nyílásának környéke már az első műtét alkalmával teljesen szabaddá tétessék és az első sondázást közvetlen a műtét után végezzük.

A tágitást azon igen csekély számú esetben, a hol alkalmam volt végezni, ilyenkor eleinte gyorsan teljesítettem úgy, hogy az első ülésben vezettem be sorban egymás után az 1, 2, 3, sőt ha lehet a 4 sz. sondát is, a mi nagyobb nehézségeket nem okoz.

A sondák feltolása a ductusba szűkület esetén azonban a betegre nézve meglehetősen fájdalmas, de a fájdalom pár percczel a sonda eltávolítása után megszűnik.

Oly esetek számára a hol esetleg a ductus belsejében keletkezett volna egy átjárhatlan heges szűkület, szerkesztettem az 1 számú megfelelő vastagságú, de kihegyezett acélsondát a szűkület átdöfése végett. Ezen sondát még nem volt alkalmam használni, de úgy gondolom, hogy meg fog felelni a czélnak; alkalmazása esetén közvetlen utána természetesen újra a gyors tágitás volna végzendő.

A 3—6 sz. sondáknak megfelelően canülöket is használok a könnyvezeték átfeeskendése, esetleg gyógyszeres oldatok bevezetése czéljából; meg kell azonban jegyezni, hogy a vezeték és könyvtömlő átfeeskendése oly módon, hogy a folyadék a könnyesatornácskákon át a szembe és innen kifelé folyjon, néha bizonyos nehézséggel jár. A folyadék egy része a ductuson át mindig visszafolyik az orrba és a sikeres átfeeskendéshez a lehető legvastagabb kanül alkalmazása szükséges, mely jól beszorul a vezetékbe és a folyadék visszafolyását lehetőleg korlátozza. Ezen néha előforduló nehézségnek oka egyrészt a szűk könnyesatornácskák által okozott ellenállás, másrészt a canülnek esetleg helytelen tartása, hozzászorítása a ductus falához, mely a nyílásnak eleje fekvő, a felfelé folyást megakadályozhatja. Ilyenkor nem szabad a feeskendő erősebb nyomása által erőltetni az átfeeskendést, mert ezzel czéltalanul nagy fájdalmat okoznánk a betegnek, hanem iparkodni kell a canület helyesebb irányba hozni, esetleg kihúzni és újból bevezetni.

Visszatérve az előzetes műtét, tágitás és esetleges átöblítés után az orrt 30%-os steril jodoform gaze-zal 4—5 napra tamponálom és a további tágitást csak a műtét utáni 5-dik vagy 6-dik napon, azontúl pedig a szükséghez képest 3—4 naponként végzem.

Ezek után a retrograd sondázás és dilatatio javalatait eddigi csekély tapasztalataim alapján a könnyorrvezeték szűkülettel járó daeryocystoblennorrhoea oly eseteiben vélem felállíthatóknak, a hol:

1. Az esetek még nem túlrégiek, a könyvtömlőfalony oly elváltozás, mely annak aspiráló képességét akadályozná, nincs.
2. A hol a bántalom nasalis eredete állapítható meg és a hol a sondázást megelőzőleg az orrbántalmat kell megszüntetni.
3. Felülről már kezelt oly esetekben, a hol a szűkület a vezeték alsó felében van és felülről teljesen kitégítve nem lévén, gyógyulni nem akar.

Ellenjavallva lesz az eljárás ellenben:

1. Magasan fekvő szűkületknél, melyek alulról már el nem érhetők.
2. A könyvtömlőfalony oly fokú elváltozásainál, a hol gyógyulás a szűkület teljes megszüntetése után sem várható.
3. Csecsemőknél és úgy hiszem gyermekeknél is a pubertás előtt, a hol a szűk orrűregben kellő nagyságú műszerekkel dolgozni még nem lehet.

Eljárásom előnyeit eddigi tapasztalataim alapján abban látom, hogy a tágitás gyors és alapos, nem olyan, mint a felülről bevezetett sondáknál, a hol a legvastagabb is csak 1½ mm. átmérővel bír, tehát nem felel meg a ductus kaliberének, mely 3—4 mm. közt variál; én ellenben az 5 sz. (3½ mm. átmérőjű) sondát eddig minden esetben, a 6 sz. (4 mm.) sondát pedig a legtöbbször be tudtam vezetni. *A sonda bevezetése felnőtteknél minden esetben kivihető*, természetesen többnyire az előzetes műtét után. És végül nem csekély előnye eljárásomnak az is, hogy ezen aránylag vastagabb és tompa végű sondákkal az álutak készítése is könnyebben elkerülhető, mint a felülről való sondázás mellett.

Kétségtelen hátránya eljárásomnak, a mi az anatómiai viszonyokban rejlik, hogy alkalmazhatósága csak a ductus alsó felére, legjobb esetben 2/3-ára terjed ki, hogy többnyire egy — bár csekély horderejű — előzetes műtétet kíván meg és hogy a sonda feltolása a tágitás alkalmával fájdalmas, ez a hátrány azonban a felülről való tágitásnál is megvan.

Az eljárás gyógyértékéről ez alkalommal nem óhajtok még nyilatkozni. Az esetek, melyek ilyen kezelésem alá kerültek, még oly csekély számúak, hogy belőlük következtetést vonni nem szabad. Mai közlésemnek czélja az volt, hogy ezen már többször emlegetett,

de gyakorlatban methodice még nem végzett eljárás lehetőségét és alkalmazásának módját demonstráljam. További tapasztalatok gyűjtésére rhinologus szaktársaim, de első sorban a szemorvosok vannak hivatva, mert ők rendelkeznek ilyen ezélokra szükséges beteganyaggal és állandóan alkalmazván a régi, felülről való sondázást, ők az egyedül illetékesek a két eljárás kölcsönös méltatására. Én magam ezen módszert nem tekintem a felülről való tágitás versenytársának, hanem legfeljebb kiegészítőjének.

Közlemény Török Lajos dr. és Schein Mór dr. Röntgen- és Finsen-gyógyintézetéből.

Bőrbetegségek kezelése Röntgen-fénnyel és Finsen módszer szerint.

Irták: *Török Lajos* dr. egyetemi magántanár és *Schein Mór* dr. bőrgyógyász.

(Vége.)

Lupus erythematodes.

Legújabb időben két lupus erythematodesben szenvedő beteget kezeltünk Röntgen-sugarakkal. Mindkét betegnél előzőleg a legkülönbözőbb szokásos gyógyeljárásokat alkalmazták eredmény nélkül. Az egyik beteg egy 18 éves lakatossegéd, kinél a baj az orra, állra, mindkét pofára és fültre localizálódik és eddigelé folyton terjedt. A beteget hatszor exponáltuk és pedig mindegyik arczfelét 10—10 percig. Az ötödik expositio után diffus hyperaemia lépett fel, mely csak a beteg helyekre szorítkozott és a hatodik expositio után fokozódott. Ezen expositio után oedema is lépett fel, úgy hogy az affectio nagyon hasonlított egy orbánczhoz. Ezen hasonlóság annál nagyobb volt, mert a reactio a peripherián különösen erős volt, úgy hogy itt három millimeter széles hyperaemiás szegély emelkedett ki laposan, mely éles ellenében állott a környező normalis bőrrel. A reactivjelenségek egy hét alatt visszafelődtek és három héttel az utolsó expositio után az arcz egész más küllemet mutatott, mint a kezelés előtt. Azelőtt mindkét pofán számos véredény és a folliculusoknak megfelelőleg erősen tapadó szarúpikkelykék és comedok voltak láthatók a hyperaemiás területen. Ezek mind eltűntek. Mindkét pofa most egészen sima és egyenletesen igen csekély fokban halványpiros, tehát igen csekély mértékben hyperaemiás és véglegesen gyógyultnak mondható. Ellenben az orron, állon, füleken, melyek még nem lettek kezelve Röntgen-fénnyel, javulás, illetőleg változás nem észlelhető.

Még érdekesebb a másik esetünk, mely még nagyobb kiterjedésben lépett fel, t. i. a hajzatos fejbőr is occupálva volt körülírt plaqueok alakjában. Ezen betegnél az egyik arczfelet Finsen szerint, a másikat Röntgen-fénnyel kezeltük. A reactio a röntgenezett helyeken nyolcz ülés után állott be. Itt is a reactio kizárólag a beteg területekre szorítkozott és az egészséges helyeket teljesen szabadon hagyta, itt is az afficiált terület széle erősebb reactiv oedemat mutatott, mint annak többi része. Ezen jelenséget úgy magyarázzuk, hogy reactioval járó kórfolyamatoknál annál gyorsabban és annál erősebb mértékben áll be a Röntgen-sugarak hatása, minél erősebb az exponált területen jelenlévő reactiv izgalmi állapot. Ezen esetben is határozott javulást észleltünk a kezelés után; de a hyperaemia nem fejlődött olyan mértékben és olyan egyenletesen vissza, mint a másik oldalon, melyet Finsen szerint kezeltünk. Az igaz, hogy az idő, mely a Finsen-féle fénysugarakkal való kezelés óta elmúlt, hosszabb, úgy hogy a hyperaemia itt jobban fejlődhetett vissza.

A betegnél a két fület és az orrot is kezeltük Röntgen-sugarakkal. Ezen helyeken is határozott javulás észlelhető; de a reactio következményei még nem multak el teljesen, miért is a végleges eredményre nézve még nem nyilatkozhatunk. Csak a bal fültre nézve és annak környékére vonatkozólag mondhatjuk, hogy itt teljes gyógyulás állott be. Ezen fület október 17-dikétől október 28-dikáig kezeltük; összesen 10 expositiot alkalmaztunk, mire igen erős reactio lépett fel. Az egész fül megdagadt és impetiginosus pörkkel volt fedve, mely még most, november 18-dikán sem vált le mindenütt. A hol azonban levált, ott a fül és környezete teljesen normalis lett, absolute nem hyperaemiás,

helyenként hegeképződéssel gyógyult a folyamat. Az eredmény igazán meglepő szép.

Azon kérdésre, hogy a lupus erythematodes milyen esetei volnának Finsen szerint és milyen esetei radiographiával kezelendők, a Finsen-féle gyógy mód tárgyalásánál térünk át.

Megjegyezzük, hogy számos szerző, mint különösen *Schiff és Freund, Jutassy, Hahn és Grouven* a lupus erythematodesnek radiographiával való kezelésénél kedvező eredményt értek el.

Néhány szóval a *lupus vulgaris* radiotherapiájáról is akarunk megemlékezni. Nem volt alkalmunk a betegség esetét kezelni. *Schiff* leírása szerint a Röntgen-fény hatása alatt a lupusgöbésék megduzzadnak és sötétvörös színt öltenek; oly helyeken, melyek azelőtt látszólag normalisak voltak, sötét foltok és utóbb lupusgöbésék lépnek fel. Ezen göbésék a reactio beálltával kiesnek és helyükön gombostűfejnyi, élesen határolt anyaghiány marad vissza, mely hegesedéssel gyógyul. A heg kezdetben hyperaemiás, besüppedt, környezete sima és fehérek. A kezelés végeredménye *Schiff, Kümmel és Mühsam, Szabóky* szerint kedvező. *Schiff* a bécsi orvosegyetben egy véglegesen gyógyult esetet mutatott be és *Neisser*-nek is sikerült egy esetet végleg meggyógyítani.

Látni fogjuk, hogy *Finsen* fénytherapiájával egészben véve sokkal kedvezőbb eredményeket ért el, mint *Schiff*. Mégis értékesnek tartjuk a lupus vulgaris ezen kezelésmódját, mert vannak esetek, melyek *Finsen* szerint nem kezelhetők. Ilyenek a nagy kiterjedésben fellépő lupus esetek, melyeknek kezelése *Finsen* szerint évekig tartana, továbbá az orra és fültre localizált esetek, végre a nyálkahártyákon levő ulcerosus folyamatok, melyek sem operativ úton, sem *Finsen*-féle fénysugarakkal meg nem közelíthetők, pl. az ornyálkahártyán levő luposus fekélyek. Az ilyen esetekben a radiotherapia, mely ellentétben a forró levegővel való kezeléssel (*Heissluftbehandlung Hollaender* szerint), továbbá az excochleatioval, cauterisatioval, paquelinózissal és transplatioval, teljesen fájdalomtalan, conservativ vértelen eljárásnak mondható, határozottan indikált.

Urticaria pigmentosa.

Egy 25 éves betegnél, ki már 7 év óta szenved egy főleg a törzsre és a felső végtagokra localizált kiütésben, mely hosszúkás és kerekded, világos- és sötétbarnán pigmentált lapos lencsényi egész borsónyi kiemelkedésekből áll, melyek mechanikus izgatásnál, különösen dörzsölésnél és vakarásnál hyperaemiásak és oedemások lesznek és ennek folytán jobban kiemelkednek és ugyanakkor viszketnek is, mindenféle kezeléssel hiába való próbálgatás után a Röntgen-sugarakkal tettünk kísérletet, a mennyiben egy férfitenyéri területet a jobb alkar hajlító oldalán 4-szer hetenként 10—10 perczen keresztül a Röntgen-sugarak hatásának tettünk ki. Legnagyobb meglepetésünkre a reactio beállta után a bőr az exponált területen egészben megbarnult, az urticariás kiemelkedések rendkívül elhalványodtak és mechanikus izgalomra nem álltak többé elő. A diffus pigmentatio visszafelődött és csak az urticariás területeken maradt vissza igen csekély pigmentato mint egyedüli maradéka a folyamatnak, ellenben mechanikus ingerekre most sem váltható ki reactiv oedema az illető területeken. A test többi részein az urticariás folyamat nem mutat semmiféle eltérést régi képétől. Minthogy a beteg semmiféle egyéb kezelésben nem részesült, illetőleg a Röntgen-kezelés előtt használt gyógyeljárások semmiféle befolyással nem voltak a folyamatra, biztosan mondhatjuk, hogy az urticaria pigmentosa kizárólag az x-sugarak hatása folytán gyógyult meg a kezelt területen.

Végül megemlítjük, hogy *Schiff* a bécsi cs. k. orvosok társulatának november hó 8-dikán tartott ülésében az *epithelialis carcinoma* két esetét mutatta be, melyek Röntgen-fénnyel való kezelés folytán teljesen meggyógyultak (*L. Wiener klinische Wochenschrift, V. 46, 1901. Sitzungsbericht.*) Angol orvosok (*Alfred Cooper, Sequeira, Abraham, Andrew Clark.*) hasonló eredményt értek el a bőr- és mammacarcinoma néhány esetében.

II. Gyógykezelés Finsen módszere szerint.

Ritkán okozott valamely gyógy mód oly nagy és általános sensatiót, mint *Finsen* gyógy módja. Ez annál feltűnőbb, mert eddigelé csak kevés betegséget birunk ezen methodus szerint kezelni; mégis érthető ezen hatás két körülménynél fogva. Először,

mert *Finsen*-nek sikerült először a lupus vulgarist operatív beavatkozás és erősebb edző szerek alkalmazása nélkül biztosan meggyógyítani, másodszer azért, mert a módszer nem durva empiriának, nem is egy szerencsés véletlennek szüleménye, hanem a fény hatásának előzetes tanulmányozásán alapul. *Finsen* csak akkor kezdte gyógykísérleteit, miután bebizonyította, hogy a napfény meleg sugarainak, továbbá vörös, sárga és zöld sugarainak nincs az a hatása a bőrre, mint a fény kék, ibolya és ultraviolet sugarainak, mely utóbbiakat a kémiai sugarak neve alatt is szoktak összefoglalni. Azelőtt azt hitték, hogy a bőrnek fény okozta gyuladása a hősugarak által előidézett melegnek következménye. *Widmark*, stockholmi tanár volt az első, a ki bebizonyította, hogy a bőrlobot nem a fény hősugarai, hanem a spectrum ellenkező oldalán elhelyezett, legnagyobb törékenységgel bíró sugarak, főleg az ultraviolet sugarak okozzák. Hasonló eredményhez jutott *Finsen* is. Ezen szerző a napfényt, melyet quarzlenesék segítségével koncentráltan saját karjára irányított, az által hűtötte le, hogy a leneséket egy hengerbe foglalta, még pedig oly módon, hogy köztük destillált víz áramlott, továbbá az által, hogy karját hideg vízzel locsolta. A fényt majd vörös, majd sárga, majd zöld üvegen keresztül. Ezen koncentrált napfény vörös, sárga és zöld sugarai nem voltak képesek bőrlobot előidézni, ellenben a kék és ibolya sugarak képesek voltak erre, de csekélyebb mértékben, mint az ultraviolet sugarak. *Finsen* ezen tapasztalatai alapján az exanthematikus infectiosus bántalmakat, különösen a variolát a napfény kémiai sugarainak kizárásával oly szobákban kezelte, melyekbe csak vörös fény hatolt. Ezen kezelésnél ama tapasztalatából indult ki, hogy a fény kémiai sugarai egészséges bőrön is képesek lobot előidézni. Ebből azt következtette, hogy a sugarak bizonyára a kanyarónál, vörhenynél, himlőnél, orbáncznál már amúgy is fennálló reakciós állapotot fokozzák és súlyosbítják. Az eredmény igazolta feltevését, különösen a variolánál. Ha a himlőbetegek a genyedés stadiuma előtt kerülnek a vörös fényvel ellátott szobába, melyekbe vegyi hatású fény nem tud behatolni, úgy genyedés nem áll be és ennélfogva hegek sem jönnek létre.

Egyébként is sokkal enyhébb a lefolyás és sokkal csekélyebb a mortalitás. A többi exanthematikus bántalomnál is úgy látszik, hogy kedvező befolyással van a kémiai sugarak kizárása (negatív phototerapia). Erre nézve azonban még nem rendelkezőnk kétségtelen és végleges eredményekkel.

A bőrbetegségek kezelése koncentrált vegyi fénysugarakkal azon két tényen alapul, hogy azok bacteriumok culturáit tönkretenni, megölni képesek és hogy a bőr mélyebb rétegeibe is képesek hatolni, ha a vért előzőleg kinyomjuk belőlük. *Finsen* assistense *Bie* bebizonyította, hogy kivált az ultraviolet sugaraknak van igen erős bactericid hatásuk. *Finsen* előzetes kísérletei alapján megállapította, hogy milyen kellékek szükségesek arra, hogy a fény kémiai hatású sugarai a bőrre hassanak. Először is igen erős, koncentrált fényt kell alkalmazni, mely lehetőleg sok kék, ibolya és ultraviolet, és lehetőleg kevés hősugarat tartalmaz. Szükséges továbbá a megvilágított bőrfelületen nyomás által vértelenséget előidézni, mert a vér a fénysugarakat elnyeli. Harmadszor szükséges hideg fényt alkalmazni, illetőleg a hősugarakat hideg víz által elnyeletni és e célból áramló hideg vizet alkalmazni a készülékben.

Az apparatusok, melyekkel *Finsen* dolgozik, kétfélek: olyanok, melyeknél a napfény szolgál fényforrással és olyanok, melyeknél villamos ívfény szolgáltatja a fénysugarakat. Ez utóbbi fényforrás gyógyítás céljából határozottan előnyösebb, mert a villamos ívfény sokkal gazdagabb ultraviolet sugarakban, mint a napfény és nem függ az időjárástól. Nem akarjuk itt a *Finsen* által alkalmazott kétféle készüléket részletesen leírni, ezt *Basch Imre* egy a budapesti kir. orvosegyesületben tartott előadásában úgyis megtette, csak annyit akarunk megjegyezni, hogy a villamos fényt szolgáltató elektromos ívlámpák feszülése körülbelül 50 volt, intenzitása 50—80 ampère. A villamos fényt *Finsen* quarzlenesék segítségével koncentrálna, mert a quarz az ultraviolet sugarakat keresztülbocsátja, míg az üveg azokat részben visszatartja, a mennyiben csak a hosszabb hullámú ultraviolet sugarakat engedi keresztül. A fény lehűtésére destillált vizet használ, mely a quarzlenesék közötti ürt betölti, azonkívül pedig hideg forrásvizet, mely egy zárt edényben kering és a destillált vizet állandóan lehűti. A

destillált víz is átengedi a kék, ibolya és ultraviolet sugarakat. A bőr lehűtésére *Finsen* egy végkészüléket alkalmaz, mely két quarzleneséből: egy plan-plan és egy plan-convex leneséből áll, melyek között használat közben állandóan hideg víz kering. A plan-convex lenesét *Finsen* a kezelendő bőrfelületre odanyomja a végett, hogy a vért az edényekből kiszorítsa. Egy expositio tartama 1— $\frac{3}{4}$ óra. Mindegyik *Finsen*-féle apparatus négy karral van ellátva, úgy hogy egyszerre négy egyént lehet kezelni. Az apparatus ára 3000 frank.

Megjegyezzük, hogy *Finsen* intézetében, melyet a dán állam alapított, naponta 300 beteget lehet kezelni.

Az apparatus a magángyakorlatban nehezen alkalmazható, mert először is nagy investitiot, másodszer igen erős ívfényt (mint mondtuk, 80 ampéret) igényel, mely a praxisban nehezen szereshető be. Azért számos orvos iparkodott *Finsen* eljárását egyszerűteni. A módosított apparatusok között megemlítjük a *Bang*-féléit, a *Strebel*-féléit és a *Lortet*- és *Genoud*-féléit. *Bang* vaselektrodákat alkalmaz, melyek belsejében hideg víz kering, úgy hogy azok, ha az utcai villamos vezetékkel összekapcsolatnak és ha öt ampère feszültségű áram megy keresztül rajtuk, fehér izzó állapotba jutnak és dacára annak nem meleg, hanem hideg fényt sugároznak ki, mely igen gazdag ultraviolet sugarakban és azért kezelésre igen alkalmas. Az expositio tartama csak öt perc. *Strebel* a villamos szikra ultraviolet sugarakban hasonlóképpen igen gazdag fényét alkalmazza, egy expositio tartama egy óra.

Végre *Lortet* és *Genoud* villamos ívfényt használnak. Ez utóbbi készüléket mi is beszereztük és a kezelést június 12-dikén megkezdjük. A készülék áll egy 10—12 ampères villamos ívlámpából, melynek széncsúcsai körülbelül 150°-nyi szög alatt hajolnak egymás felé. Ezen széncsúcsok az utcai egyenárammal vannak összekapcsolva, mely utóbbinak intenzitását izzólámpa-ellenállás által csökkentjük. A széncsúcsok fehér izzó fényét egy parabolikus fémtükör kifelé vetíti két quarzlemez felé, melyek közül a belső plan-plan, a külső plan-convex. A két quarzlemez között állandóan hideg víz áramlik, mert azok egy fémgyűrűbe vannak foglalva, melyhez fémcsövek vannak illesztve, mely utóbbiak ismét kaucsukcsövek segítségével a vízvezetékkel köthetők össze. A két lenese között áramló víz a fény lehűtésére szolgál. Ugyancsak e célra szolgál egy tányeralakú rézedény is, melyen keresztül szintén hideg víz áramlik, hogy a quarzleneséket és azok foglalását lehűtse. Az ívfény csak rövid utat tesz meg, mert a távolság a széncsúcsok és a külső quarzlemez között, melyhez a kezelendő bőrfelületet odanyomjuk, csak 3—4 cm.-t tesz ki. Ennélfogva kevés fénysugár vész el és koncentrált, kék és ibolya sugarakban gazdag fény éri a bőrt, a hősugarakat pedig a víz elnyeli, úgy hogy a külső lenese egész hideg marad. Az egész apparatus egy állványon mozog és tetszés szerint állítható be. A széncsúcsok a belső quarzlemezhez tetszés szerint közelíthetők vagy attól eltávolíthatók, emelhetők és süllyeszthetők, úgyszintén egymáshoz közelíthetők és egymástól eltávolíthatók.

A készülék a „Lyon Médical“ 1901. évi 11. számában és az Arch. f. Derm. 57. kötetének 3. füzetében van leírva. Ezen leírás alapján csekély, lényegtelen módosítással *Wonke Rezső* helybeli műszerész készítette azt számunkra.

A készüléket úgy használtuk, hogy ugyanazon bőrfelületet minden második vagy harmadik napon 20 perczig exponáltuk. A hatás ugyanaz, mint az eredeti *Finsen*-féle készüléknél. Közvetlenül az expositio után csekély hyperaemia és exsudatio észlelhető az illető felületen, mely lassan fokozódik és 12—24 óra múlva maximumát éri el. Ezen photochemikus lob abban különbözik a hőokozta lobból, hogy utóbbi rögtön keletkezik és igen rövid idő múlva éri el tetőpontját. Néha az exsudatio oly erős, hogy hólyag- vagy pürkképződés áll be. A reactiv hatás különösen a kezelés elején megfelelő subjectiv panaszokkal: viszketéssel, fokozott érzékenységgel, esetleg fájdalommal jár.

Arra nézve, hogy milyen bőrbajok kezelhetők a fény vegyi hatású sugaraival, *Finsen* a következő indicatiokat állította fel. Az illető bőrbajnak meglehetősen felületes fekvésűnek, körülírtnak és bacteritikusnak kell lennie. Ezen indicatiok alapján főleg három bőrbajnál alkalmazta módszerét: lupus vulgarisnál, lupus erythematodesnél és alopecia areatánál. Ujabb időben a bőr gomba okozta bajai közül a favust és herpes tonsuranst is kezdte módszere szerint kezelni.

Finsen assistense *Bie* kimutatta ugyanis, hogy a chemiai hatású fénysugarak a két betegség kórokozóját: az achorion Schoenleiniit és a trichophyton tonsurans, valamint más penészgombákat megölni képesek (Über das Vermögen des Lichtes Spross- und Schimmelpilze zu töten, von Valdemar Bie. Mitteilungen aus Finsens medicinischem Lichtinstitute in Kopenhagen. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1900.)

Lássuk az első három bőrbajt egyenként:

Lupus vulgaris.

Már megemlítettük, hogy a lupus vulgaris vegyi hatású fénysugarakkal való kezelése mindenütt a legnagyobb elismerésben részesült, a hol *Finsen* az intézetében kezelt betegeket vagy személyesen vagy assistensei által bemutatta. A párisi nemzetközi orvosi congressuson az orvosoknak alkalmuk nyílt a *Lang*-féle transplantatio módszerét *Finsen* módszerével összehasonlítani és mindenki megegyezett abban, hogy *Finsen* illeti meg a babér.

A német természetbúvárok és orvosok ezidei Hamburgban tartott vándorgyűlésén a legnagyobb lelkesedést keltette a kezelt egyének bemutatása. *Finsen* eddig körülbelül 650 lupusbetegét kezelt módszerével, kiknek nagy része véglegesen és teljesen meggyógyult. *Bie* 1900 január havában 400 lupus esetről számolt be (Therapeutische Monatshefte. 1900. január). Az esetek nagy része gyógyult. Minden esetben javulás volt észlelhető és csak 5 olyan eset volt, melyben a javulás csak lassan haladt, mert vagy oly gyorsan terjedt a baj, hogy kezelés közben új helyeken léptek fel lupusgócok, vagy igen mélyen localizálódott az affectio, úgy hogy a sugarak csak nehezen tudtak behatolni. A javulás beálltáig némi idő folyt le; de ha az egyszer megkezdődött, úgy a lupusos szövet eltűnik és hegszövet lép annak helyébe. Az 1899. év végéig *Finsen* intézetében 454 lupusbetegét kezelt. Ezek közül 307 beteg meg volt gyógyulva, 121 beteg további kezelés alatt állott, 26 beteg félbeszakította a kezelést.

Az első 130 esetet *Finsen* kizárólag fénnyel kezelte. Most már csak a könnyű eseteket kezeli kizárólag fénnyel. Kiterjedt és súlyos esetekben pyrogallol-kenőccsel való kezelést bocsát előre, hogy a bőr lehetőleg sima legyen és a fényt könnyen át-bocsássa. Megjegyezzük, hogy a kezelt és gyógyult esetek között igen sok a súlyos, kiterjedt lupus.

A kezelés főelőnyei *Bie* szerint annak megbízhatósága, kitűnő kosmetikai hatása, fájdalomatlansága és a *recidivák ritkasága és csekély kiterjedése.*

O. Jersild (Mitt. aus Finsens Lichtinstitut. I., 1900. 113. lap) a következő szavakkal nyilatkozik *Finsen* módszeréről: „An einer in der medie. Gesellschaft von Dr. Forehammer vorgenommenen Demonstration von 50 Lupuspatienten wurden der Kopenhagener medicinischen Welt die Resultate dieser neuen Therapie zum ersten Mal vorgestellt und es sei gleich gesagt, die Resultate übertrafen selbst die kühnsten Erwartungen. Die 50 Lupuspatienten, unter welchen sich viele alte ulcerative Fälle befanden, stellten sich alle mit schönen weissen, oft kaum sichtbaren Narben vor und selbst mit der genauesten Untersuchung liessen sich keine Knoten oder Infiltrationen nachweisen.“

A kezelés fényes eredményeinek behatása alatt érhető, hogy a kis Dánia után más országok is siettek *Finsen* módszerét meghonosítani. Berlinben állami intézetet nyitottak, melynek vezetésével *Lesser* tanár lett megbízva. Bécsben *Lang* tanár kezdeményezésére magánjótékonyaságból nagyobb méretű intézet létesült, mely kizárólag a lupus vulgaris gyógykezelését tűzte ki céljául. Az intézet neve: *Heilstätte für Lupuskranke.* Ő Felsége a király e célra „egyelőre“ 10,000 koronát adományozott. Nálunk Magyarországon még nem történt semmi *Finsen* módszerének meghonosítása céljából, pedig nálunk is kellene valamit tenni a tömérdek sok lupusbeteg érdekében. A lupusbetegek legnagyobb része tudvalólag szomorú anyagi helyzetben van. Ha tehát magángyakorlatban néhány orvos alkalmazza is *Finsen* módszerét, úgy ezzel a sok lupusbetegen nincs segítve. Csak nyilvános intézet ingyenes rendeléssel van hivatva a betegek zömén segíteni.

Áttérünk az általunk kezelt lupusbeteg kórtörténetének ismertetésére. 17 éves, magas termetű, halvány leány, kinek baja 3 év óta áll fenn. A felső ajak nyákhártyáján az átmeneti redő szomszédságában és magán az átmeneti redőn, továbbá a foghúson,

a felső fogsor szomszédságában, számos gombostüfejnyi és részben valamivel nagyobb, részint kerekded, részint mintegy kirágott szélekkel ellátott, felületes, lapos, fehér lepedékek bevont fekély, melyeknek peripheriáján csekély diffus hyperaemia észlelhető. A foghúson egyes helyeken azon kívül halványvörös granulatiók. A beteg eddig concentrált tejsavval, éles kanállal és galvanocauterrel lett kezelve, de baja makacsul recidivált, sőt terjedt. A kezelést június 13-dikán kezdtük meg, de már június 27-dikén félbeszakítottuk, mert a beteg elutazott. E kétheti kezelés nem jöhet számba és kárba vészett. A tulajdonképeni kezelés tehát szeptember 3-dikán kezdődött és mostanáig sem fejeződött be. Annyit azonban már most is mondhatunk, hogy az egész lupusos terület úgy az átmeneti redőn, mint a foghúson a teljes gyógyulás benyomását kelti. Fekély sehol sem látható, hanem azokon a helyeken, hol azelőtt számos apró fekély volt, most vagy halvány heg, vagy rendes nyákhártya constatalható. Csak a foghúson látható helyenként erősebb hyperaemia.

A kezelés a *Lortet-Genoud*-féle apparatussal történt, heti 4–5 ülésben, mindegyik expositio tartalma 20 perc volt. Az exponált területen 24 óra mulva 2 mm. vastag, fehér, szalonnás fényű diphtheroid-lepedék látható, mely csak három nap mulva válik le.

A lepedék leválása után hyperaemia már nem constatalható, ellenben annak képződése előtt igen. Az expositio után két napig érzékeny marad a nyákhártya, mely érzékenység különösen evés alatt nyilvánul. Megjegyezzük, hogy egy esetben az ajakpirra is áterjedt a lepedék, mert a lenese széle úgy látszik ezt is érte.

A betegnek kemény szájpaplásán is van három lupus plaqueja, mely azonban apparatusunkkal nem kezelhető, mert azzal el nem érhető. Ezen helyeket a beteg 50%-os tejsavdattal eseteli.

Lupus erythematodes.

Ezen betegségnek is csak egy esetét kezeltük. A betegről már volt szó. Emleltettük ugyanis, hogy egyik arczfélét Röntgen-fénnyel, másik arczfélét chemiai hatású fénysugarakkal kezeltük és hogy eddigelé úgy látjuk, hogy a *Finsen* szerint kezelt arczfél mutat nagyobb fokú javulást, a mennyiben egészben halványabb, simább és tágult faggyúütőszők kevésbé láthatók rajta. Ezen betegnél két, a hajzatos fejbőrön lévő plaqueot is kezeltünk vegyi fénysugarakkal. Mindkét helyen javulás állott be. A kezelés úgy történt, hogy ugyanazt a helyet 5–6-szor egymásután exponáltuk, mindig 20–20 perczig.

Bie említi, hogy *Finsen* első harmincz esetében különböző volt az eredmény. Az esetek egy része véglegesen gyógyult; de vannak esetek, melyek nagyon makacsok és a recidivára nagy hajlamossággal bírnak, úgy, hogy a hatás távolról sem oly megbízható, mint lupus vulgarisnál. 1899 végéig *Finsen* intézetében 31 ilyen beteg kezeltetett; ezek közül 11 gyógyult, 10 beteg további kezelés alatt állott, 10 betegnél a kezelést eredmény nélkül félbe szakították.

Arra nézve, hogy a lupus erythematodesnél melyik eljárás a jobbik, a *Finsen*-féle vagy a radiographikus eljárás, ez idő szerint még nem lehet végleges ítéletet mondani. Mindkét eljárás minden esetre lényeges haladást jelent a betegség gyógykezelésében.

A *Finsen* módszere nem minden esetben alkalmazható, így pl. a fülön, az orron, a nyákhártyákon, egyáltalában mindazon esetekben, melyekben az apparatus convexlencséje nem fedheti a kezelendő felületet és nem nyomható reá. Az ilyen esetek, valamint igen nagy kiterjedésű lupus erythematodes-esetek radiographikus eljárással kezelendők. A többi esetben megpróbálhatjuk *Finsen* módszerét. Ha ez nem válnék be, úgy a másik módszerhez térjünk át.

Alopecia areata.

Itt is mindkét módszer, t. i. a fénnyel és x-sugarakkal való kezelés concurrál egymással. Mi eddig három beteget kezeltünk *Finsen*-féle chemiai hatású sugarakkal. Az első beteg 40 éves villamos vasúti kalauz volt, kinek baja két év óta áll fenn és folyton terjed. A hajzatos fejbőrön számos kerekded, kopasz hely látható, továbbá néhány gyéren pigmentmentes szőrrel benőtt plaque. A kopasz területek közül a homlokhoz legközelebb fekvőt, melynek nagysága ezüstforintnyi volt, választottuk kezelésre. Ezen

folton a kezelés előtt lanugo nem volt látható. Mindössze hétszer exponáltak 20—20 percig. Az ötödik expositio előtt számos lanugo-hajszálát lehetett látni az eddig kopasz területen. A hatodik expositio előtt már három fekete hajszálát is constatáltunk. A beteg a kitünő eredmény dacára a kezeléssel kimaradt.

Feltűnő, hogy milyen gyorsan kezdtek a kezelés megindítása után a hajszálak kinőni; de ez teljesen megfelel ama tapasztalatoknak, melyeket *Jersild* a Finsen intézetében szerzett. Ezen szerző hét esetről referál (Einige Fälle von Alopecia areata mit konzentrierten chemischen Lichtstrahlen behandelt. Mitth. aus Finsens Lichtinstitut, 1900.) és megjegyzi a következőt: *Im Ganzen ist es eine unerwartet schnelle Reaction, welche alle Fälle mit Bezug auf das Hervorwachsen der Haare zeigen.* Az ő esetei között leggyorsabban reagált a hetedik, t. i. négy expositio után; 10 nappal a kezelés megkezdése után sűrű lanugo volt észlelhető a kezelt helyen. Más esetben nyolcz ülés után volt látható finom lanugo.

De nem minden esetben áll be oly gyorsan az eredmény. Ezt bizonyítja második és harmadik esetünk. A második beteg egy 30 éves hivatalnok volt, kinél a baj 1900. november hava óta áll fenn és a szakálban localizálódik. A sok kopasz terület közül olyat választottunk kezelésre, melyen lanugo nem volt látható, t. i. egy kissé piros, koronagyorságú foltot az áll jobb oldalán.

A kezelést megkezdők június 15-dikén. Julius 3-dikán, a 12-dik ülés után 7 fekete hajszálát constatáltunk ezen folt területén, július 9-dikén vagy 15-öt. A kezelést ezen folton és 2 más folton folytattuk július 20-dikáig; de ezen foltokon 8—10 expositio után még nem láttunk eredményt. A beteg ekkor kimaradt. Megjegyezzük, hogy a baj a nem kezelt helyeken a kezelés idejében terjedt. Daczára annak, hogy ez esetben az eredmény nem nagyon szembeszökő, mégis a legnagyobb valószínűséggel állíthatjuk, hogy a partialis hajnövés a kezelésnek tulajdonítható.

Harmadik betegünk egy 24 éves nyomdász. A hajzatos fejbőr hátsó felében két kopasz folt volt látható, mindkettőn gyér, szintelen, illetőleg fehér lanugo. A haj színe egyébként világosbarna. A felső folt nagysága ezüstforintnyi, az alsó jóval kisebb, koronagyorságú. Csak a felső foltot kezeltük. A kezelést június 30-dikán kezdődött és naponta 20 percig tartott. A huszadik ülésnél (VII. 31.) constatáltuk, hogy a folt a periphéria felől kisebbedett, hogy itt rendes hajszálak nőttek ki, ezen szőrnövés a folt centruma felé gyengül. Harminez ülés után (IX. 3) azt találtuk, hogy a szőrnövés a folt centruma felé lényegesen terjedt. A centrumban egy fél cm. diameterrel bíró hely most is kopasz. Negyven ülés után (október 10-dikén) ezen hely terjedelme kisebbedett. Jelenleg november 15-dikén a folt ezen 40 ülés következtében teljesen be van növe rendes hajzattal és csak annyiban különbözik a többi hajzattól, hogy a szőrnövés kissé gyéresebb, ellenben a nem kezelt folt teljesen változatlan és most is csak gyér lanugóval van fődve. Ezen eset a positiv hatás tekintetében nagyon meggyőző, mert a gyógyulás oly mértékben haladt előre, mint a fénysugarak behatottak és mert a kisebb folt, mely kenőcsökkel és alkoholikus szerekkel lett kezelve, csak most kezd javulni. (Az eset a budapesti kir. orvosegyesületben 1901. november 23-dikán lett bemutatva.)

Larsen esetei között kettő volt olyan, hol nem lehetett semmikép azon ellenérvvel élni, hogy ez esetek amugy is gyógyultak volna. A mi eseteinkről sem lehet ezt állítani, mert egyik betegünkénél a baj épen terjedő félben volt, mialatt kezeltük, mert továbbá egyik betegünkénél sem volt constatálható más helyeken gyógyulásra való hajlam. A milyen óvatosoknak kell lennünk az alopecia areata lefolyásának és gyógyulásának megítélésében, tudván azt, hogy sok eset különösen fiatal egyénekénél spontan gyógyul, mégsem foroghat fenn kétség az iránt, hogy *Finsen* módszerével a betegség oly eseteit gyógyíthatjuk, melyek különben rosszabbodtak, illetőleg terjedtek volna.

Finsen intézetében 1899. végéig 29 alopecia areatában szenvedő beteg lett kezelve; ezek közül 22 meggyógyult, egy kezelés alatt állott, hat beteg abbahagyta a kezelést, néhányan kevés expositio után.

A mi az alopecia areata Röntgen-fénnyel való kezelését illeti, *Kienböck* volt az első, kinek több esetben sikerült a betegséget ezen agenssel meggyógyítani. A kezelt eseteket ő a bécsi

orvostársulatokban mutatta be. Utána mások hasonló eredménnyel alkalmazták néhány esetben e sugarakat.

A milyen feltűnőnek látszik első pillanatra, hogy ugyanazon agens szőrnövés és szőrhullást is képes legyen előidézni, oly könnyen érthető ez alaposabb megfontolás után; mert ugyanazon agens, mely csekélyebb intenzitásban kevészer alkalmazva a szőrpapillákban csakis hyperaemiát és ennél fogva hajnövést idéz elő, hosszabb kezelés után koncentrált mennyiségben taplálási zavart idéz elő, mely megfordítva hajhulláshoz vezet. Az alopecia areata Röntgen-fénnyel való kezelésénél csak kevés expositiora van szükségünk és nem is alkalmazunk erős fényt. Ez magyarázza a kedvező hatást.

Ily megfontolás alapján a vegyi fénysugarak hatását is nem annyira azok specifikus és bactericid hatásának fogjuk tulajdonítani, mint inkább azon hyperaemiának, melyet ezen sugarak a szőrpapillában előidéznek. Ebben különbözik egyszersmind ezen sugarak hatása a külsőleg applikált izgalmi szerektől (chrysarobin, jód, pyrogallol).

Ezen szerek felületesebb hyperaemiát idéznek elő, mely kevésbé terjed a bőr mélyebb rétegeibe.

Végül meg akarjuk említeni, hogy az ultraviolet sugarakat felületes *epithelialis carcinomák* és az *ulcus rodens* gyógykezelésére is alkalmazták és hogy a kezelés kedvező eredménnyel járt.

A rhinitis fibrinosa kór- és gyógytana.

Közi: *Moskovitz Ignác* dr.

A fenti névvel nevezett orrbántalom kórképe, habár előfordulását tekintve nem gyakori, a szakorvos előtt jól ismert; már előzőleg megjegyzem, hogy ez alkalommal nem akarok itt szólni a *reactiv* jellegű hártás orrbántalomról, nevezetesen a galvanocauter-, chromsav stb. behatása után, tehát *edzése* következtében fellépő rhinitisekről, hanem az önállóan létesülő rhinitis fibrinosáról, melynek fő jellegzője az orrnyalakhártán fellépő plastikus lobtermék, mely az orrüreget egy fehéres-sárgás, több mm. vastagságú álhártya képében kitölti olyképen, hogy az orr teljesen obturálva, rajta a légzés egészen fel van függesztve, minek következtében egy oly állapot létesül, mely a beteg gyermekekre nézve, mert előfordulását tekintve leggyakoribb a gyermekkorban, igen súlyos következményű.

A miért ezen kóralakkal foglalkozni óhajtok, nem az újdonság ingere, vagy valamely e téren eszközölt újabb felfedezés az, ellenkezőleg, a szabályt akarom megerősíteni, mely azt hirdeti, hogy ezen hártás orrlob a diphtheritis okozta Löffler-bacillus behatása következtében, tehát infectiosus alapon létesül, és épen ezért oly kezelés foganatosítandó, mintha torokdiphtheriával volna dolgunk, még pedig haladéktalanul eszközözendő a beavatkozás azért, hogy a bántalom tovaterjedésében gátolva legyen.

Ezen kóralak nem csupán a szakorvosra bir értékkel, még inkább fontos annak méltánylása a gyakorló orvosok részéről, kik első sorban észlelik a bántalmat, és így a szükséges beavatkozást, a beoltást azonnal végezhetik, mi által eleje vétetik nemcsak a tovaterjedésnek, de a kórfolyamat lényegesen megrovidít, mint azt esetemben alkalmam lesz vázolni.

Miként fentebb említém, elfogadott és bebizonyított ténykörülmeny, hogy a rhinitis fibrinosa aetiologiája gyanánt a Löffler-féle diphtheria-bacillushoz hasonló mikroorganizmus szerepel, és nagyon közelfekvő azon feltevés, hogy az infectio kapuja az orrban egy hámfosztott hely; tudjuk azt, mily előszeretettel turkálnak a gyermekek ujjukkal az orrban, felsebzik azt, és létre jön az infectiosus lobfolyamat; ez lehet magyarázata annak is, miért lép fel ezen plastikus lobfolyamat oly gyakran csak egy oldalon, lévén a felhámfoszlás egyoldali.

Az általam megfigyelt eset a következő: A 4 éves kis fiúbeteget azon panaszzal mutatja be anyja, hogy már hosszabb idő óta náthás, de négy nap óta orra teljesen el van tömve, annyira, hogy éjjel a gyermek aludni sem képes, mert fuldoklási rohamai vannak. Ennek magyarázata az, hogy mivel nyitott szájjal lélegzik a gyermek, alvás közben a nyelv hátra esik, elzárja a gégebemenetet, ilyenkor a gyermek légszomjra felriad; ezen mechanismus mindig ismétlődik akkor, ha a gyermek elszunnyad.

Feltűnt az is, hogy a gyermek éber állapotában tátott száj-

jal jár. A vérszegény, rhachitikus küllemű kis beteg orrát megtekintve, mindkét oldalt, de főleg a jobbik orrfélben kitöltve látom az orr üregét egy fehéres-sárgás képlet által úgy, hogy az tükrök applikálása nélkül is látható, mely mintha polyp nyújtánya volna, mutatkozik az orr bejáratában.

Az álhártya a jobb orrfélben sokkal erősebben képződött, a mennyiben bal oldalt az orrüreg bejárata egy centiméternyire szabad, úgy hogy az orrtükrök behelyezhető, a mi jobb oldalt nem lehetséges. A hártya több mm. vastagságú, erősen tapad a felülethez, csipesszel leválasztani nehezen sikerült; az orrváladék genyes, maró hatású, mit bizonyít az excoriált bőr az orrbemenet körül. A torok teljesen tiszta, még erősebb belöveltséget sem mutat. A gyermek subjectív érzete, eltekintve a bágyadtságtól, mit az álmatlanul eltöltött éjjelek okoztak, kielégítő, hőemelkedés a betegség folyama alatt nem mutatkozott.

Hogy a betegnél, a helyi elváltozásoktól eltekintve, semmiféle általános tüneteket, lázat, erősebb prostratiót stb. a fertőzés nem okoz, annak oka nincsen kiderítve; nem lehetetlen, hogy az orrváladék bacteriumölő, vagy ez esetben gyengítő hatása érvényesült; tudjuk és általánosan ismert tény az, hogy az orrüreg depotja számtalan bacillusnak, melyek ott elpusztulva, káros hatásukat a szervezetre kifejtteni nem képesek.

Érdekesekek különben Rouxnak és Yersinnek, valamint Felsenthalnak kísérletei, melyek kimutatták, hogy az alakilag és a tenyésztés által is valódinak bizonyult Löffler-féle diphtheria-bacillusoknak virulensképesége nem egyforma. Felsenthal két eset közül az egyikben találta meg a Löffler-bacillushoz minden tekintetben hasonló microorganismust, de gyengébb virulensképeséggel, a beoltott állatok nem pusztultak el, a beoltás helyén mérsékelt duzzanat lépett fel, a mi pár nap múlva teljesen felszívódott. De Roux és Yersin valóságos diphtheria-esetekben kimutatták, hogy a virulencia mértéke nem egy bizonyos meghatározott hányad. Löffler szintén leirt oly microorganismusokat, melyek csak abban különböznek a valódi diphtheria-bacillusoktól, hogy nem képesek kifejtteni a megfelelő kóros hatást és ezek az úgynevezett pseudodiphtheria-bacillusok. Roux és Yersin mindazonáltal egy csoportba osztja azokat és csak előttünk valamely ismeretlen ok, esetünkben talán az orrváladék bactericid hatása gyengíti a bacillusok virulenciáját.

A négy éves kis betegnél sem okozott a fertőzés lázat és a mit különösen kiemelni óhajtok, a családban, hol még két kis gyermek volt együtt a beteggel, a fertőzés izolált maradt, dacára annak, hogy elkülönítés nem történt, a minnek különös haszna már azért sem lehetett volna, mert a betegség negyedik napján, a fejlődés stadiumának tetőpontján láttam a beteget és az esetleges tovarterjedést megakadályozni úgy sem lehetett volna.

Ajánlatomra a házi orvos Behring-féle antitoxin-serumot injeciált délután körülbelül öt órakor, az időpontot azért tartom fontosnak megjelölni, hogy a serum hatását pontosan ellenőrizhesstük.

A beteget másnap délből láttam ismét, a gyermek anyja jelenti, miszerint reggel kilenc óra tájban, tehát 15 óra lefolyása után az eszközölt injectionak, nagy mennyiségű hártvás képlet távozott el a gyermek orrából és azóta sokkal jobban lézlik.

Betekintve az orrba, nyomát sem láttam álhártyának, csupán az orrnyálkahártya egész felületén sebes, felhámfosztott, az elválasztott nyálka híg, vörrel és genyvel kevert. A következő napokon a helyi kezelés arra szorítkozott, hogy a nyálkahártya felületén levő sebek begyógytassanak, a mi jodol-orthoformbefúvás alkalmazása mellett meg is történt és az előbb véres-genyes váladék genyes-nyálkássá változott át.

Az orrlégzés a hártvás leválása óta zavartalan volt, csupán a nagyobb mennyiségben producált genyes váladék igazolta még a fennálló hurutos állapotot. A kezelés 10-dik napján az orrnyálkahártya egészében visszanyerte egészséges küllemét, a váladék normalis jellegű, a leválás óta hártvaképződés nem volt.

A rhinitis fibrinosa, mint önálló megbetegedés 1882-ben lett először méltatva, később 1887-ben Hartmann publikált több esetet, és különösen ezen esetek terelték a figyelmet a kóralakra. Seiffertől származik a rhinitis fibrinosa elnevezés; azelőtt rhinitis crouposa névvel illették. Ugyancsak Seiffert 3 alakját különbözteti meg ezen orrbántalomnak, t. i. a primaer, a secundaer rhinitis

fibrinosát, mely utóbbi azonban a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, mivel alatta az egész légző tractus fibrinosus lobját kell érteni, a lobfolyamat alulról haladván felfelé.

A harmadik kategóriába az úgynevezett művi alak tartozik, előidézve különféle edző szerek behatása következtében. Seiffert a primaer alaknál jellegzetesnek tartja a mérsékelt általános tünetöket, a láz hiányát, vagy csak igen csekély hőemelkedést, és hogy felnőtteknél ritkán fordul elő.

A rhinitis fibrinosának aetiologiája még 1893-ban is homályba volt burkolva. Hartmann és Chapin a diphtheriától függetlennek tartották, Seiffert erősebb huruttól tartotta feltételezettnek, és ezen véleményét sokan osztották, többi között Eulenstein elegendő okát látta a rhinitis fibrinosa fellépésének egy erősebb fokú coryzában, semmi esetre sem osztja azok véleményét, kik egy specifikus mikroorganismus hatásának tudják be a hártvás orrlób létrejöttét

Schmithuisen a rhinitis crouposa név alatt az öröklött luesnek egy typosát nevezte el. 1894-ben Scheinmann már pozitív eredményről számolt be a rhinitis fibrinosa aetiologiáját illetően; ő t. i. egy hártvát vizsgáltatott meg, és sok diphth.-bacillust, streptococust és staphylococcus albust találtak fel abban, túlnyomó számban a diphtheria-bacillusok voltak és a culturából nyert anyag tengerimalaczkokat 24 óra alatt pusztított el.

A későbbi években mindinkább szaporodott azon észlelők száma, kik a diphtheria-bacillust mint kórokozót a rhinitis fibrinosánál biztosan feltalálhatták, és ezt mint specifikus kórokozót a bántalom létrejövételénél elismerték.

Igy Gerber és Podack rhinitis fibrinosa 5 esetében mutatták ki a virulens diphtheria-bacillust culturák és állatkísérletek útján, ezek közül egy esetben garatdiphtheria lépett fel 2 és 1/2 hét múlva az orrbántalom kezdete óta. Baginsky szintén kitermelte a hártvákából a diphtheria-bacillust, a beoltott tengerimalaczkok 6 nap múltán elpusztultak. Concetti, Abbot rhinitis fibrinosa 3 esetében, Abel szintén kutatták és megtalálták a kórt okozó bacillust, néha azonban a legszorgosabb kutatás dacára sem található fel az, így B. Fränkel említi, hogy egy családban 2 gyermeket kezelt rhinitis fibrinosával, a hol tehát a bántalom átvitele evidens tény-körülmény, még sem volt képes feltalálni a diphtheria-bacillust; Stark 3 esetet észlelt, a hol azonban a rhinitis fibrinosa pleuritis és pneumonia fibrinosához csatlakozott — tehát a Seiffert által megjelölt secundaer alak — és bacillust nem talált. Epstein egy esetben csak akkor mutathatta ki a diphtheria-bacillust, a mikor a folyamat a garatürbe hatolt, míg az orrban a lelet negatív maradt.

A therapiára vonatkozólag érdekes felemlíteni a különféle szereket, melyeket a multban többen megkíséráltak, a míg a bántalom aetiologiája felderítve nem volt; így Gluck atropint, Potter mentholos tampon, Eulenstein jodoformgaze-tamponokat ajánlott, míg Hartmann langyos antiseptikus kiöblítéseket alkalmazott. Mennyire meg van könnyítve ma a kezelő orvos feladata a gyógy-eljárás tekintetében, mert hiszen Behring korszakos felfedezése után mindenki tudni fogja, hogy rhinitis fibrinosa esetében csak egyféle therapia alkalmazható, és ez az antitoxin befecskendése, melynek csodás hatása már néhány óra leforgása után érvényesül.

T Á R C Z A.

Az énekhang és énekművészet physiologiája.

(Vége.)

Az énekművész lelki állapotáról. Majdnem minden komoly művész nagyobb énekproductio előtt izgatott. Ezen izgalomnak különböző fokai vannak; vagy csak igen csekély, vagy betegségig is fokozódhatik. Ezen ú. n. lámpaláz megszűnik, mihelyt a művész túl van azon, hogy saját hangját meghallja; és természetesen kellemes izgalomnak, stimulationnak ad helyet, mihelyt a művész sikereit látja, jobban mondva hallja; mert első sorban ő maga rögtön felismeri, hogy valamely nehezebb részleten hogy esik át. A művész azután belemelegszik és a szó teljes értelmében stimulálva van; ennél fogva sokkal merészebben megy neki legmagasabb hangjainak, melyek ezen beidegzési elevenség miatt szebben is sikerülnek neki, mint otthon a próbánál.

De a melyik művész hangja fogyatékosabb, vagy a kit éneklés közben már baleset ért, az éneklése közben nem győzi le a lámpalázt, hanem csak akkor nyugszik meg, midőn a nehezebb részleteken túl van. Ezen félelem az énekesnek kárára van és némelyiknek valóságos kísérlete is lehet. Ismertem egy kántort, kinek egész betegsége abból állott,

hogy egy kiállott indispositio után nem tudott letenni az aggodalomról, hogy a község színe előtt az énekben el fog akadni. Nyugdíjazni kellett. És ime megérkeztem azon pontra, a hol az orvos szakértő véleménye jöhet szóba. Egy ily énekes hangszervében semmi abnormitást nem lehet találni, pedig idegrendszere állapota miatt képtelen volt az énekre.

Az énekművésznél tényleg testi és lelki épségének érzetében kell lennie mindannyiszor, a midőn a nagy közönség elé lép és egész hirtelen jön szóba. Mert a mint láthattuk, az énekproductio nagy és e mellett finom izommunka. Midőn különösen a tenoristának vagy drámai sopránnak — mint legkényesebb hangnemnek — oly magas kótákra kell elkészülnie, melyek egész erejét és egész éberségét igénylik, hogy meglegyen az egyensúly a feszes légnyomás és a gégeizomzat munkája között: annak úgy kell az egyensúlyra vigyázni, mint akár a kötéltáncosnak, a ki szintén megszokta már izgató munkáját.

Midőn az énekes nem mer neki menni a szerepének, midőn ő izomzatát gyengébbnek, idegrendszerét kimerültnak érzi; akkor pusztán ezen pszichikai okoknak is kell hogy belássuk fontosságát, különösen, mert szereplése közben a folytonos aggály még inkább fogja depimálni lelki erejét és veszélyeztetni a beidegzés biztosságát. Így tehát, ha az énekművész hangszervén semmi rendellenességet sem találunk, azért teljes biztossággal még nem állíthatjuk, hogy az illető feltétlenül rendelkezik énekhangja felett. Ehhez járul az is, hogy a hangszervben oly csekélyek lehetnek az elváltozások, a melyek fel sem tűnnek, jelentősnek épen nem látszanak; de az illetőnek nagy zavart okozhatnak, sőt az énekhangképzés fájdalommal is járhat, a mely fájdalmas érzést az izomzatban orvosilag nem lehet ellenőrizni. Praxisban azonban a dolog másképen áll, sok külső körülmény szól közbe, hogy az illetőt simulansnak tartjuk-e vagy sem, de orvosi szempontból nagyon bajos vagy épen lehetetlen valakire reámondani, hogy feltétlenül birtokában van énekhangjának.

A praxisban a dolog egyébiránt még másképen, t. i. megfordítva áll. A művészek azért jönnek, mert akarnak énekelni, de nem tudnak; és olyan tanácsot kérnek, hogy feltétlenül mondjanak-e le (a mi a művészre nézve néha valóságos szerencsétlenség) vagy kockára tegyék-e a sikert.

Ez esetben szakorvosi tapasztalás fog dönteni, csak azt akarnám megemlíteni, hogy ha úgy határozunk, hogy az illetőket éneklésre bocsátjuk egy kis gyógykezelés után, akkor rendszerint közvetlen az ének előtt kell újra megvizsgálni és önbizalmát fokozni. Ezen lelki gyógyszernek nagy becsé van; mert részben a siker feltétele, hogy a művész maga bizzzék hangszervében.

Természetesen: qui bene distinguat, bene docet.

Az énekművészetéről. Az énekművészek által nyújtott lelki gyönyörrel csak akkor lehet szó, ha a brillians énekművészet megfelelő szép hangszervben játszódik le és kellő nagy hang áll rendelkezésre, a miből mindent lehessen formálni. A nagy közönségnek leginkább szokott imponálni a hatalmas hang; de az athletamutató egy magában nem elég, hanem kell is tudni a hangot úgy felhasználni, hogy az a zenei vagy mondjuk költői szép kívánságának megfeleljen. Erre nézve az énekművésznél, a kiről felteszszük, hogy ú. n. zenei érzése vagyis izlése van, sok eszköz áll rendelkezésére. Már magával játékaival is, a mimikával, sokat nyerhet vagy veszthet, de énekéhez az első kellék a kóták biztos fogása (musikalische Treffsicherheit). Azután szükséges, hogy az énekes érzéssel, vagy mint mondani szokás, szívből énekeljen. Ez ugyan, ha így szabad mondanom, többnyire hamis feltevés, mert maga az énekes gyakran lehet érzéssel eltelve; *de hasztalan, ha nincs módja hangjával érzést felkelteni*, akkor önmaga talán egészen elérzékenyül, de minket hidegen hagy; sőt néha az a nem irigylendő sors éri, hogy minél jobban ellágyul, annál derültebb hangulatba jő a közönség. Mi csak akkor mondjuk, hogy érzéssel énekel, ha bennünk kelt fel érzést; magának a művésznél lelki állapota nem juthat hallószervünkbe.

Igaz ugyan, hogy a művész maga is belemelegszik, mind a mellett annyi mellékkörülményre ügyel: a ritmusra, a kiséretre, hangja intenzitásának lemerésére, a tiszta intonatorra, ajkainak elhelyezésére, hogy ő maga ritkán él át annyi illúsiót, mint a mennyit ő a hallgatóban felkölt. Belemélyed ugyan az énekkölteménybe, de mindig ügyel, néha egy-egy kótánál elfeledi magát és bensejében egészen átéli énekét, de ezt csak akkor teheti, ha már a hangképzéshez szükséges kellekeket elrendezte, ha már biztosan van meg a beidegzés fonala és éberségére nincsen szüksége.

Ebből az következik, hogy az énekes annál inkább engedheti magát át lelki állapotának, vagyis annyival inkább vehet részt önmaga is az általa felkeltett illúsióban, minél könnyebben megy a hang képzése, minél biztosabb és minél begyakorlottabb az egymást követendő gége- és hangszalag és resonator beillesztések mértékében; azonban *éberségét huzamosabb időre nem adhatja fel.*

Az érzés felkeltése céljából a művész hangjának különösen ú. n. *hajlékonyságához* folyamodik; a hang intenzitásának fokozása vagy apasztása, a registerek ügyes felhasználása, vagyis a lágyszalagból (falset) a keményebbe (mellhang) vagy fordítva fokozatos és észrevétlen átmenetei, mind oly körülmények, melyeknek mechanizmusa magában a hangrésben fekszik és számtalan változatra adnak alkalmat és minél engedelmesebb a hangszerv a művész ezen intentioinak, annál inkább mondjuk hajlékonynak.

Ezen hangmodulatiokkal karöltve járnak azon végtelen sok változatok, a miket a resonator idomításával lehet elérni. Ha a *garat- és szájüreg falai feszesek*, akkor a magasabb harmonikus felhangok lépnek előtérbe, a mit világos színezetű hangnak nevezünk (voce bianca) és

a mi annál inkább fokozódik, minél inkább van a száj is nyitva, de ha az énekes ellazítja a szájüreget, akkor a mélyebb harmonikus felhangok lépnek előtérbe, a mi még fokoztatik az ajkak közelítése által és létrejön a sötétebb színárnyalatú hang. A resonator ilyen változtatása lassú és gyors átmenetekben, mint említettük, egyetlen zene-instrumentumnál sincs meg, pedig *a hanggal annál szebbet lehet producálni, minél hajlékonyabb és szingazdagabb*; folytonosan ugyanazon színezetű hang csakhamar monotonná válik; a szingazdagság elengedhetetlen feltétel az énekművészet élvezetéhez. Nők közül e tekintetben legérdekesebb Landi Camilla, a ki nemcsak a mély és magas hangok ellentétével rendelkezik, hanem úgy a mély, mint a magasabb fekvésekben, a hangszínezésnek számtalan árnyalataival rendkívül szingazdag éneket tud producálni, mindezt a registerek és átmenetek ügyes és izlésez felhasználásával és érzéseket még inkább kifejező resonator-változtatásokkal. Ezen művészetéhez azonban kiválóan szép hanganyaggal is rendelkezik. Messchart, holland énekes nagy hordképességű, de nem nagy terjedelmű hanggal rendelkezik, a mely a legnagyobb hajlékonyságra és modulatorra képes, úgy, hogy az érzéseknek egész skaláját tudja beleönteni és gyönyörködtetni (mint a kritikus írta: „Allerlei Gelichter in den feinsten Abstimmungen“).

Arnoldson Sigrid énekművészetében különösen a hangnak finom kihúzása tűnik fel, mely mint legfinomabb pianissimo hangzik el; továbbá mellhangokból a voix mixte-be és a fejangokba való sima, észrevehetlen átmenet. De ha akarja, az ellentétet is gyönyörűen tudja producálni, a midőn az élénkelt hangfigurának visszhangját éneklő a legfinomabb fejangon (Echo-dal). A ragyogó koloratura, mely mint a tűzijáték szípkázik, a muzsikai biztosságon kívül a legfinomabb izomérzést áruja el.

Mindez a hallgatót csak úgy gyönyörködteti, ha a művész könnyedséggel fogja a hangokat; nemcsak, hogy soha ki nem siklik vagy hamisan nem intonál, hanem a legnagyobb nehézségeket játszi könnyedséggel győzi le, úgy hogy a hallgatóban erőlködésével vagy bizonytalanságával semmiféle nyugtalanságot nem kelt.

Leggyakrabban az énekművésznél a beszédhangja is szép esengő és érezes; és midőn éneklésre állítja be hangszervét, lényegében ugyanazon timbre-rel rendelkezik legalább a középfekvésben. A hallgatóban az az érzés támad, hogy a hangvétel természetes és ezzel ellentétben van az, a midőn hallószervünk azon benyomást kapja, hogy az énekhangvétel valami mesterkelt vagy affectált. Itt nyilván a gége ninesen helyesen beállítva és ez az énektanításnak tudható be. Van azonban úgy is, hogy az énekes nem tud másképen énekhangot producálni, mint azon hangvétellel, a mely fülünkben azt az ellenállhatlan érzést kelti, hogy a hang nem természetes. Ez olyan hiba, melyet a kiválóbb énekművészeknél sohasem tapasztaltam és a leirt kellemetlen hangvétel különösen zavar ott, hol prózai szöveg váltakozik énekléssel.

A különböző énekmestereknek különböző módszereik vannak; rendszerint a nyelvnek süllyesztésére és a lágyszájpad erős zárására vannak tekintettel, hogy világos színezetű és intensív hang fakadjon a hangszervből. Ezenkívül pedig az úgynevezett olasz, de a többi iskola is, a gége állására és a száj tartására van figyelemmel. Egy énekmesteremről hallottam, hogy lenyomja a tanítvány nyelvét és fogsorai közé helyezett ékkel terpeszteti ki a száját, mi közben énekelteni a kívánt hangot. Ninesen módomban elbirálni ezen módszereket, a mestereknek egyes útmutatásait, hogy pl. i magánhangzón skálázzon a növendék, vagy hogy melléből, hogy a gégeből, hogy csak elül a szájban, vagy a bucco-pharynxban képezze a hangot; ugyan laikus felfogás, de hasznos útmutatás lehet, az énekmesterre nézve a muzsikai tudáson és izlésen kívül legjobb ajánló levél, hogy minő jó énekeseket képezett már ki és milyen keveset rontott el, mennyire jó énekes volt ő maga is.

Az énekmesternek véletlen szerencsése is lehet az, hogy igen jó anyagot kap tanításra; egyébiránt véleményem szerint sok függ ugyan a tanítástól, de hasonlíthatlanul több a hanganyagtól. Hirneves énekművészek életrajzában többnyire felemlítve találunk híres mestereket, a kiknél kiképzést nyertek, de véleményem szerint csak az izlést, zenei biztosságot és apróbb útbaigazításokat nyerték tőlük, mert az éneklést megtanítani nem lehet. *De a mi fontos, a mester abban az irányban fejlesztí az énekhangot, melyre alkalmas és természetesen fakad.* Nem csinál középsopranból magas drámai soprant vagy magas baritonból tenort stb. Blaha Lujzának épen nem volt valami neves mestere, mégis gyönyörű hangja, szép hanghordozása, zenei biztossága és szingazdagsága van. De tanulás nélkül (Natura singer) énekművészt még sohasem láttunk, mindegyik műénekes (Kunstsänger).

Hellat P. sz.-pétervári kollega, foglalkozva e kérdéssel (Arch. f. Laryngologie 1899), következő megfigyeléseket tett. *Az énekhang legszebben fakad mélyen tartott gégevel*; a természetes éneklés közben ugyanis a gége magasabbra emelkedik a magas hangoknál és mélyebbre süllyed a mély hangok éneklése közben. Sőt tudnivaló, hogy még a fej is követi ezen mozgásokat és a legmagasabb hangoknál úgy a drámai szopran, valamint a hőstenor is fel- és hátravetik fejüket és a nyakat erősen kifeszítik. Hellat, a ki maga is tanult énekelni, azt kíváná, hogy az énekes tanulja meg az éneklést úgy, hogy a magasabb hangjegyeknél is a gége nyugodt helyzetben mély állásban maradjon. A hang szerinte így sokkal szebb és sok hírneves énekesnél azt találta, hogy tényleg mély helyzetben tartják a géget; kivételt csak a koloraturénekesnők képeznek. Ha sikerül így a géget mélyebb állásban megtartani, akkor a felső resonator (Ansatzrohr) tényleg nagyobb és hosszabb, mert hiszen nagyobb garatüreg képeztetik. Példa erre az énekes madarak hangja, a mely ugyancsak mélyen, a légeső alján képeztetik és a melynek kitünő resonantiája és szépsége nyilván a nagy felső resonatorról függ, az egész garat és légeső náluk csak toldalékos cső.

Ha nem is fogadhatom el Hellatnak minden érvelését, különösen a feszes falú légcsövet és a feszes nyakat nem tartom az énekhangra hátrányosnak, mégis nagyon figyelemre méltónak tartom és azt hiszem, hogy már az énekművész meghallgatásakor is mintegy meghalljuk, hogy mikor tartja gégejét mélyen vagy középmagasságban, és mikor emeli azt erősen. Bizonyos erőltetettséget lehet ilyenkor a férfieneknél meghallani, a mi zavaró. Különösen a hangjegy bekezdésekor (Einsatz) azon már említett benyomást kapjuk, hogy ez a hang nem természetes.

A gége emelése és süllyesztése éneklés közben azonban úgy látszik egészen individualis és általánosat még erre nézve nem mondhatunk. Maga Hellat is sok énekesnőt nevez meg, kik a magas hangokat erősen felemelt gégejével éneklék. *Barbi Alice*, a dalkirálynő is sokszor erősen emeli gégejét és pedig nem is a magas kóták fogásánál, hanem a mezza voce vagy helyesebben a fedett hangok éneklése közben, a melyekkel az érzések skáláját a hosszú gyakorlat után mind finomabban méri le. A minden esetre erősen kifejlődött nyelvsontizomzatot megfigyelve, olykor-olykor láthatjuk is a középvonalban a két digastricus kötegeit kidomborodni. De férfiaknál, majdnem minden neves énekesnél Hellat úgy találta, hogy mélyen fixálva tartják a gégejüket.

Az énekhang szépségéről még megjegyzem, hogy a legnagyobb tetszést nyert énekesnők nem a magas drámai soprannal, hanem inkább a mélyebb mezzosoprannal (sőt alhanggal) érik el ezt. A közép és mélyebb fekvésben folyó énekhang leginkább tud érzést kelteni, de csak úgy, ha nagyon szingazdag, vagyis kiváló resonantiája van. A coloratura inkább csak gyönyörködtet, de a mai izlési közönséget hidegen hagyja. A magas drámai sopran és hőstenor inkább *izgató*, a mi a mai kor izlése is; olyan mint a Wagner orchestralis művei.

A magas drámai sopran vagy hőstenor, midőn hangja nagy és merész ivben szárnyal felfelé, mintegy kikel magából; maga is izgatott, nemcsak a vállalkozása, hanem a productioja folytán. Majdnem mindig teste is felemelkedik és a lábujjakon áll: többnyire egy kis tengelyforgást is végez testével és nevezetesen, hogy ezen ágaskodásról a meseterek le nem szoktatták. A benyomást különben nem rontja. Ehhez járulnak együttmozgások az arcizmokban is, melyek néha zavarnak, de néha épen nem. Coloraturénekesnőknél gyakran láthatók ezen együttmozgások, melyekről nehéz volna leszokni a legmagasabb hangoknál. Arnoldson asszonynak oly természetes könnyedséggel fakad hangja, mégis, midőn a *c* és *d* kótákat megfogja, ezt kis arczrángás követi, a szemek becsukódnak, az egész éberség összpontosul a gégeben lefolyó rendkívüli, de igen finom működésre, melyben mégis valami természetlen kívüli van.

Münchhof Mary, a ki e télen énekelt nálunk coloraturát, ezen készségében talán mindegyiknek felelté áll, de nem megerített fel. Ezen énekesnő a legnehezebb magas trillákat és a legmagasabb kótákat minden arcizomgyüttmozgás nélkül nagy könnyűséggel énekelte, míg *Bianchi* asszonynak, a nálunk régóta kedvelt, finom művésznőnek arcizomjátéka a szemlélőre zavaró. Trillái közben az alsó állkapocs rángásokba jő (ez nyilván az ő iskolája), a melyeket nem úgy fogok fel, mint együttmozgásokat, hanem szándékosakat. Nem a nyelvsont és gége jó hullámzásokba, hanem a nyelvsontot fixálva, a fő hullámzási mozgást az állkapocs veszi át.

Az énekesnek legnagyobb baja, hogy szöveggel kell énekelnie és a hallgató helyes kiejtést is követel. Ez a művésznök nem sikerülhet mindig, mert pl. az *u* magánhangzónál száját szűkítienie és a resonantort lazítania kell, tehát sötét színezetű lesz a hang, a midőn épen az ellenkezőjét kívánná és így fordítva *i* magánhangzóval; ép így zavarnak az összetorló mássalhangzók is, mindamellett kiváló ügyességgel és gyakorlattal ezen nehézséget is leküzd.

Ha a hallgatónak itt felsorolt nagy igényeit itt tekintetbe vesszük, szívesen fogjuk concedálni, hogy a rutinált énekművésznök, bár ha két-három év alatt meg is tanul szépen énekelni, mégis tíz esztendőre van szüksége, hogy művészetének telőfokára eljusson és mint már feleltem, tényleg alig találunk kiváló énekművészt, vagy művésznőt, ki a 30. életévét még be nem töltötte volna.

Némái József dr. egy. magántanár.

Kétly Károly és Navratil Imre tanárok ünneplése.

Az elmúlt hét folyamán két kiváló jelesét ünnepelte hazai orvosi rendünk Budapesten. *Kétly Károly* tanárnak az Országos Orvos-Szövetség rendezett mint elnökének f. hó 21-dikén egy diszlakomával ovatiót azon alkalomból, hogy Ő Felsége őt az oktatásügy terén kifejtett érdemeinek elismerésül az udvari tanácsosi czímmel ruházta fel.

Navratil Imre tanárt nagyszámú tanítványai, tisztelői és barátai részesítették hasonló ovatióban azon alkalomból, hogy a Magyar fül- és gége-orvosok egyesülete által f. hó 20-dikán rendezett díszülésén 1001 *végzett légszűrés alapján* tett tapasztalatait adta elő. Mindkét ünnepély fényes és lélekemelő volt, önkéntes és őszinte kifejezője azon tiszteletnek és nagyrabecsülésnek, a melylyel az ország orvosai a rend e két tagjának érdemei iránt viseltetik.

Tiszta szívvel és meleg baráti érzéssel csatlakozunk mi is ez ünnepléshez. Kétly Károly kitartó küzdő társunk volt elejétől fogva ama nagy elvi küzdelemben, melyben annak idején az „Orvosi Kamarák” eszméje ellenében az „Országos Orvos-Szövetség” létesítésének eszméjét állítottuk fel és vezettük a hazai orvosi közfelfogásban győzelemre. Ő az elvi győzelemre jutott eszmét jeles munkatársai segítségével a gyakorlat terén eddigél is már kiváló eredménnyel juttatta érvényre. Alig pár éve alakult meg elnökléte alatt ez önkéntes egyesülésen alapuló szövetkezet, máris tagjaiul öleli magába — igen kevés kivétellel — az ország összes orvosait. Az egyetemes szervezkedés teljes befejezé-

sére még alig volt eddig elegendő idő fiókszövetségeiben és központi igazgató tanácsában, máris sorba tárgyalta a rendi érdekeket illető, úgyszólván valamennyi kérdést és sokban azok közül a dolog miben állására, a bajok felismerésére és a segítés módjai lehető mikéntjének szempontjából termékeny eszmecseréi folytán az eddiginél több viláosságára, egyes dolgokban pedig tényleges eredményekre jutott el. Mindenek fölött pedig elérte azt, hogy a hazai orvosok között az összetartozás gondolatát és érzését is eddigi hasonnemű intézményeinknél jobban és szelesebb méretekben felébresztette és öntudatra gerjesztette. Kétly tanárnak eddigi sikereit a magyar orvosi rend egyesítésében ezutánra is a jobb jövő reménye kíséri. Csodákat természetesen ez az intézmény sem fog teremteni — azt sohasem is állítottuk róla —, de saját közügyeinkkel való buzgóbb foglalkozásra és együttműködésre serkent, meggyőződésünk szerint jobban, mint a bürokratikus kamara-rendszer.

Navratil Imre tanár egyike azon elsőeknek, kik a specialis szakbeli orvogyakorlatot országunkban meghonosították és a saját szakában elért eredményeivel irányadóvá lett más szakok specialis irányú művelésében is. Méltóan szegődik hosszú és eredményes orvogyakorlati és tanítói működéséhez társainak, tanítványainak közelismerése és tisztellete!

H. E.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A malariatheoria jelenlegi állása.

Közli: Torday Árpád dr. belklinikai gyakornok.

(Vége.)

3. *Plasmodium praecox* (Grassi-Feletti) a perniciosus vagy a nyár-öszai alak parasitája. Az amöboid test ennél igen kicsi, a piros vérszójának $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ részét foglalja el, gyorsan mozog, nyugalomban gyűrűalakú, finoman szemeses, olyanynira, hogy festenyzettsége olykor alig látható. Asexualis élettartama 48 óra, a mely idő alatt a parasita a belső szervekben tartózkodik; a sporulatio alkalmával a közepén helyet foglaló pigmenttömeg körül 15—20 kis spora képződik. Ha a parasita bizonyos nagyságot elért, a lépben, agyban és csontvelőben fejlődik tovább s csak akkor található a környi edényekben is, ha nagyon elszaporodott.

A perniciosát a félholdalak jellemzi, ez akkor lép fel, ha a parasita kifejlődése valamely okból (hosszú ideig tartó fertőzés miatt vagy chininek alkalmazatlan időközben való nyújtása miatt) gátolt, a mikor is a parasita fejlődésre alkalmatlan alakot ölt, nem sporulál s ennél fogva lázrohamot nem okozhat; a félhold az illető egyénre kedvező jel, mert azt mutatja, hogy a parasita fejlődésében egy időre megakasztatott (sokszor hónapokig nem fordul elő ilyen alaknál lázroham). A félholdalakú malariaparasitákkal bírók vérével beoltott egyének nem esnek malariába.

Ezen alak is sporulálhat, mielőtt újból kedvező körülmények közé jut. A félhold pigmenteszemeséssel környezett szemeses vagy rostos maggal bír, mely többnyire a félhold közepén ül, gyakran 2—3 mag is látható benne.

A félholdalakot régente steril, elhaló alaknak tartották, mivel magfestést nem mutatott; a Romanowsky-féle módszerrel ez a legtöbbször kimutatható. A pernicioso-alaknál a láz gyakran subcontinuos vagy perniciosus alakban jelentkezhet s mint ilyen nagyon veszélyes lehet. Ha a három alak kombináltan fordul elő, szabálytalan láztypust kapunk; ha több generatio egyszerre található a vérben, tertiana duplex, quartana duplex stb. alak léphet fel.

Nemcsak a pernicioso-alaknál képződik más jelentőségű alak, hanem a quartanánál és a tertianánál is (kedvezőtlen körülmények között), utóbbiaknál ezeket gömbölyű, nem sporuláló testeknek vagy sphaeráknak hívjuk. A sphaeráknál a festeny nem halmozódik fel a sejt közepén és a spora sem esik szét; ezen képletet ostorszálsáknak becsátanak ki magukból s a polymitus alaknak első nyilvánulási formái. A félholdak egy részéből az emberi véren kívül szintén ostorszálsák képződnek.

Az olaszországi malaria-parasiták az afrikaiaknál valamivel nagyobbak és festenyzettek. Koch a nagysági különbözőzetek okát a vizsgálati módszer különbözőségében találja, mert Koch festett vérkészítményeket vizsgált, míg az olaszok friss vérkészítményeket használnak vizsgálati czélból.

Benck Lewkoviczsal a malaria plasmodium két atypusos alakját függő esepben vizsgálta. A fiatal parasiták a piros vérszójekhez voltak tapadva, úgy hogy gyenge nyomásra már elváltak tőlük. Tarja a fehér vérszójekben látott plasmodiumokat.

Gautier a Kaukázusban a malariának négy fajtát észlelte.

A moszkitotheoriát Kohlbrugge, Grawitz és Beyfuss ellenzik; Mannberg a moszkito mellett a víznek és talajnak is fontos szerepet tulajdonít a fertőzés létesítésében. Kohlbrugge moszkitoentes vidéken is látott malariát; E. Grawitz szerint Posenben márczius és április havában sok a malaria, a mikor moszkitok nincsenek, ellenben júniusban aránylag kevesebb. A malaria a pocsolják lecsapolása és a folyók szabályozása óta csökkent, valamint a mióta a vizszolgáltatásra nagyobb gondot fordítanak, úgy hogy ezek alapján azt hiszi, hogy a víz terjeszti a malariát. Beyfuss azt találta, hogy Pontianokban és Borneóban a moszkito ritka, bár ott sok a malaria; a moszkitotheoria a pandemiákkal nehezen egyeztethető össze. A malaria incubatio tartama sokszor 24 óra, nem pedig $1\frac{1}{2}$ —7 nap, mint a hogy a moszkitonézet vallja.

Schwalbe a moszkító jelentőségét azért vonja kétségbe, mert szunyogmentes vidéken is látott malariát, és viszont oly helyeken, hol sok volt a szunyog, nem észlelte a betegséget. Adatai azonban tévesek, mert munkájában olyan helyeket is szunyogszegényeknek jelez, a mely vidékeken *Ross* vizsgálatai szerint pettyes szárnyú anopheles nagy számban található. *Mannaberg* azt tartja, hogy a moszkítótheoria egyes pontjai homályosak ugyan, de előbb-utóbb ezeknek magyarázatát is adhatjuk s akkor a theoriát általánosan el fogják fogadni.

Ziemann csak kis álló vizekben találta a *Culex* lárváit és bábait. A febris tropica az anopheles gyomrában pigmentes coccidiaszerű képletté alakulhat át, a melynek beisejében később a sporozoiták képződnek. Nem tudja eldönteni észlelései kis száma miatt, hogy a tertiana és a tropica coccidiái megkülönböztethetők-e egymástól a korai stadiumban. Azon kérdés eldöntésére, hogy csak a moszkító terjeszti-e a malariát, további vizsgálatokat tart szükségesnek.

Koch Kelet-Afrika és Java szigetén végzett vizsgálatai szerint a malaria iránti fogékonyság nagyobb a gyermekeknél, mint a felnőtteknél. A malariát gyermekkorban kiállott egyének természetes immunitást nyernek ezen betegséggel szemben s innen van az, hogy egyes vidékeken is csak 5—10 éves korig észlelt autochton malariát. Ezzel magyarázza meg azt, hogy egyes helyeken a benszülött lakosok a malaria iránt nem fogékonyságosak s csak a bevándorlott egyének s kivált azok gyermekei esnek ilyen vidékeken malariába.

Pfehn szerint a nyugatafrikai partokon relativ immunitás létezik sőt abszolút immunitás is. Az ilyen egyének vérében a parasita évek múlva is kimutatható a nélkül, hogy az illetőkre ártalmas volna. Az európai bevándorlottaknál a piros vértetekben az első láztünetek előtt, különböző nagyságú, alakú és elrendeződésű basophil szemcséket talált, a melyek benszülötték vérében lázmentes időszakban és szörványosan a lázroham alatt is feltalálhatók. Megjelenésük a fertőzés megtörténte utal. A szemeses piros vérszövetek sokasága az előrement malariarohamok súlyosságával és gyakoriságával nincs arányban, szintúgy a kísérő anaemiával sem. A szemesék kifejlődésére és a kísérő anaemiaira a chinin hatástalan.

Egyébként hangsúlyozza, hogy bizonyos helyen nyert tapasztalatokat nem lehet más vidékekre alkalmazni. A malaria kórméjének felállításánál a parasita kimutatását nem tartja feltétlenül szükségesnek. Néhány malariás esetet észlelt, a melyeknél a hőmérsék a 37.5° C-t nem haladta meg.

A prophylaxis három irányban végzendő: 1. egészséges ember őrizkedjék a moszkítók csípésétől, 2. a megbetegedett egyének izolálандók, 3. a moszkítók elpusztítandók. Az elkülönítés nemcsak az egészséges egyének, hanem a megbetegedettek érdekében is foganatosítandó, mert különben az utóbbiak esetleg újabb fertőzések is ki lehetnek téve. *Koch* a malariaellenes védekezésnek egyedüli célra vezető módját a megbetegedett egyének elkülönítésében és meggyógyításában, a recidivák megakadályozásában és a lappangó esetek felkutatásában és gyógykezelésében keresi. Mert ha minden malariás beteget meggyógyítunk, akkor a szunyogok csípése nem lehet reánk nézve veszélyes, mivel malariás egyén hiányában a malariás fertőzést nem terjeszthetik.

A szunyogok elpusztítására ajánlott eljárásokat elégtelennek tartja. A mocsarak lecsapolásától sem vár eredményt, mert a szunyogok a száraz helyen is megélnék és tovább tenyésznek.

Az ember a moszkító csípése ellen különféle módon védekezhetik. Moszkító vidékeken a szabadban lehetőleg ne háljon, nyitott ablakok mellett a hálószobában gyertyát ne gyújtson, öltözetét is olyan legyen, hogy a moszkító csípése azon át ne hatoljon. Az ablakokat és ajtókat sűrű fátyollal kell bevonni, sőt az ágyak fölé is czélszerű moszkítóhálókat kifeszíteni. A hálószobában levő moszkítókat füsttel, gázzal és bizonyos erős illatú anyagokkal kísérjük meg kiűzni vagy megölni. Ha éjjel kell a szabadba kimenni, húzzunk keztyűt, fejünkre pedig sűrű fátyollal ellátott méhészalarczot tegyünk. A bőrt bevonó kenőcsök, szappanok és a moszkítókra állítólag ártalmas vizek semmit sem használnak. Szervi természetű praedispositio ellen az arsenit ajánlja 0.001 gm. arsensus gelatinatablettákban Celli, továbbá a chinint, euginint, a phenocollt, mint derivatumot és a methylenkékét.

A localis praedisponáló okok megszüntetésére is kiváló gondot kellene a hatóságoknak fordítani, nevezetesen a mocsarakat és pocsoltyákat le kellene esapolni, a folyamokat, kivált torkolatuknál, szabályozni kellene, szintúgy a talajviz drainezéséről is szükséges lenne gondoskodni azon helyeken, a hol az magasan fekszik. Socialis szempontból a lakosság jó táplálására, ruházódására és lakására kellene ügyelni.

Koch a malaria prophylaxisa tekintetéből azt ajánlja, hogy a parasitákat az emberi testen belül pusztítsuk el. E célból a betegnek a lázroham előtt 6 órával mindaddig adjunk naponta 1 1/2 gm. chinin hydrochloricumot, a míg a parasiták a vérből nem tűnnek el. A recidivák elkerülésére az utolsó chinin-adag nyújtása után 5—7 nap múlva két napon át adjunk 1.0 gr. chinint, ezen eljárást többször ismételve. Prophylaxis céljából malariát át nem szenvedett egyéneknek szintén így adható a chinin; expeditiojának azon tagjai, kik a chinint így használták, nem estek malariába. A hol chinin iránt idiosyncrasia mutatkozik, a methylenkék alkalmazható.

Celli is elismeri az abszolút és relativ immunitást. Az abszolút immunitás lehet öröklött és egyéni. Azon helyeken, a hol a malaria századokon át otthonos, a lakosság nagy része egy bizonyos idő múlva a malariával szemben immunitást nyer, a mely az utódokra átöröklődhetik. Azonban olyan esetek is előfordulnak, a mikor egyes egyének nem kapnak malariát, bármennyire is ki legyenek téve a fertőzés veszélyének. Ezen egyének vérének más egyének immunizálására sikertelenül

kísérelték meg. A relativ immunitás, a mely az abszolútnál jóval gyakoribb ugyan, de nem olyan tartós, mint az, függ a betegről, az éghajlattól, az életmódtól, a lakástól, az illető egyén egészségügyi és táplálkozási viszonyaitól stb., tehát relativ dolog. Minthogy a malariát kiállott egyének vérével nem immunizálhatunk, a malaria nem tekinthető toxikus megbetegedésnek.

Ziemann Nyugat-Afrikában végzett kutatásai szerint a benszülöttnek a malaria iránti immunitása ezeknek növekedett ellentárási képességükben rejlik. A bevándorolt fehérek a malaria többszöri átszenvedése után szintén relativ immunitást nyernek ezen betegséggel szemben. A négerknél a malariás fertőzés azért enyhébb, mert vérükben kevesebb a leukocyta. A helyi viszonyok a parasiták kifejlődésére és virulenciájára szintén befolyással bírnak, mivel azt találta, hogy a kameruni parasitával fertőzött és Európába átvándorolt egyéneknél a recidiva gyakori.

Könyvismertetés.

Jessner: Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft. 5. Die innere Behandlung von Hautkrankheiten. Heft 6. Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1901.

Már többször volt alkalmunk Jessnernek ügyes, a gyakorló orvosok nagy zöme számára irt rövid practikus értekezéseiről megemlékezni, melyeket a würzburgi Stuber cég 1—2 koronás füzetekben árusít.

Az 5. füzet a bőrbetegségek belső kezelését vulgarizálja. Megkülönböztet indirect és direct kezeléseket; amazok a concomitáló egyéb folyamatoknak (kövérség, vérszegénység, izzadás) megszüntetése, a bélműködés regulázása stb., vagyis e téren egészen elfogadja az évszázados francia dermatologiai iskola tanait; a maga részéről is megtámadja a franciaiak által már régen elhagyott, a hatvanas években divott *herpetismus*-theoriát. Ide, s nem a direct eljárásokhoz kellett volna még szerzőnek sorolnia a diateticát is, melyben szerző úgy a quantitativ, mint a qualitativ hibákra figyelmeztet, és valamivel kevesebb minuciositással, mint pl. Brocq, de még mindig elég tömören, s az egyszerűbb német konyha számára talán elég kimerítően felsorolja a legközzönségesebb diatetikus excessusokat.

A direct eljárások főrészt a legfontosabb, belsőleg adagolni szokott szerek tárgyalása képezi. Bőségesen tárgyalja az arsenit s az általa befolyásolható betegségeket; kifejejtve ezek közül pl. a sarc. idiopath. pigmentosumot vagy a pseudoleukaemiát. A kakodyl-savról nincsenek tapasztalatai. Részletesen tárgyalja még a ként, salicylt, carbolt stb. stb.; még némely serumra és organotherapiás anyagra is kiterjeszkedik, sőt a tuberculint, élesztőgomba-kezelést stb. is megemlíti, úgy hogy ezek mellett a lupus eryth. ellen ajánlott jodoform-pillulák, a spermin, a guajacol, de különösen a csukamáj-olaj stb. is helyet kaphattak volna. A füzetet balneologikus adatok zárják be.

A 6. füzetben a szappanokról értekeznek, és egy kis chemiai, technikai és physiologiai kitérés után kosmetikus, gyógyszeres és anyagvívó czélok szerint osztályozza őket. A szappannak mint vehiculumnak előnye, hogy tiszta, energikus és olcsó, hátránya azonban, hogy izzag, sok szerral összeférhetetlen, nehezen expediálható, a gyári termékek pontos minősége pedig kérdéses.

Sok új, a tankönyvekben elő nem forduló e füzetekben nincsen, de a mit ad, ügyesen, élénken van írva, a tárgy iránti szeretettel, sok practicus intéssel, szóval az elolvasásra érdemesen.

Nékám.

Emil Ekstein: Die Therapie des Abortus. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1901. 76 lap.

Az abortusról megjelenő számos közlemény legélenkebben bizonyítja, hogy erről a gynaekologia és szülészet határterületén lévő tárgyról a vélemények még mindig elágazók, s pedig különösen annak a gyógyítását illetőleg. Várakozó és activ eljárás, manualis beavatkozás, curette vagy magfogó használata s más egyéb részletek még mindig oly kérdések, a melyeket elég fontosnak tartanak arra, hogy azokat rövidebb-hosszabb cikkekben vagy monographiákban ismertessék.

Az előtünk fekvő füzet szerzője a kérdést nem annyira saját, nem túlságos bő tapasztalatai alapján, mint inkább az irodalomból, valamint a *Jacob*-bal (Moszkva) együtt kibocsátott kérdőívekre beérkezett válaszok alapján, a melyek között egy olvashatatlannévű magyar (pozsonyi) nőorvostól ered, iparkodik megoldani.

A következtetések, a melyeket Ekstein beható tanulmánya eredményeként oda állít, különösen a következők: A fenyegető abortusnál az eljárás várakozó, erős vérzésknél activ legyen; abortus alatt a terheesség megszakítása a 18. hétig értendő; a narkosis felesleges; fel nem tartóztatható abortusnál a *Fritsch-Dührssen-Sänger*-féle eljárás követhető, nevezetesen át nem járható, vagy nem eléggé átjárható nyakcsatornánál méhüregtamponálás végzendő; megfelelő átjárhatóságnál a méhüreg kitarítandó magfogóval és curette tel, a mely utóbbi eszköz különösen a kis és legkisebb lepényrészletek teljes, valamint a decidua vera lehetőleg teljes eltávolítására használandó; ugyanezen eljárás követhető az abortus putridus eseteiben, a midőn a kihajtás után czélszerű a méhüreg tamponálni (drainezés); secale cornutum s ennek származékai csakis a méhüreg teljes kitarítása után alkalmazandók; minden beavatkozás az antisepsis asepsis és az objectiv asepsis figyelembe vételével történjék; sublimat csakis a kéz desiniciálására használandó, de sohasem méhüri vagy hüvelyöblítésre. Végül a szülészeti poliklinikák

felállítását, a melyek tekintetében tudvalevőleg Ausztria mögöttünk messze elmaradt, az abortus helyes kezelése szempontjából sürgeti.

Ekstein tanulmányát, a mennyiben hazai irodalmunknak is a megfelelő helyet juttatja (Lantos, Szabó, Goldberger, Fodor), az abortus tana iránt érdeklődőknek a legmelegebben ajánlhatjuk.

Temesváry Rezső dr.

Uj könyvek. Brauckmann: Die psychische Entwicklung und pädagogische Behandlung schwerhöriger Kinder. Berlin, Reuther und Reichard. — Ziehen: Die Geisteskrankheiten des Kindesalters, mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Berlin, Reuther und Reichard. — Müller: Geschichte der organischen Naturwissenschaften im XIX. Jahrhundert. Medizin und deren Hilfswissenschaften. Berlin, G. Bondi. — Döllken: Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens. Leipzig, Veit und Comp. — Haig: Harnsäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten. Berlin, O. Salle. — Freund: Die Berufskrankheiten und ihre Verhütung. Mit besonderer Berücksichtigung der graphischen Gewerbe. Halle a. S., W. Knapp. — Wehmer: Die neuen Medicinalgesetze Preussens. Berlin, A. Hirschwald. — Noorden: Über die Behandlung der acuten Nierenentzündung und der Schrumpfnieren. Berlin, A. Hirschwald. — C. F. Craig: The estivo-autumnal malarial fevers. London, Baillière, Tindall and Cox. — W. D'Este Emery: A handbook of bacteriological diagnosis for practitioners. London, H. K. Lewis.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

Rire et pleurer spasmodique. Dupré és Devaux egy ályültvelőbénulás-esezt szövettani leletét közlik, mely érdekes több szempontból. Tudvalevőleg Brissaud a göresös sirás és nevetés körtünetét a capsula interna elülső szarában levő sérüléssel hozza összefüggésbe. A vizsgált esetben az agyvelő bal oldalán tényleg e helyen volt sérülés. Az egyéb ályültvelőbénuláséhoz tartozó tünetesoport a két putamenben székülő sérülésben lelte magyarázatát, mely a P. Marie-féle desintraçation lacunaire-nek felelt meg. (Revue neurol. 1901. október 15-dikén.) ts.

A gelatina-befecskendezést véres mellhártyaizsadmánynál ajánlja Raymond-Bernard, a Val de gráce-i katonai kórház orvosa, négy eset kapcsán. Esetei az ismételt punctio daczára sem javultak, míg végül a gelatina-befecskendezések után a pleuralis transsudatio visszaféjldött. Eredményeit a következőkben foglalja össze. A gelatina vérzésesillapító hatása a pleuralis folyadék fibrin tartalmának alászállítása mellett kiterjed a haemorrhagiás pleuritise is. A befecskendezés muló és ártalmatlan visszahatással jár, gümös eredetű pleuritissnél az alapbántalomra magára nem bír befolyással. (Lyon medical, 1901.)

Az acetopyrin, a mely acet salicylsav és antipyrin összekötése, az aspirinnel együtt azon előnnyel bír, hogy a gyomornedvben nem oldódik, csak az alkaliás bélmedvben. Az acetopyrint eddig izületi eszúznál alkalmazták sikeresen. Reichelt 70 esetben használta rheumánál influenzánál, migranál, neuralgiánál és mint antipyreticumot; a szer hatásával meg volt elégedve a legtöbb esetben. Gyermekeknek 0.15—0.5 gr. adható az acetopyrinből por vagy mixtura-alakban, míg felnőtteknek 0.5 gm.-ot szoktunk egyszerre belőle adni. (Wiener med. Presse, 1901. 34. sz.)

Szébeszet.

Peritonitis serofibrinosa és más szokatlan szövödmények typhusnál. Egy typhusepidemia alkalmával Moser következő tapasztalatokra jutott:

1. Abdominalis typhusoknál serosus, illetőleg serohaemorrhagikus exsudatumok fordulhatnak elő a peritoneumban több liternyi mennyiségben. Ezen exsudatumok rövid idő alatt maguktól is felszívódhatnak.
2. A máj és lép serosáján oly fibrinosus elváltozások fordulhatnak elő, a melyek klinice dörzszőrejek alakjában tapinthatók. Vagy felszívódnak vagy elgenyednek.
3. Végül egy esetet említ, melyben a májtáji fájdalomasság folytán egy cholangitis látszott fenforogni. Az e napon kiürült acholikus székletéből a choledochus nyálkahártyájának duzzadására lehetett következtetni, a mit a sectio be is bizonyított. (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Medicin und Chirurgie, 8. kötet, 1. és 2. füzet.) Gerő dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A terhesek, gyermekágyasok és újszülöttek himlőoltásához szolgáltat adatokat Palm. Terhesek és újszülöttek tudvalevőleg fokozott hajlamossággal bírnak a himlőméreg iránt; a megbetegedés ezeknél igen heves és életveszélyes tünetek között folyik le s csakis a védhimlőoltás képes a veszélyt csökkenteni. Az 1900-dik év nyarán Göttingában s ennek környékén fellépett himlőjárvány alkalmából az ottani szülészeti kóroda összes terhesei s újszülöttei a himlőoltásnak vettek alá s ennek köszönhető bizonyára, hogy a járvány a kórdat teljesen megkímélte. Szerző az oltottakat tanulmányai tárgyává tette s különösen a következő szempontokra fektetett súlyt: 1. Vajjon a himlőoltásnak van-e káros befolyása a terhességre (ennek utolsó négy havában) és a gyermekágyra? 2. Vajjon a terhesek sikeres oltása immunitást hoz-e egyszersmind a foetust is? 3. Van-e valami káros befolyása vagy veszélye az oltásnak az újszülöttnél? A választ mindezekre a kérdésekre a következőkben lehet összefoglalni: 1. Terhesek, illetőleg gyermekágyasok sikeres oltása sem a terhességre (az utolsó négy hónapban), sem a gyermekágyra nem jár káros következményekkel; tekintettel

tehát a terhesek nagyobb hajlamosságára a himlőfertőzés iránt, valamint a himlőmegbetegedés súlyosabb lefolyására náluk, szükséges, hogy fertőzés veszélye esetén a terhesek újra oltassanak. 2. Miután a himlőoltás mindazon újszülötteknél, kiknek anyái a terhesség utolsó négy havában sikeresen lettek beoltva, pustulaképződéssel járt, ez által be van bizonyítva, hogy a terhesség alatt sikeresen beoltott anyáknak újszülöttei az oltóanyag iránt s így kétségtelenül a variolaméreg iránt is fogékonyak. Így tehát a terhesek sikeres oltása még nem tekinthő intrauterin védelemnek a foetust illetőleg. 3. Tekintettel azonban ama gyakori tapasztalatra, hogy ilyen újszülötteknél a pustulák lassabb fejlődésűek s kisebbek is, mint be nem oltott anyák újszülötteinél, jogosult azon feltevés, hogy a néhány héttel a szülés előtt végzett sikeres oltása a terheseknek a magzatnál a későbbi oltás iránti fogékonytágot gyakran lefokozza. E mellett szól azon tapasztalat is, hogy egy ilyen újszülöttnél négyeszeri oltás vált szükségessé, a míg egy pustula fejlődött. 4. Az oltás az újszülöttekre nézve teljesen veszélytelen, még akkor is, ha az a szülés napján, sőt néhány órával a szülés után történik; még kora vagy mesterségesen táplált magzatok is jól tűrik a beavatkozást. 5. Himlőfertőztetés veszélye esetén feltétlenül javalt, hogy az újszülöttek minél korábban oltassanak be születésük után. (Archiv f. Gynaek. 62. k. 2. f. 1901.)

Neumann Szigfried dr.

Venereás bántalmak.

Az ulcerosus syphilidek localis kezeléséről értekezik Hallopeau. Hallopeau egy esettel demonstrálja az általa ulcerosus syphilideknél már 17 év óta alkalmazott localis sublimat-borogatások gyógyító hatását.

A 38 éves nöbetegnél jobb oldalt a submaxillaris tájon, a vállon, czombon s a submalleolaris részen, bal oldalt pedig a czombon 2 ulcerosus syphilid van jelen. 6 egm.-os hydrargyrum protojoduretum napi adagolása mellett a jobb testfélén fekvő syphilidekre 1:5000 sublimat-borogatásokat, a bal testfélén levőkre steril vizes borogatásokat alkalmazott. Bizonyos idő mulva, midőn a steril vízzel borogatott syphilidek csak javultak s kevésbé voltak sarjázók, a sublimattal kezelt ulcerosus folyamatok már teljesen gyógyultak, behegedtek.

Hallopeau ez esetet Fournier azon állítására mutatta be, hogy az ulcerosus syphilideknél a localis sublimat-borogatások esetleg kártékony hatásúak. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 1901.)

Szabóky dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Cystitis gonorrhoeica mulierum eseteiben Bierhoff a következő gyógyításmódot használja jó eredménnyel: Az egyidejűleg jelenlevő urethritis gonorrhoeica gyógyítására 1/20/0-os protargol-oldattal hűgyszóirrigatiókat végeztet és ezzel kapcsolatban ugyanezen oldat 75 köbcentimétert a hólyagba viteti, de catheter nélkül, s csak a legközelebbi vizeléssel engedti kiürütni. A vulva megtisztogatása és a vaginának 1/20/0-os protargol-oldattal irrigatioja után 50/0-os protargol-glycerin-oldattal átitatott gazetamponnt vitet a vaginába, a mely 24 óráig marad benn. A betegek meleg ülőfürdőt használnak mindennap. (Medical News, 1901. 2. szám.)

A dormiol kiterjedten használta A. Stern, a ki eredményeiből az alanti következtetéseket vonja le. A dormiol jó hypnoticum, mely a szívre, a légzésre és a véréredényekre nem hat károsan, mint a chloralhydrat, s nincs kellemetlen szaga és íze, mint a paraldehydnek és amylenhydratnak. Az álom kellő adag (1—1.5 gramm) használata után már 1/2—1 óra mulva bekövekezik, e tekintetben tehát fölülmulja a sulfonalt, melynél csak 4 óra mulva szokott az álom beállani. Az alvás tartama 5—8 óra. Az álom mély, a természetessel egyenértékű, üdítő és erősítő; fejfájás, rosszullet, gyengeség nem észlelhető utána. A dormiol nem gyakorol káros hatást a szervezetre, az étvágyat és a bélmozgást nem befolyásolja. Erős fájdalmak avagy intensiv izgatottság okozta álmatlanság eseteiben a dormiol csak más szerekkel (fájdalomcsillapítók) együtt adva hat. (Wratschebnaja Gasetta, VIII. évfolyam, 35. szám.)

Orr- és torokbajoknál kiterjedten használja Skillmann a protargolt, mint a mely ép oly biztosan hat, mint az argentum nitricum, a nélkül, hogy izgatna. Acut rhinitissnél spray-t használ 20/0-os protargol-oldattal; idült gégehurttal szintén a spray-t használja 20/0-os oldattal, a melyet lassanként 10/0-osig erősítünk; idült pharyngitissnél és epistaxisnál is jó eredményeket látott a protargol használatától, acut laryngitissnél és idült rhinitissnél ellenben nem igen mutatkozott eredmény. (Journal of eye, ear and throat diseases, 1901. 2. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archívum, 1901. 6. füzet. Horváth Mihály: A világrahozott csipőizületi ficzam gyógykezeléséről. Balázs Emil és Hager Péter: A ruganyos szövet elváltozásai a véréredényfalban endoarteriitis chronica deformansnál. Hollós József: A retrograd metastasisok kérdése, esetek kapcsán. Chuvosvsky Móricz: Adatok a koponyatető töréseinek kezeléséhez.

Gyógyászat. 1901. 51. szám. Kaczvinsky János: Mi a nyirok-mirigyekben jelentkező rákos kiújulás oka? Horváth Géza: A malaria és a szunyogok. Szász István: Farkas-görös (tetanus) gyógyult esetei.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 51. szám. Chrobak: Sterilitás. Foges: Az emlék terhességi túltengése. Hauschka: Elsődleges felszálló gümőkór a nemi szervekben. Neugebauer: Gerinczvelő-analgesia tropacocainnal. Pfandler: A sphygmogrammok készítésére vonatkozó technikai jegyzet. Torggler és Roschmann: A bábaügy reformja.

Wiener medicinische Presse, 1901. 51. szám. *Eitelberg*: Idült genyes középfüllob a sziklacsont cariesével diabetikusnál. *Camerer*: Az újszülött vegyi összetétele. *Herz*: A peripheriás vérkeringési készülék neurosistái (vasomotorius ataxia).

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 50. szám. *Galatti*: A trachealcannula-ök törése. *Freund*: Dermatomyiasis. *Katz*: A chemia a gyakorló orvos szolgálatában. *Fischer*: A szemgödör betegségei. *Cantalupo*: Az idegközpontok finomabb elváltozásai általános aethylchlorid-narcosis után. *Greve*: A caries alveolaris specifica lényege és differential-diagnosisa. *Turck*: Néhány módszer a shok és infectio megelőzésére sebészeti műtéteknél.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 51. szám. *Loeffler*: A tejtermékek hygienéje. *Ehrlich*: A vér védőanyagai. *Pfeiffer*: Cholera-amboceptorokkal megrakott cholera-vibrók immunizáló hatása. *Unger*: Gonococcusok a vérben gonorrhoeás polyarthritissnél. *Pary*: Kísérletes glycosuria. *Salomon*: Amputatio phlegmone esetén. *Kroner*: Scarlatina és nephritis scarlatinosa 7 hetes gyermeknél. *Löschmann*: A granulosis állami leküzdése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 51. szám. *Borchart*: A nyakbördák tünet- és gyógytana. *Sprengel*: A sebészeti gümőkór mely esetei alkalmasak a sanatoriumban való kezelésre? *Zuelzer*: Az idült tüdőfelfúvódás (vagu sneurosis) tünet- és gyógytana. *Abel*: Uterus duplex atresias mellékszárnyában haematometra haematosalpynx-szal; műtét, gyógyulás.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 51. szám. *Mathes*: A placenta autolysis. *Loewenberg*: Kétoldali ovariectomia terhességben. *Henne*: A köldökzsinórrelésés repositioja. *Dührssen*: Compendiosus szülészeti és nőgyógyászati bírónd. *Fischer*: Intrauterin-fecskendő spray-vel.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 23. szám. *Zacher*: Kétoldali symmetriás lágyulási göcz az agy homlokrészében és neuritis optica. *Pandy*: A tabes keletkezése. *Saenger*: Agytünetek carcinomatosissnál.

Zeitschrift für klinische Medizin, 44. kötet, 3. és 4. füzet. *Rothmann*: Az agyköreg végtag-regiójának ingerelhetősége cerebrosinialis pályák kirekesztése után. *Wenckebach*: A szabálytalan pulsus analysise. *Assfalg*: A veseműködés vizsgálata methylenkékkel. *Hirschfeld*: A kezek és lábak megnagyobbodása neuritikus alapon. *Ghon*, *Pfeiffer* és *Sedert*: A micrococcus catarrhalis (R. Pfeiffer) mint kórokozó. *Strauss*: Klinikai adatok az ú. n. „idiopathiás oesophagus-tágulat” (zsákalakú oesophagus-tágulat anatómiai stenosis nélkül) kór- és gyógytanához. *Huisman*: A nyelvtörés encephalomyelitis disseminata acuta egy esete kapcsán. *G. Klemperer* és *Tritschler*: A vizelettel kiválasztott oxalsav származása és oldhatósága.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1901. október. *Jeanselme*: A syphilis Indo-Chinában. *Civatte* és *Fraisse*: A syphilis kezelése jodhigany-kakodylat befeeskedésekkel.

Le bulletin médical, 1901. 98. és 99. szám. *Manquat*: A francia gyógyklímák.

La presse médicale, 1901. 101. szám. *Garnier* és *Dupré*: Az egyéniség transformatioja: puérilisme mental paroxystique. 102. szám. *Boinet*: Hysteria és malaria.

La semaine médicale, 1901. 53. szám. *Potain*: A szív nagyságának meghatározása kopogtatással és radiographiával.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 51. szám. *Verhoogen*: A prostata sebészete. *Derscheid-Delcourt*: A veleszületett csipőizületi fiziomot komplikáló coxalgia.

British medical journal, 1901. december 21. *A. C. Houston*: Az ivóvíz bacteriologiai vizsgálata. *P. Watson Williams*: Rubella, scarlatina és „fourth disease”. *Egerton H. Williams*: Diphtheria postscarlatinosa orr- és fül-folyással. *Nathan Raw*: Pneumococcus arthritis. *J. Connal Wilson*: Anthrax esete eddig még le nem irt fertőzés-eredettel. *E. Mackey*: Chorea gyógyítása trionállal. *W. R. H. Stewart*: Latens orr-polypusok. *Th. F. Raven*: A nyelv-angio-neurotikus oedemája. *W. Muriell* és *Ph. de Santi*: Pyaemia otitis media után.

The lancet, 1901. II. 25. szám. *J. F. Goodhart*: Gyakorlati orvostan és eredeti búvárkodás. *S. Monckton Copeman*: A vaccinatio modern módszerei. *E. Cautley*: A meningitis tuberculosa aetiologiája és kórbontana. *J. B. Hellier*: Ovariectomia a terhesség alatt. *W. B. Bennett*: Csesemőkori epidemiás diarrhoea kezelése bélirrigatioval. *Heather Bigg*: A esontnövés némely trophikus zavara. *A. Graham-Simpson*: A pestis Indiában. *R. Cameron*: Cancerum oris és szövődmenyei. *A. Shillito*: A nyomás befolyása korai syphilis szemölcsnövedékekre. *R. Niven*: A jobb vese veleszületett atrophija. *T. E. Sandall*: Purpura esete. *A. R. Anderson*: Az arteria vertebralis traumás eredetű aneurysmájának esete. *J. Bell*: Bélruptura esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. december 27.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 50. hetében (1901. december 8-dikától december 14-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elve született 441 gyermek, elhalt 255 egyén, a születések tehát 186-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 30.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.8, az egy éven felüli lakosságnál: 13.6, az öt éven felüli lakosság-

nál: 12.4 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 2, pertussis 1, morbili 5, scarlatina 6, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 12, apoplexia 2, eclampsia 4, szervi szívhaj 14, pneumonia 28, pleuritis 0, pneum. catarrh. 9, bronchitis 9, tuberculosis pulmonum 26, enteritis 18, carcinoma 13, ezek közül méhrák 2, egyéb újképletek 8, morbus Brightii et nephritis 10, veleszületett gyengeség 14, paedatrophia 2, marasmus senilis 19, erőszakos haláleset 11, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 5, bal-eset 6, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** A) Betegforgalom a városi közközházakban. A mult hét végén volt 3080 beteg, szaporodás e héten 825, esökkenés 779, maradt e hét végén 3026 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi december 10-étől december 17-dikéig terjedő 50. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 44 (47), diphtheria, croup 21 (20) hagymáz (typhus) 6 (3), kanyaró (morbilli) 107 (94), trachoma 8 (1), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza 0 (0), hőkhurut (pertussis) 19, (16), orbász (erysipelas) 22 (20), gyermekági láz (febr. puerp.) 1 (1) járv. fültömírgylob 14 (21), ezenfelül varicella 78 (73).

± **Orvosi kinevezés.** A Siklóssy Gyula dr. elhalálózása folytán megüresedett szt. Rókus-kórházi szemészeti osztály főorvosi állására a főpolgármester *Goldzieher Vilmos* dr. egyetemi rk. tanárt és szt. János-kórházi rendelő orvost nevezte ki. Benne közközházunk buzgó szakerőt nyer, kinek szaktudományos működése már rég kivívta magának az elismerést úgy itthon, mint a külföldön

± **A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete** 1901. december 20-dikán tartotta meg VIII-dik évszázó közgyűlését. Megválasztottak: elnöknek Navratil Imre, alelnöknek Lichtenberg Kornél, titkárnak Zwillinger Hugó, könyvtárosnak Baumgarten Gusztáv és pénztárnokká Krepuska Géza.

± **A legöregebb orvos Angliában** *Sir Charles Nicolson*, ki 1808. novemberben született és jelenleg 93 éves. Edinburgban avatták fel doktorrá, 26 éves korában Ausztráliába ment mint gyakorló orvos, ott nagy szerepet játszott a képviselői alkotmány kiküzdésében. 1854-től 1860-ig az egyetem cancellárja volt. 1859-ben visszatért Angliába és Tottergedében él jó egészségben.

× **A tehénhimlővédőtás Jenner előtti felfedezője**, mint újabb történeti kutatásokból kitént, *Jesty Benjamin* nevű gazdálkodó ember volt. Purbeck szigetén Dorsetshireban. 1774-ben nagy himlőjárvány volt e vidéken. Ő nem félt a bajtól, mert már egyszer teheneiktől véletlenül himlőt kapott és a baj őt elkerülte; két szolgálója, kik hasonlóképpen tehénhimlőt állottak ki előbbi variola-járványok alkalmával szintén nem kaptak meg a himlőt. E miatt elhatározta, hogy családját tehénhimlővel beoltja. Feleségét és két kis gyermekét csakugyan be is oltotta, kik könnyű lázas bajon mentek át, és nem kaptak meg a variolát. Az eset akkor nem keltett feltűnést. Később, 1789-ben, midőn a Jenner-féle védőtások hirtelen nagy hirre tettek szert, *Jesty-t* Londonba hívták, úgy őt, mint fiát beoltották tehénhimlővel, mely rajtuk nem fogamzott. 1816-ban halt meg 79 éves korában.

— **Felhívás.** Az „Országos Balneologiai Egyesület” alapszabályai értelmében jövő tavaszkor Budapesten *balneologiai congressust* fog rendezni. Van szencsem az egyesület t. tagjait felkérni, hogy a mennyiben akár tudományos előadásokat tartani, akár furdőgazdasági kérdéseket óhajtanak megvitatásra ajánlani, ezen szándékukat az előadások és kérdések tárgyainak megjelölésével 1902. január hó 10-dikéig nálam bejelenteni sziveskedjenek. Az igazgató-tanács feladata lesz, a bejelentések alapján a congressus napirendjét megállapítani és a vita alá boesátandó kérdések előterjesztésére az előadókat felkérni. A napirend kellő időben közzé fog tétetni. Budapesten, 1901. évi december hó 16-dikán. Az igazgató-tanács megbízásából: *Löw Sámuel* dr., főtítká, V., Váci-körút 20.

„**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 kénis iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedenczében az ásványvíz naponta kétszer megújul, **localis iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és ádú-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját konyhában. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (XV. bemutató ülés 1901. november 27-dikén.) 849. l. — Budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztálya. (III. ülés 1901. május hó 7-dikén.) 850. l.

Közkórházi orvostársulat.

(XV. bemutató ülés 1901. november 27-dikén.)

Elnök: Mutschenbacher Béla. Jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

Hydrothorax chylosus esete.

Ángyán Béla: A test üregeiben némelykor olyan folyadékra akadunk, mely fehéres, többé-kevésbé tejszerű és chylust tartalmaz. Ilyen folyadék a hasüregben mint ascites chylosus többször találtott. Nálunk Hirschler és Buday, előadó osztályáról Váli Ernő közölték hasonló eseteket. A mellüregben azonban csak ritka lelet lehet. A tankönyvekben is csak említve van és nálunk szerző tudtával hasonló eset eddigéle ismertetve nem volt.

Az eset, melyet bemutat, egy 33 éves, szolnoki lakos, asztalos nejeire vonatkozik.

Szülei és 10 testvére élnek és egészségesek, 21 éves korában influenzát, 24 éves korában izületi rheumát állott ki. Két gyermeke volt. Az első 4 hónapos korában göresökben halt el, a második rendes időben halva született. Jelen baját 1899. június havára vezeti vissza, a mikor hirtelen megbetegedett s bal mellében szűró fájdalmak és nehézlégzés tünetei között egy hónapig ágyban feküdt. 1899. őszén az I. számú belklinikán két hónapig feküdt, mely idő alatt bal mellkasát megcsapolták s abból mintegy 1 liternyi tiszta zöldes-sárga folyadékot ürítettek ki. Csapolás után lélegzése nem lett könnyebb, sőt erős köhögést kapott, mely kórház elhagyása után is f. é. április haváig eltartott. Ezen idő óta nem köhög, de állandóan nehézlégzés gyötri, mely mozgásban, járásban akadályozza.

1901. október 14-dikén a szt. Rókus-közkórházban előadó osztályára vették fel magát a következő jelen állapottal:

Beteg középtermetű, jól fejlett, mérsékeltén táplált. Bőrszíne rendes, az arcon kipirult. Ajkak és körömperczek cyanotikusok. Az orr, kezek és lábak hűvösek. Szellemi és külérzéki működései épek. Közérzetét nagyfokú nehézlégzés hangolja le. Láták középtágak, egyenlők, jól reagálnak. Nyelv tiszta, nedves. Étvágy, szájjíz jó, nyelés szabad, szomj nem fokozott.

Mellkas jól fejlett, domborad. A bal mellkasfél egészben tágult, bordaközök elsimultak. Légzésnél az egész bal mellkasfél visszamarad. Mellrengés az egész bal mellkas felett hiányzik, méretei az axilla magasságában jobboldalt 39 cm., baloldalt 43 cm., a proc. xyph. magasságában jobboldalt 41 cm., baloldalt 46 cm. A bal mellkas tehát az axilla magasságában 4 cm.-rel, a proc. xyph. magasságában pedig 5 cm.-rel nagyobb a jobb mellkasfélnél.

Kopogtatásnál az egész bal mellkas felett abszolút tompa hang hallható, csak a kulcsesont feletti árokban tompult.

A tompulat hátul a gerincoszlopot 1—1½ haránt ujjnyival haladja túl, elől pedig a jobb emlővonalig terjed el. Jobb oldalon egyebütt a rendes határokon belül teljes éles a kopogtatás. Hallgatódzásnál a jobb mellkas felett érdes a légzés, a bal felett semmi légzés.

Szívesűcs a jobb mellkason, a bimbóvonalon egy harántujjnyival kifelé, az V. bordaközben tapintható. A szívtompulat felső és belső határa a jobb mellkason leírt tompulattal esik egybe; külső és alsó határát a szívesűcs helye képezi. Szív- és nagyedényhangok tiszták; a pulmonalis II. hangja ékelt. Mindkét radialis kicsiny, elég erős, perzenként 72.

A máj alsó határa a bordaívét 2 ujjnyival haladja túl, sima felületű, kissé érzékeny.

Az epigastrium bal oldalán a bal hypochondrium alól egy kis ökölnyi daganat dudorodik elő, a mely feszes, ruganyos tapintatú s látszólag hullámzást mutat s alsó határa a mesogastriumig ér le. Ezen daganat felett a kopogtatás tompa: egyebütt a puha, ruganyos, fájdalomtalan has felett váltakozó dobos a kopogtatási hang. Székletét rendes. Vizelet napi mennyisége 1000—1200, idegen alkatrészeket nem tartalmaz. Testhő 36,5—36,8° között ingadozik.

A bal mellüreg próbaecsapolása fehéres-sárgás, tejszerű folyadékot ad, melyben göreső alatt sok zsírszemese mellett cholestearin-jegecek és kevés, részben elzsírosodott fehér vérsajt voltak észlelhetők. A folyadék Verebely vizsgálata szerint abszolút bacterium-mentes.

November 6-dikán mellkasesapolást kellett végezni a nagyfokú nehézlégzés miatt. Ekkor 1700 kem. fehéres-sárgás, tejszerű, szagtalan folyadék ürített ki. A kiürített folyadék gyengén alkalikus vegyhatású; fajsúlya 1026, hosszabb állás után részben megszilárdul.

Sok zsírt és fehérjét tartalmaz s a Böttger-féle próbával cukorreactió ad. Göreső alatt a próbaecsapolással nyert folyadékhöz hasonlóan bizonyul.

Ezen csapolás után a szívesűcs a jobb bimbóvonalig tért vissza. A jobb mellkas felett talált tompulat eltűnt. A szegycsont alatt azonban, valamint a bal mellkas felett csak annyiban változott, hogy a 3. borda magasságáig, valamint a bal supraspinalisban a tompa hang

helyét tompult kopogtatási hang váltotta fel és a kopogtatási ellentállás csökkent. Ezekben a helyeken a légzés gyengült. Hátul a tompulat a gerincoszlopon nem terjed túl. A bal epigastriumban észlelt daganat eltűnt.

A májtompulat a bordaívén túl nem terjed. A légzés jelentékenyen könnyebb, úgy hogy a beteg nehézlégzés nélkül tud esendesen járkalni.

Az ajkak és a körömperczek cyanosisa és a végtagok hűvössége eltűnt.

Ezen állapot változatlanul fennáll november hó 25-dikéig, a mikor újabb csapolással 2200 kem. folyadék távolított el. Többet a beálló nehézlégzés miatt nem lehetett kibocsátani. A kiürített folyadék az előzőkhöz minden tekintetben hasonló.

Ezen csapolás után a szívesűcslökés a jobb parasternalis vonalban tapintható. A szegycsont felett a 4. bordáig éles a kopogtatás. A bal mellkas felett az emlő- és parasternalvonalban a 6. bordáig tompult a kopogtatási hang. A 6. borda alatt a Traube-féle félholdnak megfelelőleg dobos a kopogtatás. A supraclavicularis árokban, valamint a supraspinalisban dobos a kopogtatás. Egyebütt a bal mellkas felett tompa hang mutatható ki. Hallgatódzásnál mellül gyengült légzés, hátul az interscapularis téren hörgei légzés hallható. Légzésnél a bal mellkasfél is mozog s a bordaközök működése látható. Mellkasméretek a következők: Az axillaris vonal magasságában jobboldalt 37 cm., baloldalt 40 cm. A proc. xyph. magasságában jobboldalt 39 cm., baloldalt 41 cm. A különbség tehát a két mellkasfél között 3 és 2 cm.-t tesz ki a jobb mellkasfél rovására.

A kórismét illetőleg a vázolt tünetek alapján azon kérdés merül fel, hogy a bal mellüregben talált folyadék chylosusnak vagy adiposusnak tekintendő-e; hogy tehát esetünkben hydrothorax chylosus vagy hydrothorax adiposus van-e dolgunk? A folyadék chylosus természetével szél mindenekelőtt annak czukortartalma, továbbá alakelemekben szegénysége és hosszabb állásnál részleges megalvadása. Ezen tünetek között különösen a czukortartalom az, mely a folyadék chylosus jellegét bizonyítja.

És ha a Böttger-próba pozitív volta a cukor redukáló hatásának és nem egyéb a folyadékban jelenlevő redukáló anyagok eredményének tekinthető, akkor semmi kétség nem fog fenn, hogy hydrothorax chylosus állunk szemben.

Oktanilag esetünkben a bántalom eredete pleuritisre vezethető vissza. A betegség hirtelen fellépése s annak lefolyása, a két év előtt végzett csapolás semmi kétséget nem hagy a pleuritis exsudativa fennállása iránt. A betegség folytonossága kell, hogy oki viszonyban álljon a hydrothorax chylosus. Ezen összefüggést magyarázni csak úgy lehet, hogy a lobos izzadmány vagy magára a ductus thoracicusra, vagy a vena subclavia sinistra-ra gyakorolt olyan nyomást, mely mellett a ductus thoracicusban és ennek ágaiban chylus-pangás és chylus-átszivárgás történt a bal mellürben fennálló pleuritikus exsudatumba s így jött létre annak chylosus jellege.

A therapiát illetőleg, az egyedüli gyógybeavatkozást a mellkas csapolása képezheti. E csapolás esetünkben eredménnyel kecsegtet. Ezen véleményre feljogosít bennünket azon észlelet, hogy az első csapolás után körülbelül 2 és 1/2 hét alatt nem észleltünk olyan jelenségeket, melyekből a chylosus folyadék újra termelődésére következtethetünk volna.

Peritonitis chronica gyógyult esete.

Ángyán Béla: Ma midőn a peritonitis chronica gyógyítására az operatív beavatkozás javalata az orvosi felfogásban nagy hódítást tett, nem árt olyan eseteket is ismertetni, melyek azt bizonyítják, hogy a peritonitis chronica javulhat, sőt gyógyulhat kellő diätetikus és gyógyszeres kezeléssel mellett is. Ezen állítással ugyan nem óhajt szólni valami újat mondani. Általában ismeretes, hogy idült hashártyagyulladások régebben is gyógyultak operatív beavatkozás nélkül. Midőn tehát a chronikus peritonitis diätetikus és gyógyszeres gyógyítására kártaírsai figyelmét a bemutató eset kapcsán felhívja, ezzel csak azon álláspontját akarja szerző jelezni, melyet ezen betegségnél az operatív beavatkozással szemben elfoglal. Részéről ugyanis eddigéle nem látja eléggé bebizonyítottnak, hogy az operatív beavatkozás a chronikus peritonitisek gyógyulási százalékát megjavította volna.

A bemutató eset egy 21 éves kereskedőre vonatkozik.

A beteg anyja tuberculosisban halt el, apja él és egészséges. Hat testvére kiskorában halt el, egy testvére él és egészséges. Állítólag mindig egészséges volt.

Jelen betegsége f. év május havában étvágytalansággal és fokozatos gyengüléssel kezdődött. Junius havában vette észre, hogy hasa nő és hogy abban csekély fájdalmak jelentkeznek. A has teriméjének nagyfokú megnövekedése, nehézlégzése és elgyengülése kényszerítették a kórház felkeresésére.

Előadó osztályára augusztus hó 14-dikén vétetett fel a következő jelen állapottal:

A beteg középtermetű, jól fejlett csontrendszerrel és sorvadt, petyhüdt izomzattal bír. Bőrszíne, valamint a látható nyákhártyák halaványak,

a boralatti zsírszövet jelentékenyen sorvadt. Az arcza beesett. Nyak vékony, hosszú. A kulcsfeletti árok, különösen bal oldalon besüppedtek. A bal mellkas felső része a légzési mozgásokban visszamarad. A bal hypochondriumok nagy fokban kitágultak.

Kopogtatásnál a bal kulcsfeletti és kulcsalatti árokban, valamint a bal supraspinatában tompult kopogtatási hang hallható. Egyebütt a tüdők felett éles a kopogtatás, csak hogy a rekesz feltolatása miatt az éles kopogtatási hang alsó határai 1—2 bordaközszel magasabban fekszenek.

Hallgatódzásnál a bal tüdőcsücs felett igen érdes be- és megnyúlt kilégzés. Beteg igen keveset köhög, de semmit sem köp.

A has nagy fokban tágult. Kerülete a köldök magasságában 99 cm., a proc. xyphoideus magasságában 95 cm. A has általában igen feszes, ruganyos; tapintásnál bal oldala érzékeny. Tapintó lökésnél élénk hullámzás észlelhető. A jobb felhastáj kivételével, hol a kopogtatás tompult dobos, mindenütt az egész has felett tompa hang hallható. Helyzetváltozásnál a tompulati viszonyok csak részben módosulnak. A bal hasfélen ugyanis jobboldali fekvés mellett is tompa marad a kopogtatás.

Széketét naponta 2—3-szor, kissé higabb. Vizelet napi mennyisége 600—700 kem., kissé sötétebb vöröszínű, savi vegyhatású, faj-súlya 1.022, idegen alkatrészeket nem tartalmaz. Testhő 36.8—37.4⁰ között ingadozik. Ervérese 94—106 között, kicsiny, elég erős.

E kórisme a leírt tünetek szerint a bal tüdőcsücs tuberculitikus infiltratioja mellett peritoneitis chronica tuberculosa tétett.

A therapia mindenek előtt a hasmenés megszüntetésére törekedett. E czélból bismuthum subnitricum mint gyógyszer és tejdiaeta alkalmaztatott.

A hasmenés megszüntével a peritoneitis chronica gyógyítására a nyugalmon, tápláló diatán kívül alkalmaztattak Priesnitz-féle kötések és naponta kétszer az egész has bedörzsölése jodoform-kenőccsel. Szeptember 2-dikától, midőn már az étvágy elég jó volt, belsőleg diuretin adagoltatott.

Ezen gyógyeljárás mellett már szeptember 24-dikén szemmel láthatólag apadt a has. Ekkor a hasméretek a következők voltak: a köldök magasságában 91 cm., a proc. xyph. magasságában 91 cm.

Ezentúl a hasfű folyadék mindinkább felszívódott és pedig a nélkül, hogy bővebb diuresis mutatkozott volna.

A vizelet napi mennyisége ugyanis már a hasmenés megszűnése után szaporodott, úgy hogy a napi mennyiség még a diuretin szedése előtt 150 kem.-re emelkedett. A diuretin alkalmazása mellett csak 1600—1800 kem.-re szaporodott a vizelet s ennél nagyobb diuresis az egész lefolyás alatt nem volt.

Több mint egy hónapja már a hasban semmi folyadék sincs jelen. A has méretei jelenleg a proc. xyph. magasságában 80 cm., a köldök magasságában 74 cm. A has tehát a beteg felvétele alkalmával eszközölt mérésekkel szemben a proc. xyphoideus magasságában 15 cm.-rel, a köldök magasságában pedig 25 cm.-rel lett kisebb.

A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztálya.

(III. ülés 1901. május hó 7-dikén.)

Elnök: Feleki Hugó. Jegyző: Justus Jakab.

Papillomák a húgyeső mélyében.

Feleki Hugó: A 33 éves beteg 6 év óta szenved gonorrhoeában, illetőleg ennek következményeiben; vizelési zavarokat észlelünk, melyek nagyfokú szűkületet engednek gyanítani, de a vizsgálat mást mutat ki. A bulbus tájékán a 21-es számú Charrier-fémsonda ugyan megakad, de nagyobb zökkenés után a hólyagba hatol. Hasonlót észlelünk a bougie à boule betolása és kihúzásánál. Tükörkép: A pars cavernosa utolsó harmadában több kis terjedelmű periglandularis infiltratio és nagy kiterjedésű epithel felrakódások, mely utóbbiak a pars membranaceaig követhetők. Ezek között szétszórtva több kender- és borsnagyságú papilloma. Az ily papillomák ephemer képletek, könnyen szétroncsolhatók, de radicalis eltávolítás híján kitűnnek és elszaporodnak. Ezért leghelyesebb azokat a tükrön át a mai tamponnal szétzúzni és a vérző helyeket galvanocautikus kaecsal vagy erős lapis-oldattal égetni.

Acut húgyesőblennorrhoeához csatlakozott pyelitis esete.

Feleki Hugó: A 20 éves állatorvosnövendő 8 nap előtt szerzett gonorrhoeát. Már 4 napi fecskendés után cystitis, majd kétoldali pyelitis lépett fel, heves láz és elesettségek kíséretében. Az ureterek és vesék tájéka spontán és nyomásra érzékenyek. A vizeletvizsgálat a pyelitis-diagnosist megerősítette, sőt a mai vizeletben vese-alakelemeket is találtak. Tekintve a rohamos kifejlődést, fel kell tételeznünk, hogy itt nem a gonorrhoea ascendens lobjával, hanem vegyes fertőzéssel állunk szemben. A beteg állathullákat bonczolt és mint maga is mondja, sem kezének, sem a fecskendőnek tisztítására gondot nem fordított.

Spermatocystitis chronica.

Strausz Aladár: A. N. 31 éves vasúti hivatalnoknak 7 év előtt volt blennorrhoeája, mely gyakori kiújulásokkal 2—3 évig tartott. Most panasolja, hogy vizelés és széketét után a húgyesőből nagyobb mennyiségű nyúlós váladék ürül ki; azonkívül coitus alkalmával az ondó csak

hosszabb idő elteltével löketik ki. Végbélen át vizsgálva a rendesen nagyobb prostatát találtam, mely felett egy a prostata felső határáig lenyúló, vékonyfalú, hólyagszerű tapintású, az ujjnyomás alatt megkisebbedő képletet érezhettünk ki, melynek nyomogatása alkalmával a húgyesőből fehéres, nyúlós váladék löketik ki. A váladékban néhány ép ondósejten kívül sok törmelékeny spermatozoa. A spermatorrhoea és prostatorrhoea az előre ment kankós lob által van feltételezve és a jelzett cystyszerű képlet az egyik oldali ondóhólyag, melynek falai lassanként kitágultak és megvékonyodtak, tonusukat részben elvesztették és ez által, a mellett hogy a széketéti és vizeleti actus izomműködése a falakra gyakorolt nyomás által kóros ondókiürülést hoz létre, a coitusnál az ondóhólyagfal megvékonyodása és elernyedése folytán csak hosszabb idő után jó az ejaculatiohoz szükségelt contractio létre. Mindezek alapján az esetet prothahát ejaculatioval járó spermatoocystitis chronicának tartom (plethora seminalis), mely a Feleki-masseur segélyével végzett massage által történő kiürítés és faradikus kezelés mellett tetemesen javult.

Kryptorchismus okozta bélincarceratio.

Strausz Aladár: A. K. 27 éves szabó a jobboldali inguinalis tájon férfőköllyi terimenagyobbodással kereste fel a poliklinikát; a nagyobbodás állítólag csak pár órája áll fenn és nyomásra igen érzékeny; felső része tömöttebb, fájdalmas, alsó részén a kopogtatási hang dobos, míg fent tompa. A terimenagyobbodás a lágyékesatorna helyén van. A jobb here nincs a herezacskóban. Betegnek 3 hét óta húgyesőkankója van. Szelek nem távoznak a bélesatornából, a mióta a fájdalom terimenagyobbodás fennáll, csuklás és émelygés jelentkezett. A kórkép megfelel egy bélkacs elzáródásának, mely a tág inguinalis csatornán a here alatt lecsúszva nyomásnak lett kitéve, míg végre átjárhatatlan lett. Hideg borogatás alatt a fájdalom enyhült, majd pedig a beteg állítása szerint a daganat korgászerű hang kíséretében kisebbedett és ezzel az általános tünetek is megszűntek.

Reách: Nem képes kivenni az incarceratio tüneteit, a hányás és fájdalmak a kryptorchikus here gyuladására vezetendők vissza, mert az közvetlen a peritoneum alatt fekszik.

Rihmer és Meisels esatlakoznak Reách véleményéhez. Utóbbi egy esetét említi fel ugyanily tünetekkel, az illetőt megoperálták gyászos véggel és a sectio kimutatta, hogy nem is kryptorchismus, hanem gyuladásban levő mirigy volt jelen.

Strausz: Fentartja diagnosist, mivel pár órával később, midőn hideg borogatásra a fájdalmak, a hányásinger megszűnt, a daganat is apadt.

Polypus urethrae esete.

Weisz Ferencz: A 25 éves egyén többször szenvedett már kankóban, 6 hét óta érez vizelésnél erős fájdalmat, mely öt naponta többször zaklatja, a mellett erős genyes kifolyás, mely Basch ambulatoriumában végzett Janet-mosásra megszűnt; azonkívül előfordul, hogy vizelés alkalmával vizelete egyszer megakad, bizonyos idő múlva azonban, ha egy kissé ide-oda mozog, ismét rendesen megindul.

Jelen állapot: Húgyesőből nyomásra genyes váladék ürül, melyben gonococcusok és genysejtek bő mennyiségben vannak. Vizelet világos sárga, benne sok czafat, egyszer-mászor véralvadék. Sondavizsgálatnál a hólyagnyak tájékánál egy ellenállást érez, melyen a sonda megakad és csak többszöri próbálgatásra lehet bizonyos rázkódattással a hólyagba hatolni. Az endoskopikus vizsgálatnál azt látni, hogy a nyákhártya sötét piros, livid, egyes helyeken sötétebb pintooskák. Ezt a képet a pars prostaticaig látni. A pars prostatica túl a hólyagnyak felé a nyákhártya részszíni, megvastagodott, egy helyen rajta élénkpiros, kiemelkedő duzzanat, mely érintésnél kissé vérékeny és ez okozta, hogy az esetet polypus urethraeként akartam bemutatni, azt híven, hogy ez akadályozza a rendes vizelést. A többszörös vizsgálatnál azt láttam, hogy nem ez okozza az akadályt, mert ez nem polyp, hanem csak erősen hypertrophizált nyákhártyarészlet és hogy a nyákhártya redőként tolul a hólyagnyak elé és ezen redő billentyűként szerepel, mely hol megengedi a rendes vizelést, hol nem. A polypusnak vélt, érintésre kissé vérző hely úgy látszik csak a túlságos megerőltetés folytán erősebben kiemelkedő hypertrophizált nyákhártyarészlet volt kis edényrepedéssel.

Bakó valulát lát, de polypust nem.

Basch emlékszik, hogy a beteg pár hó előtt volt urethritis gonorrh. ant. és post. acutával kezelése alatt. Akkor az állapot javult és a bemutatott által említett tünetek szerinte valulára voltak visszavezethetők, a mi veleszületett rendellenesség, de a mi csak akkor okozott a betegnek kis kellemetlenséget, a midőn a nyákhártya a gonorrhoeás lob folytán megduzzadt. Polypust, sem annak tünetét nem látta.

A kristályok kóros képződményű szövetben.

Beck Soma: A xeroderma pigmentosum egy esetének vizsgálata alkalmából oly képletet látott, a melyhez hasonló képződmények csak kivételesen előforduló és kevés szerző által észlelt alkotó részét képezik némely szövetnek. E képletek a kötőszövet részeibe ágyazott jegezek, melyeknek a kötőszövethez való tartozandósága minden kétségen felül áll. A kristályok megnyúlt, párhuzamos oldalú oszlopok, véglapjaik vagy derékszög alatt határolják őket vagy gyakran eltöredeztettek, csipkézettek. Néha úgy látszik, mintha egy oszlop közepén kettő tört volna és az így keletkezett része a kötőszövet vékony csíkja burjánzott be. Nagyobbára egyenként és gyér számban fordulnak elő egy metszetben, legfeljebb 2—3 ilyen kristály van egymás mellett és ezek közül néha az egyiknek vagy másiknak oldallapja kissé meghajlik, úgy hogy oszlop helyett tompa kúp- vagy gúlaalakot kapunk. Egy ritkább alak a hat-

szögű, ezek gyakran igen szép, szabályos, egyenlő hosszú oldalakkal, máskor kissé megnyúlt két hosszabb oldallal bírnak. Mindig a plasma sejtesoportok szélén és sohasem annak belsejében vannak. Gyakran kötőszöveti magvak vannak rajtuk, néha egészen behüvelyezik őket, úgy hogy közel fekszik az a feltevés, hogy a jegecek sejtermékek. Hogy minő anyagból állanak, ennek eldöntésére mindenekelőtt a kötőszövetben előforduló, már ismert kristályokat kellett tekintetbe vennünk. A haematoidin kristályoktól abban különböznek, hogy a mieink közelében soha vérzés nyomát vagy elroncsolt szövetrészeket nem láttunk, azonkívül a mieink szintelenek és erősen fénytörők. Cholesterin vagy margarinjegeczeket alakjuk, előfordulási helyük, kémiai és festési reakciójuk miatt kellett kizárnunk. A Renke által a here interstitialis sejteiben és a Lubarsch által a heshámokban és spermatogoniumokban talált jegecek a mieinknél sokkal kisebbek, csak $\frac{1}{5}$, $\frac{1}{6}$ -nyi nagyságúak, végükön legömbölyödtek, bár egyébként a mi oszlopalkajainkhoz némileg hasonlóak. 1896-ban Uana a myxoedemias bőr subcutan kötőszövetének septumaiban legyezőszerűen kiterjesztett crystalloid csoportokat talált, melyekről azt hiszi, hogy egy mucinosus intercellularis anyag megalvadási terméke, de ezekkel sem azonosíthatók a mi kristályaink. Vizsgálataim alapján azt hiszem, hogy e kristályok anyaga közeli rokonságban áll azon hyalin gömböskék anyagával, a melyek a plasmasejtek degeneratio productumaképpen a xeroderma pigmentosum kötőszövetében, valamint más kórosan újonnan képzett kötőszövetben is bőven vannak jelen. Megjegyzem, hogy e kristályok nem képezik a xeroderma pigmentosum specifikus termékét. Egy ízben anus körüli vegetatiók (nem syphilitések) görösei vizsgálata alkalmával egy metszetben egy plasmasejtsoport szélén két kristályt találtam, melyek az előbb leirtakkal teljesen hasonló tulajdonságokkal bírtak.

Az ondókiürülések kóros nyilvánulásáról.

Feleki Hugó: Azon localis elváltozások ismertetése után, melyek az ondókiürülésnek különböző alakjainál észlelhetők, leírja előadó az ezirányú vizsgálatai folyamán észlelt különféle tükröképeket, különösen a pars prostaticát illetően az ondódomb látható elváltozásaira vonatkozó leletet. E leletek alapján gyakorlati szempontból a kóros ondókiürülések ama nagy csoportját, melynél nem kankós gyuladás képezi az alapbántalmat, két categoriába osztja. Az eisöbe tartoznak ama alakok, a hol a pars prostatica a *hyperaemia* vagy *hypertrophia* képét nyújtja, a másodikba azok, a hol az *anaemia* vagy *atrophia* képét látjuk; a leletek azért fontosak, mert legfőbbször csak egyik látható részét képezik ama elváltozásoknak, melyek a szövet mélyébe vagy esetleg az idegek mentén felfelé folytatódnak. Ezen leletek mindig összhangba hozandók a többi tünetekkel és az aetiológiai adatokkal, annál is inkább, mivel azok nem állandók, sem pedig minden esetben nem constatálhatók úgy, hogy egymagukban véve csak ritkán nyújtanak kellő tájékoztatást.

Szerző vizsgálatai kiderítették, hogy az első categoriába (*hyperaemia colliculus*) tartozó esetek mindig kedvező kilátást nyújtanak a gyógyulás szempontjából, míg a második categoriába tartozók kedvezőtlenek. Előadó szükségesnek tartja, hogy a két categoriába tartozó esetek más-más kezelésben részesüljenek. Ismerteti a különböző kezelési módokat és felhívja a figyelmet a hydrastis canadensis folyékony kivonatára, melyet néhány év óta a spermatorrhoea egyes alakjainál igen jó eredménnyel alkalmaz.

Meisels köszönetet szavaz Felekinek munkálatáért. Annak idején ő is kísérletezett több száz esetben és jó eredménnyel a cornutinnal. Ott a hol paralytikus volt az izomzat, például tabesnél, eredményt nem látott. Befecskendéseket végzett hydrastissal az urethrába és látta az edények összehúzódását.

Porosz felemlíti, hogy több helyen és több alkalommal foglalkozott e témával és azt tapasztalta, hogy az atonia prostatica, a spermatorrhoea és a pollutiók nemesak helyi, hanem központi eredetűek is: Födolog a szervezet általános erősítése, azonkívül helyi kezelésként faradizálás.

PÁLYÁZATOK.

Népes és vagyonos községbe, jó vidékkel s nagy uradalmakkal, magánorvost keres több család és gazdaság.

Biztosítatik bizonyos fix összeg, mint évi járandóság, a mely mellett magánpraxisból körülbelül 1000—1500 ft., sikerei esetén 2000 ft., jövedelme is meglesz.

Ajánlkozók irjanak Magyar-Homogra u. p. Szakál, Biharmergye, Szöke József-hez.

A gyöngyösi alapítványi nyilvános közkórháznál a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium 62,913/VI. b. 1900. sz. rendeletével rendelőorvosi állás engedélyeztetvén, az alapítványi bizottságnak folyó évi december 2-dikán 21/III. szám alatt kelt megbízása folytán, ezen állásra pályázat hirdettek.

Pályázótól megkívántatik, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §. II. pont alatt körülírt minősítését okmányilag kimutassa, műtőorvosi oklevél előnyben részesítettik.

A közkórházi rendelő orvosi állás más közhivatali orvosi állással incompa-tibilis. A magánorvosi gyakorlat azonban nem korlátoztatik. Az 1876. évi XIV. t. cz. 67. §-ához alkalmazkodandó kinevezést az alapítványi bizottság bizalmi nyilatkozásnak is tekintvén, a pályázók közül való szabadon választási jogát magának fentartja.

Javadalmazás: a közkórház pénztára által előleges havi, illetve negyedévi részletekben fizetendő 1600 korona törzsfizetés és 420 korona lakbérilletmény.

Pályázati kérvények legkésőbb 1902. évi február hó 1-jeig Gyöngyös város polgármesteréhez, mint az alapítványi bizottság elnökéhez nyújtandók be. Netalan később érkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

A megválasztott az alapítványi bizottsággal áll szolgálati viszonyban, működési körét a közkórházi alapszabály írja körül; állását legkésőbb 1902. márczius 1-jevel elfoglalni tartozik,

Gyöngyös, 1901. évi december hó 15-dikén.

2-2

A közkórház igazgatósága.

Esztergom megye Süttyő nagyközségben az orvosi állás elhalálózás következtében megüresedvén, annak betöltésére ezennel pályázat hirdettek.

A község területén van 7 kőbánya és lendületes kőipar székhelye.

Két betegsegélyző egyesület és a lakosság egy része szerződésileg évenként 2600 korona készpénzfizetést biztosít, a szerződés egyelőre három évi érvényenl köttetik; ezenkívül magánygyakorlata által tekintélyes mellékkeresetre számíthat.

A pályázó orvostól megkívántatik, hogy az összes orvosi tudományok oklevelével, különösen a sebészeti és szülészeti terepen pedig gyakorlattal bírjon.

Míthogy a község lakosságának nagyobb része németajkú, a német nyelv birása is szükséges.

Curriculum vitae okmányolandó.

A kellően felszerelt kérvények Süttyő község jegyzői hivatalához 1902. évi január hó 5-dikéig küldendők be.

Süttyő, 1901. évi december hó 17 én.

(Posta-, távirtda- és vasútállomás.)

2-2

Gösi György, jegyző.

2391/1901. sz.

Alsó-, Felső-Podsága, Alsó-, Felső-Szolcsva, Brezest, Szártos, Offenbánya, F.-Csora, Muncsel, Lupesa és Saszavincza községekből alakult offenbányai körorvosi állás lemondás következtében megüresedvén, ezen állásra pályázat nyitattik és felhívattak mindazok, kik azt elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványaikat 1902. évi január hó 20-dikán d. e. 10 óráig a főszolgabírói hivatalba annál is inkább adják be, mivel később beadandó folyamodványok nem fognak tekintetbe vétetni.

A választás határideje utólag fog kitűzteni és a pályázókkal közöltetni.

Javadalmazás: 1. Törzsfizetés 800 korona. 2. Fizetésfelemelés 400 korona. 3. Átalány 400 korona. 4. Nyugdíjazott bányászok gyógykezeléséért 160 korona. 5. Offenbánya községben a halottkémi teendőkért 30 korona. 6. Természetbeni úri lakás. 7. Látogatási díj és orvosi rendelvény lakáson 40 fillér, lakáson kívül természetbeni fuvar és 80 fillér.

Egyebekben a körorvosi állásra vonatkozó szabályzat intézkedései irányadók.

Toroczkó, 1901. november hó 30-dikán.

3-3

A főszolgabírói hivatal.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárt december 31-dikén.

Körorvos. Szentegyházás-Oláhfalu (Udvarhely m.) 800 k., lakás. Demeter főszolgabíró, Székely-Udvarhely.

Kórházi alorvos. Tapolesányi közkórház. 1000 k., lakás.

" " Nyitrai közkórház. 1400 kor. és teljes ellátás. Markhót alispán, Nyitra.

HIRDETÉSEK.

Vegy-, görösvészeti és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
1900. május 1-től VI., Andrásy-út 50 (Oktogon-tér).
Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-tej-, ex- és transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.
Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Verwaltung der kgl. Mineralbäder
Kissingen u. Bocklet

Kissinger
Rakoczy

NATÜRLICHES
MINERALWASSER

Mindenütt kapható. Leírások és vegyelemzések ingyen és bérmentve küldetnek. Orvosoknak külön árkedvezmények. Minták ingyen.
Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet
Friedrich Hessing.

S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. Vajda Géza dr.: A Szarúfoltok tisztítása dioninnal. — Csapodi István prof.: Maláriás papillo-retinitis. — Fejér Gyula dr.: Adatok a glioma és pseudoglioma közötti differentialis diagnózis tanárhoz. — Vermes Lajos dr.: Adatok a szemben előforduló rugalmas rostok ismeretéhez. — Főr Dezső dr.: Sérüléses izombénulás ritka esete. — Irodalom-szemle. — Vegyesek.

Szarúfoltok tisztítása dioninnal.

Közli: Vajda Géza dr. (alorvos a hódmezővásárhelyi Erzsébet-szemkórházban; igazgató: Imre J. dr. főorvos).

Két éve mult, hogy Wolffberg¹ közölte azon felfedezését, hogy a dionin a szemrésbe jutva, nagyfokú palpebralis és conjunctivalis oedemát, sőt a szarúnak is bizonyos fokú vizenyős duzzadását idézi elő. A szövetek ezen vizenyőjét a dionin nyirkhajtó tulajdonságából magyarázva, már eleve nagy jövőt jósolt W. a dioninnak a szemészeti therapiában.

Azóta úgy ő, mint Nicolaier,² Bloch,³ Vermes,⁴ Darier,⁵ Herrnheiser⁶ közöltek tapasztalatokat, a melyek bizonyítják, hogy a dionin használhatóságát illető remények jogosultak voltak s ma már tény Wolffbergnek azon tapasztalata, hogy: „az összes kötőhártyás tractusnak és szemhéjagnak nyirokkal való elárasztása, a mint az kóros esetekben a dioninnak első izbeni alkalmazására evidens módon előáll, tapasztalat szerint mindenekelőtt azon cornealis affectiókra van gyógyító hatással, a melyek nem kötőhártyás megbetegedésnek (mint pl. a trachomás pannus) a következményei”.

Bloch már nemcsak a szarú gyuladással bajai, de még azok maradványai, a szarúfoltok ellen is igen dicséri a dionint, ellentétben Herrnheiserrel, a ki szarúfoltoknál dioninra említésre méltó eredményt nem látott.

A mi szemkórházunkban régi szarúfolt néhány esetben dioninnal elért feltűnő eredmény arra indította mélyen tisztelt főnökömet, hogy a dioninnal kezelteteket általam megfigyeltesse. Feljegyzéseim eredményét a következőkben óhajtom közölni, azon meggyőződésben lévén, hogy a dionin a szarúfoltok tisztítására az eddig alkalmazásban levő szerek között a leg-hatásosabb.

Az itt kimutatott betegek szarúfoltjai mind régi eredetűek, sőt többnyire többszörösen kiújult gyuladások maradványai voltak. Csillaggal jelöltem meg azokat, a melyek egy hónapon belül, de legalább két héttel később a legutóbbi recidiva gyuladással jelenségeinek lezajlása után vétettek kezelés alá. A meg nem csillagozott szemek hónapok, sőt némelyek közülök évek sora óta nem voltak már gyuladásban.

A dionin-kúrát sok esetben calomelezés, szemkenőcskúra stb. előzte meg s így az előző és a dionin-kezelés közötti eredménybeli különbség a kedvező esetekben első sorban magukat a betegeket lepte meg. A dionin-kúra alatt — néhány desperatus esettől eltekintve, melyeknél e körülményről a jegyzetben említést is teszek — más szer nem alkalmaztatott.

Hogy a javulást fokról fokra ellenőrizhessem, naponta csak egyszer adtam a betegeknél dionint, melynek adagolása előtt visusuk mindig megállapítottam.

A dioninnak oldatban való alkalmazása tapasztalat szerint nem ajánlatos, mert egyrészt — könnyen kicsapódván a dionin — az oldat percentuatioja nem megbízható, másrészt pedig a hatás is sokkal csekélyebb, mint poralakban való alkalmazása után. Ennélfogva az adagolás in substantia történt;

mintegy kendermagnyi mennyiséget tettem Daviel-kanál segélyével az alsó átmeneti kötőhártyaredőbe.

Már Wolffberg észlelte azon körülményt, hogy a hatás nagyságára nézve majdnem közömbös, hogy az adag egy gombostűfejnyi mennyiség-e vagy annak a tizszerese.

Adataim összevetéséből levont következtetésem helyes voltára nézve, tehát nem sok gondot ad azon körülmény, hogy az egyes eredmények nem épen egyenlő dosisra állottak elő; sokkal inkább zavarja a következtethetés helyességét azon körülmény, hogy az esetek maguk igen különbözők a szarúfoltok nagyságára, helyére, tömörségére nézve s természetes is, hogy a vizsgáltak között két egyforma nincsen.

E miatt az I. táblázaton a foltok eredete, a lefolyt gyuladások neme szerint csoportosítva soroltam fel a megfigyelt eseteket, hogy így már eleve tájékozódhassunk a szarúfolt minősége felől.

A dionin hatása egyénileg igen változó, tapasztalat szerint azonban adagról adagra fokozatosan csökkenő s hosszabb-rövidebb idő alatt minimalis lesz a reactio a szervezet hozzá szokása folytán. Az első adagra azonnal csipés-szűrés érzete támad, mely néha fájdalomig is fokozódik. Ezen kellemetlen subjectiv tünet néhány percig tart csak. E közben fejlődik a palpebralis és conjunctivalis oedema, mely tetőfokát $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óra mulva a betegnek subjective már teljesen nyugodt állapotában éri el. Ekkor a szemrés a többé-kevésbé megvörösödött szemhéjak duzzadása folytán bedagadt; a kötőhártya bő vérű, vizenyösen duzzadt; a foltos szarú előbbi állapotához képest csillogóbb, áttetszőbb; iris csekély hyperaemiát mutat; a pupilla szűkült; az alkalmazkodás is szenved.

E tünetek összességét Vermes — bár ő miosist (Wolffberggel és Nicolaierrel is ellentétben) nem észlelt — dioninophthalmiának nevezi. Ezen ophthalmia, nagyságához mérten, 1—6 óra alatt el szokott mulni; kivételesen azonban még 24 óra mulva is fellelhető nyoma.

Egy, az összes észlelték között a legnagyobb reactioval járó esetben (I. I. 56. és 57. sorsz.) még 24 óra mulva is észlelhető volt nemcsak chemosis, de a palpebrák széleit megvastagító vizenyő is. Ezen esetben az ophthalmia tetőfokán a hűsvörös, fészeses dagadt szemhéjak körül hurkaszerűen tulult elő a chemosis képzelhető legnagyobb foka; ehhez hasonló képet csak heveny gonorrhoeás ophthalmia beszűrődési stadiumában észlelhetünk, melynek képéből ezúttal csak a genyes váladék hiányzott.

Ezen ijesztő kinézés indított arra, hogy az adagolás után $\frac{1}{2}$ óra mulva látásvizsgálatot eszközöljek. Kitűnt, hogy a látás a jobb szemén két sorral, a bal szemén $\frac{1}{2}$ sorral javult. Mint az I. táblázatban látható, az adagolás előtt volt: $v = \frac{5}{30}$ o. d. (56. sz.) és $\frac{5}{10}$ o. s. (57.); adagolás után $\frac{1}{2}$ óra mulva pedig; $v = \frac{5}{15}$ o. d. és $\frac{5}{7}$? o. s.; 24 óra mulva azonban a javulás már csak egy sornyi volt a jobb szemén, míg a balon egy sornyi muló rosszabbodás állott elő.

Tanulságos ezen eset annyiban is, hogy a fent leír módon juttatva a dionint a kötőhártyaredőbe — tehát a nélkül, hogy a szarút közvetlen érte volna a por s az adagolás módját okolhatnánk Wolffberg szerint a reflex kiváltásáért — oly rohama a tüsszögésnek (25—30 egymásután) állott be, a mit csakis individualis érzékenységgel magyarázhatunk meg. Ezen tüsszentések száma és hevessége épen úgy, mint a dioninhatás egyéb tünetei, fokoként, adagról adagra alább-hagytak, de még a 10. adag is váltott ki 2—3 tüsszentést.

¹ Wolffberg: Wochenschrift für Ther. u. Hyg. des Auges. III. 1., 2., 4., 16.

² Nicolaier: Wochenschrift für Ther. u. Hyg. des Auges. III. 3.

³ Bloch: Ärztliche Centralzeitung. 1900. 22.

⁴ Vermes: Orvosi Hetilap 1900. Szemészet 6. sz.

⁵ Darier, La Clinique Ophthalmologique, V. 23.

⁶ Herrnheiser: Deutsche Praxis. 1901. 8., 9.

I. táblázat.

Szarúfolt	Sorszám	Vizsgált kora	Visus kezdés előtt	Visus az							J e g y z e t		
				1.	2.	3.	4.	5.	10.	15.		20.	
				dionin-adag után									
A) I. Keratitis lymphatica után	1	14 é.	Ujjak 3 ¹ / ₂ m.	5/50	—	5/30	—	5/30	—	—	—	—	* v = ugyanaz 2 hét múlva is.
	2	14 é.	11 ¹ / ₂ m.	—	—	—	—	11 ¹ / ₂ m.	—	—	—	—	* strabismus convergens.
	3	9 é.	5/7	—	—	5/7	—	—	—	—	—	—	*
	4	9 é.	5/20	—	—	5/20	—	—	—	—	—	—	*
	5	16 é.	5/7	5/5	—	—	—	—	—	—	—	—	*
	6	11 é.	5/15 ?	5/15	5/7	—	—	5/7	—	—	—	—	*
	7	11 é.	11 ¹ / ₂ m.	3 m.	—	—	5/70	2 m.	—	—	—	—	* 2 napi szünet után 5 m.
	8	21 é.	5/15 ?	5/15	5/10	—	—	—	—	—	—	—	*
	9	10 é.	5/70	5/30	5/50	5 m.	—	5/70	5/20	—	—	—	* szünetek a kezelésben.
	10	10 é.	5/30	5/50	5/20	—	—	5/70	5/30	—	—	—	* coloboma iridis artef.
	11	22 é.	5/20	5/30	5/15	5/10 ?	5/15	—	—	—	—	—	
	12	22 é.	5/10	5/15	5/10	5/7 ?	5/7	—	—	—	—	—	
	13	17 é.	3 m.	4 ¹ / ₂ m.	5/30	—	5/15	—	—	—	—	—	5 hét múlva 5/30.
	14	17 é.	5/70	5/30	5/20	—	5/15	—	—	—	—	—	" " " 5/50. strabismus convergens.
II. Pannus serophulosus után	15	13 é.	5 m.	5/30	—	5/30	—	—	—	—	—	—	*
	16	13 é.	5/50	—	—	5/50	—	—	—	—	—	—	*
	17	9 é.	4 m.	—	—	5/70	5/50	—	—	5/50	—	—	*
	18	18 é.	3 ¹ / ₂ m.	—	—	—	—	5 m.	—	4 m.	—	—	*
	19	18 é.	2 m.	—	—	—	—	3 m.	—	2 m.	—	—	*
III. Ker. fascicularis után	20	15 é.	4 ¹ / ₂ m.	5/50	5/20	5/15	—	—	5/20	—	—	—	mintegy 2 mm. széles sáv a szarú közepén át.
B) Keratitis parenchymatosa után	21	17 é.	5/30	—	—	—	—	—	—	—	5/30	—	* } dionin-kezelés közben
	22	17 é.	5/70	—	—	—	—	—	—	—	5/70	—	* } szünetek, ezek alatt:
	23	14 é.	1 ¹ / ₂ m.	—	—	—	—	—	1 m.	—	2 m.	—	* } sárgakenőcs, jodolkenőcs,
	24	14 é.	1 m.	—	—	—	—	—	2 m.	—	2 ¹ / ₂ m.	—	* } stb., iridectomia.
	25	21 é.	5/30	5/20	—	—	—	5/15 ?	—	—	—	—	
	26	18 é.	1 m.	—	—	2 m.	—	3 m.	3 ¹ / ₂ m.	5/50	—	—	
	27	16 é.	1 ¹ / ₂ m.	—	3/4 m.	—	—	2 m.	3 m.	5/70	5/50	—	* } 1/2 hónap múlva: 5/10
	28	16 é.	Kézmozg.	—	1/2 m.	2 m.	—	3 m.	4 m.	5/50	5/30	—	* } 5/7
	29	36 é.	5/50	—	—	—	—	5/50	—	—	—	—	
	30	36 é.	5/7	—	—	—	—	5/7	—	—	—	—	
	31	8 é.	5/30	5/20	—	5/20	—	—	—	—	—	—	
	32	8 é.	5/50	—	—	5/50	—	—	—	—	—	—	
C) Pannus trachomatousus után	33	16 é.	5/50	—	5/30	—	5/30	—	—	—	—	—	*
	34	16 é.	5/20	—	5/15	—	5/15	—	—	—	—	—	*
I. Tömörebb foltok	35	70 é.	Kézmozg.	—	1 m.	—	—	—	—	—	—	—	* pannus crassus exulceratus foltja.
	36	70 é.	3 ¹ / ₂ m.	—	4 m.	—	—	—	—	—	—	—	*
	37	18 é.	5/30	5/20	—	5/20	—	—	—	—	—	—	*
	38	18 é.	5/20	—	5/15	5/15	—	—	—	—	—	—	*
	39	11 é.	Kézmozg.	0·2 m.	—	0·3 m.	1 m.	—	—	2 m.	—	—	* pannus vasculosus az egész szarú felett.
	40	12 é.	5/30	—	—	—	—	—	—	5/30	—	—	*
	41	17 é.	5/50	—	—	—	—	—	—	5/50	—	—	*
	42	19 é.	5/70	5/50	5/30	—	—	—	—	—	—	—	*
II. Vékonyabbak	43	19 é.	2 ¹ / ₂ m.	3 m.	3 ¹ / ₂ m.	—	—	—	—	—	—	—	egy hónap múlva: 5/30.
	44	41 é.	5/50	5/30	5/15	—	—	—	5/15	—	—	—	*
	45	41 é.	3 ¹ / ₂ m.	—	—	—	—	3 m.	—	—	—	—	*
	46	40 é.	5/50	5/20	—	—	—	5/20	—	—	—	—	*
	47	40 é.	5/10	—	—	—	—	5/10	—	—	—	—	*
	48	62 é.	5/70	5/30	—	—	—	5/50	—	—	—	—	*
	49	62 é.	3 m.	—	5/70	—	—	5/70	—	—	—	—	*
	50	12 é.	5/10	—	—	—	—	5/10	—	5/15	—	—	*
	51	26 é.	5/30	—	5/20	5/20	5/10 ?	—	—	—	—	—	
	52	32 é.	5/10	5/7	5/5	—	—	—	—	—	—	—	3 napi szünet után, borult időben vizsgálva: 5/7.
	53	17 é.	5/30	5/20	—	—	—	5/20	—	—	—	—	
D) Keratitis traumat. után	54	17 é.	5/15	5/10	—	—	—	5/10	—	—	—	—	
	55	58 é.	5/20	—	5/15	—	—	5/15	—	—	—	—	a szaru közepéig terjedt pterygium int. foltja.
	56	56 é.	2 m.	2 ¹ / ₂ m.	—	—	—	—	3 m.	—	—	—	} faág-sértés miatt támadt keratitis foltjai.
	57	56 é.	5/70	5/50	—	—	—	—	5/50	—	—	—	} maró folyadék okozta keratitis foltjai.
	58	55 é.	5/30	5/20	5/15	—	—	—	5/10	—	—	—	
E) Variola után	59	55 é.	5/10	5/15	5/7	—	—	—	5/10	—	—	—	
	60	14 é.	Kézmozg.	—	—	—	0·4 m.	—	—	—	—	—	vastag hog áttetsző szigetekkel a peripherián, hol iridect. is történt. iridectomia az 1 m.-ben újolvasát 1 ¹ / ₂ m.-re javította csak.
F) Ulcus serpens után	61	35 é.	1/2 m.	1 m.	—	—	—	—	3 m.	—	—		

Mellékesen jegyzem meg, hogy már ezen egy eset alapján sem merném a dionint a Wolffberg-féle indicatio alapján hályogkivonás után előleges próba nélkül alkalmazni, de ezenkívül még néhány esetben észleltem csekélyebb fokú tüszögést, a mely azonban egy hályog miatt operált szemre már végzettségé válhatna.

Az alkalmazkodás viselkedésének megállapítása végett

dioninoztam egy 21 éves férfi teljesen ép, emmetrop szemét, melynek visusa = 5/5, és Csapodi N. I.-et 10—60 cm.-ben olvas. — Közepes fokú ophthalmia fejlődött ki, mely fokra nézve nem állott alacsonyabban, mint ezen egyén másik oldali, gyuladásokat kiállott szemének (I. I. tábl. 8. sz.) ophthalmiája. Az adagolás után 1/2 óra múlva, az ophthalmia tetőfokán: pupilla szűkült, focalis világitásra is csak renyhén reagál,

$v = \frac{5}{5}$, Cs. I. 7—40 cm.; $1\frac{1}{2}$ óra múlva: oedema csökkent, pupilla jól reagál, Cs. I. 7—50 cm.; 6 óra múlva: csekély fokú chemosis, Cs. I. 8—55 cm.; 8 óra múlva: az izgatottság utolsó nyoma is eltűnt és az alkalmazkodás is normalis. Tehát nyilvánvaló, hogy a dionin irishyperaemia által feltételezett myosist, továbbá alkalmazkodási görcsöt is okoz.

A dioninnak a látás javulásában nyilvánuló hatása, a reactio nagyságával lépést tartva, az első adagokra a legkifejezettebb. A következő adagokra rohamosan csökken az eredmény, a mi az egyes adagokra előálló látásjavulást illeti, de az egész kezelési időtartamot tekintve, a látás élességének oly fokozatos javulását észlelhetjük sok esetben (l. az I. táblázat 1., 6., 7., 8., 13., 14., 15., 17., 20., 26., 27., 28., 37., 39., 42., 43., 44., 51., 52., 58. sorra), hogy azt másnak nem tulajdoníthatjuk, mint a dionin lymphagog hatásának, a szarúban lerakódott, azt homályossá tevő gyuladósos maradványok lassanként való felszívódásának.

Nem zárkozhatunk el azonban azon lehetőség elől, hogy a kezdetben oly rohamos látásjavulás érdemében fentebb kimutatott myosissnak is része van. Hogy a megszükölt pupilla, stenopäicus likként hatva, a látásélesség növekedésében, hacsak mulékonyan is, szerepet játszik, bizonyíthatom azon már fentebb, a reactio rendkívül nagy foka miatt említett egyén példájával, kinek az ophthalmia tetófoka közepette egyik szemén (l. 56. sz.) 2 sornyi, másik szemén (l. 57. sz.) 1 sornyi javulás helyett 24 óra múlva, — tehát a myosis szüntével — 2 sornyi javulás helyett 1 sornyi, illetve 1 sornyi javulás helyett 1 sornyi rosszabodás maradt. Igaz ugyan, hogy a myosis és alkalmazkodási göres rendszeren már 6 óra alatt elmúlik, mindazonáltal felvehető, hogy a hosszabb adagolásra a sphincter iridis göresös állapotba jut s ebből vélem megmagyarázhatni azon körülményt, hogy néhány esetben (l. I. tábl. 13, 14, 44.) 4-5 heti otthon tartózkodás után 1, 2, sőt 3 sornyi látóélesség-csökkenést constatálhattam, bár az illetők eltávolításuk alkalmával szemkenőcs (10% jodolvaselin) használatára utasítottak s okot a visus romlására objective nem találtam.

A myosis befolyására vezettem vissza azon feltűnő visus-ingadozást is, a mely az I. táblázat 9. és 10. eseteiben látható. Az elsőnél egy centralis lapos facette, a másikonál egy artetificialis iris-coboboma volt jelen; azt vélem, hogy ezen esetekben a myosis változó nagysága szerint hol kevésbé, hol erősebben astigmatikus szarúrészletek kerülve a pupilla területébe, a visus is hol jobb, hol rosszabb lett.

Ugyanezen esetben egy idiosynkrasiának nevezhető állapot fejlődött ki, mely a visus csökkenésén kívül az adagolásokra folyton fokozódó photophobiában, a ciliaris injectio megmaradásában nyilvánult, mely tünetek a dionin kihagyására gyorsan tüntek.

Az egyes csoportok szerint véve vizsgálat alá a talált eredményeket, azt látjuk, hogy a ker. interstitialis foltjai a többiekétől eltérő magatartást tanúsítanak.

A nyert adatok könnyebb megítélhetése végett a 2. és 3. táblázatot állítottam össze az elsőből. Ezekről könnyen leolvashatók az eredmények s felállíthatók az alkalmazás indicatioi.

E táblázatokon az egy sornyi javulás azt jelenti, hogy a beteg szem a dionin alkalmazása után 24 óra múlva 5 m. távrolról egy sorral többet tudott elolvasni a Csapodi-féle látásmeghatározásra való táblákról, mint közvetlenül a dionin adagolása előtt. Az egyöntetűség kedvéért azoknál, a kiknek $v < \frac{5}{70}$, egy meternyi javulást az ujjolvasásban egyenlőnek vettem egy sornyi javulással és 5 m.-ben ujjolvasást egyenlőnek $\frac{5}{70}$ visussal. (Pl. I. I. 26. sz.: kezelés megkezdésekor ujjolvasás 1 m.-ben, abbanhagyásakor $v = \frac{5}{51} = 5$ sornyi javulással). A 2. és 3. táblázatokban fél sornyi javulás rovatába vettem fel azon eseteket, midőn a javulás az egy sort el nem érte; azonban az egy soron felüli javulásoknál már többé a $\frac{1}{2}$ sornyi javulás figyelembe nem vétetett.

Ha most megtekintjük a 2. táblázatot, láthatjuk, hogy a kezelés teljes eredménytelensége szerint a csoportok így következnek egymásután: ker. interst. — 12 kezelt közül 5 teljesen eredménytelen (l. I. 21., 22., 29., 30., 32.); —

ker. lymphat. — 20-ból 6 (l. I. 2., 3., 4., 10., 16., 19.); — trachoma — 22-ből 5 (l. I. 40., 41., 45., 47., 50.); — és ker. traumatica — 5-ből 0.

Az egy-egy esettel képviselt E és F csoportokra nézve csak annyit jegyzek meg, hogy mindkét esetben tūmör, a szarú egész vastagságára kiterjedő hegeseződ állott fenn s csak a peripherián akadtak áttetszőbb szigetecskék, melyeknek megfelelően optikai czélból iridectomia is végeztetett. A műtét azonban mindkét esetben oly csekély visus-javulást eredményezett, hogy e beavatkozásoktól eltekinthetünk s a kezelés abbanhagyásakor beállott csekély visus-javulást az objective meg nem állapítható dionin eredményezte szarútisztulásnak kell betudnunk.

II. táblázat.

Csoport	Vizsgált szemek száma	Az elért látásjavítás								
		0	$\frac{1}{2}$	1	2	3	4	5	6	
sornyi										
A.	I.	14	4	1	4	2	2	—	1	—
	II.	5	2	1	—	2	—	—	—	—
	III.	1	—	—	—	—	1	—	—	—
	Összesen	20	6	2	4	4	3	—	1	—
B.		12	5	—	4	—	—	—	2	1
C.	I.	13	3	2	6	1	1	—	—	—
	II.	9	2	—	3	4	—	—	—	—
	Összesen	22	5	2	9	5	1	—	—	—
D.		5	—	1	3	—	1	—	—	—
E.		1	—	1	—	—	—	—	—	—
F.		1	—	—	—	1	—	—	—	—
	Összesen	61	16	6	20	10	5	—	3	1

III. táblázat.

Adagok száma	Vizsgált szemek száma	A látásjavulás				Adagok száma	Vizsgált szemek száma	A látásjavulás					
		0	$\frac{1}{2}$	1	2			0	$\frac{1}{2}$	1	2		
sornyi										sornyi			
A.	1	20	9	2	8	1	B.	1	12	10	—	2	—
	2	20	12	—	5	3		2	12	10	2	—	—
	3	20	14	2	4	—		3	12	10	—	2	—
	4	13	9	—	2	2		4	10	10	—	—	—
	5	9	7	—	2	—		5	10	6	1	3	—
	10	6	5	—	1	—		10	8	3	2	3	—
	15	3	3	—	—	—		15	7	4	—	—	3
								20	6	2	1	3	—
C.	1	22	12	2	7	1	D.	1	5	2	1	2	—
	2	22	11	3	6	2		2	5	2	—	2	1
	3	17	14	3	—	—		3	5	5	—	—	—
	4	15	13	1	1	—		4	5	5	—	—	—
	5	12	11	1	—	—		5	5	5	—	—	—
	10	5	5	—	—	—		10	4	2	1	1	—
	15	4	3	—	1	—		15	—	—	—	—	—

Más eredményt kapunk akkor, ha — practikus szempontból nézve az adatokat — egyrészt a fél sornyi javulásokat változatlanoknak tekintjük s másrészt az alcsoportokat is figyelembe vesszük. Megjegyzendőnek tartom még, hogy az I. táblázat 2. sz. esete teljesen mellőzhető, mert itt a visus változatlanosságának okául nem annyira a dionin hatástalansága (a szarúfoltok tisztulása ugyanis objective constatálható volt), mint inkább és főleg az amblyopia ex anopsia (strabismus convergens) tekintendő. E szám helyett, mint a phlyctaenás gyuladások sorába helyzeténél fogva — a szarú felületes rétegeiben folyván le — beillő, az I. táblázaton A) III. alcsoportot képező edényszalag esetét véve 14-diknek, azt találjuk, hogy a csoportok így következnek: 5 kezelt közül 1 eredménytelen eset = D) cs.; 9-ből 2 = C) II.; 14-ből 4 = A) I.; 13-ből 5 = C) I.; 12-ből 5 = B); 5-ből 3 = A) II. Szóval

kifejezve, jó az eredmény a traumatikus eredetű felületes homályoknál, a vékony pannusmaradványoknál és a phlyctenás eredetű foltoknál; ellenben rossz az eredmény a vastagabb trachomás pannusok tömörebb, mélyre terjedő foltjainál, a parenchymatosus lob és végre a görvélyes szarúposztó maradványainál.

Ezen következtetéssel ellenmondani látszik ugyanezen II. táblázat, midőn azt mutatja, hogy a kezelés alatt elért legnagyobb eredmények (2 ötsoros és 1 hatsoros) éppen a ker. interst. csoportjából kerültek ki.

Ezen jelenség magyarázatát alább adom, segítségül véve a III. táblázatot is, melyen az adatok akként vannak csoportosítva, hogy az egyes csoportokban beállott eredmények az adagok sora szerint is áttekinthetők legyenek.

Ezen III. táblázatról látható, hogy az A), C) és D) csoportokban legtöbb eredmény — úgy a javítások számát, mint fokát illetőleg — az első két adagra jelentkezik. A harmadik adagtól kezdve rohamosan csökken a javulás, úgy hogy a két sornyi javulást már csak a phlyctenás homályok között észlelhetünk (l. A) 4. adag); egy soros javulás is ritka már az 5. adagon túl. Levonhatjuk tehát az e csoportokba tartozó szarúfoltok kezelésére nézve a consequentiát, hogy ötnél több adag teljesen felesleges, mert — eltekintve a javulással egyáltalán nem reagáló esetektől (l. az előbb felsorolt $5 + 6 + 5 = 16$ esetet), még azon esetekben is, midőn az első adagokra lényeges javulás mutatkozott (l. I. 17., 44.), nem növekedett hamarabb adagolásra, sem az elsőkre elért javulás, bizonyosan a gyuladós termékek többé-kevésbé tökéletesebb organizálódása folytán, de sőt káros lehet, a mennyiben a visus csekélyebb nagyobbfokú, de valószínűleg csak mulékony csökkenését okozhatja (l. I. 9., 10., 18., 19., 45., 50., 59.).

Eppen ellenkezőleg áll a dolog a parenchymatosus lobok maradványaira nézve. A III. táblázat B) csoportjánál kevesebb a javulás az első adagokra s csak az ötödik adagtól kezdve növekedik. Természetes is, hogy ily esetekben, midőn a szarú legmélyebb rétegeiben székelő gyuladós termékekről van szó, egy-kétszeri adagra jelentékeny javulás nem állhat elő. Bár ebből az következik, hogy ez esetekre a dionin alkalmazása az első adagok hatástalansága esetén is folytatandó, kijelentem, hogy a hamarabb adagolásra beálló esetleges jó eredményt nem a dioninnak, hanem a szarúfolt eredete folytán feltisztulásra hajlamosított voltának tulajdonítom.

Következtetem ezt, nemcsak az eddigiek alapján, de a 21. és 22., továbbá a 27. és 28. sz. esetek kórtörténetéből is, melyeknek csilaggal való jelzése, persze nem egy recidiva, nem régi lefolyását — mint a többi csoportokban —, hanem magának a foltot hagyó szarúgyuladásnak végét jelenti s így ezen négy eset joggal nem is foglalhat helyet a táblázatokban. Miután azonban a két teljesen eredménytelen és a két legjobb eredményt adó esetnek felvétele nem változtatja meg a csoportbeli esetek gyógyulásának típusát, bár az elérhető jó eredményt kissé nagyobbak mutatja a valóságnál, közöltem őket azért, hogy a két esetet szembeállítva, bizonyíthassam velük előbbi véleményem jogos voltát.

Úgy a 17 éves leány (l. 21., 22.), mint a 16 éves legény (l. 27., 28.) gyurmabeli szarúlobjának okául lues hereditaria tarda derített ki. Míg azonban az előbbi, dacára annak, hogy a baj tetőpontján jelentkezett s szakszerű kezelésben részesült: sem a dionin-kezelés kezdetekor aránylag jó visusa, sem szarúfoltjainak tömörsége hosszas gyógyításra (innunctio kúra, jodkali, sárga higanyoxydenőcs, jodolkenőcs, bórsavpor, calomel, iridectomia), e közben húszszor adagolt dioninra semmit sem változott; addig a gyuladós folyamat legvégén (enyhe ciliaris inj., itt-ott fénytelen szarúrészlet) jelentkező legény visusa három heti kizárólagos dionin-kezelés alatt öt (27.), illetve hat (28.) sornyt javult, mely javulás két heti otthon tartózkodása alatt, — de dionin nélkül, csupán 10%-os jodolvaselin használata mellett — még 4—4 sornyival gyarapodott s foltjai szabad szemmel nem látható nubeculákká tisztultak meg.

Joggal vélem e két eset alapján is azt következtetni, hogy az e csoportbeli foltoknál a hamarabb adagolásra beálló

javulás nem a dionin, hanem a kórfolyamat sajátlagos voltának tulajdonítandó.

A mi az életkort illeti, általa a javulás észrevehető módon nem befolyásoltatik.

Mindezek alapján állíthatom, hogy a dionin lymphagóg hatása régi szarúfoltokra is bir gyógyító befolyással. E hatás tapasztalatom szerint legfőképpen a foltoknak a szarú felületesebb vagy mélyebb rétegeiben elfoglalt helyzetétől, másodsorban azok vékonyabb vagy vastagabb voltától függ s a foltok ezen sajátosságai szerint várhatunk több vagy kevesebb eredményt a dionin-kezeléstől.

A dioninnak három-, esetleg ötszöri adagolását minden fajta szarúfolt ellen alkalmazandónak tartom; hosszabb adagolásától azonban, különösen ha már lymphagóg hatása nem jelentkezik, nem sokat várhatunk, de megkísérélhető ker. interstitialis foltjai ellen, midőn adagolása legcélszerűbben Bloch szerint eszközölhető, a ki a sárga higanyoxyd-kenőcshöz 5%-os dionint adat s a beteggel otthon lefekvés előtt dörzsölteti be, hogy a dionin laikusra ijesztő hatása reggelre elmúljon.

Maláriás papillo-retinitis.

Közlő Csapodi István prof.¹

A régi jó időkben, a mikor még nagy mocsarak borították országunk sok vidékét, a mikor a hideglelés mindennapi baj volt, a mikor súlyosabb alakjai sem voltak nagy ritkaságok, talán én sem ültem volna a t. Orvosegyesület asztalához, hogy ime olyan hidegleléses szembajt ismertessek, a melyet sohasem láttam s bizonyára t. hallgatóim sem láttak. Ha azokban az időkben szemtükör lett volna, azon idők szemorvosa talán egész statistikát terjeszthetett volna az akkori orvosegyesület elé, hogy hány hidegleléses beteg között hány ugyanilyen vagy még érdekesebb esetet figyelt meg.

Hiszen azokból az időkben elég közlés maradt olyan mulékony megvakulásokról, melyek a hideglelés során támadtak, de a szem belsejét azon idők szemorvosai sem látták, csupán azt tapasztalták, hogy némely hidegleléses betegek megvakultak, majd újra megjött a látásuk.

Így a Graefe-Walther-féle *Journal f. Chir. u. Augenheilk.* 1823. évfolyamában Aschendorf ír az amaurosis intermittens gyógyításáról. A következő évek során Tott, Stosch, Kühlbrand irnak ugyanabban a folyóiratban erről a bajról. De egyéb német és francia folyóiratok is közöltek ide vágó ismertéseket.

Szemtükörrel látható maláriás elváltozásokról Jacobi irt először 1868-ban a Graefe-féle *Archiv* XIV. kötete 1. részében. Pangásos papilláról szól, mely chinin és vas adására négy hét alatt gyógyult, úgy hogy a fele élességnyire csökkent látás megint teljessé vált.

Hogy a hideglelés okozta papillitis milyen ritka baj, elég bizonyítéka, hogy a nagy összefoglaló munkák és kézikönyvek szerzői maguk nem látták, hanem egyes közlemények szerint ismertetik.

Így a Wecker-Landolt-féle nagy gyűjtő munkában (*Traité compl. d'ophthalm.*) Nuel ír a hidegleléses vakságról. A megjelent közlések alapján ritkának mondja a bajt, melynek képét Jacobi és Poncet közleményei szerint ismerteti.

Közlő az 1879-ig terjedő irodalmat, de ez leginkább szintén csak muló amaurosisokra vonatkozik. Csupán három szerző foglalkozik ideghártyás vérzésekkel. Gueneau de Mussy az 1872-iki *Journal d'ophthalm.*-ban, Mackenzie az 1877-iki *Med. Times and Gazette*-ban, Poncet az 1878-iki *Annales d'oculist.*-ben ír erről a szembajról. Neki alkalma volt anatómiai vizsgálatokat is tenni. Vizsgálatai szerint a papilla és retina elemeit izzadmány toltta szét, az erekben megritkultak a vörös vérszettek, felhalmozódtak a fehérek, sőt a rendes fehér vérszettek-nél ötszörte nagyobb szabálytalan sejteket is talált, melyek

¹ Előadta a Budapesti kir. orvosegyesület 1901. december 7-diki ülésén.

fekete pigmentet is foglaltak magukban. Ezeket levált hámszöveteknek tartja, melyek az elpusztult vörös vérszöveteket felváltják, azok maradványa a pigment.

A Graefe-Sämisch-féle nagy szemészeti könyvben (1877-ben) Leber ír az amaurosisokról. Megvallja, hogy ő még nem látott maláriás amaurosisot, de a közlésekből úgy állapítja meg, hogy vannak intermittáló amaurosisok, melyek nem okoznak szemfenéki elváltozást s vannak szemfenéki elváltozást okozók. Emezeket úgy magyarázza, hogy az egyes láz-támadatok okozta vérmesség nem múlik el a következő támadatig s így a látóideg szembebeli szakaszán summálódnak az egyes támadatok okozta elváltozások.

Schmidt-Rimpler a Nothnagel-féle nagy gyűjtő munka XXI. kötetében, mely 1898-ban jelent meg, szintén csak a mások közlésére támaszkodik. Főképpen Sulzer-nak a *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* 1890-iki évfolyamában közölt eseteit ismerteti. Sulzer olyan betegeket vizsgált, a kik Jáva szigetén szereztek betegségeket. Látásuk csekély, de teljessé válik. Fényérzésük, színlátásuk jó. A látó idegfőjük dagadt, sötét vörös, a környező retinájuk zavaros. Némely esetekben apró vérzések találhatók. Többször az üvegtest is beszűrődött.

Meg kell említeni Pennof tapasztalatát, hogy harmadnapos hideglelésben szenvedő katonáknak, a kiket a láztalan időben gyakorlatokra vittek, a verőfény behatására sárgafolti elváltozásaik támadtak. (*Centralbl. f. pr. Augenh.* 1879.)

Egyes szerzők még *neuritis retrobulbaris-t*, *atrophiát*, bénulásokat, *iritis-t*, *keratitis-t* láttak malária során.

Ezeket az irodalmi adatokat szedtem össze, hogy egy betegem szembajának különben érthetetlennek látszó eredetét kimagyarázzam, illetőleg felfogásom előterjesztésére jogot szerezzek.

St. Ferencz 36 éves, Arbe szigetéről származó olaszhorvát hajós a Dunai Gőzhajós Társaság hajóján volt alkalmazva a gönyői Dunán. Öt hónap óta hideglelés, baja harmadnapos szabványú, még pedig orvosi értesítés szerint néhányszor jó nagyfokú hőemelkedésekkel járt. Chinint kapott, de nem gyógyult, azért haza küldötték az Adriára, de útközben megfigyelés végett néhány napra a Budapesti Poliklinika kórházába vétette fel a Kerületi Betegsegélyező Pénztár.

Mivel pedig bal szeme rossz látását panaszolta el, az én vizsgálatom alá került.

Külsőleg mindkét szeme ép, a két pupilla egyforma, fényre és árnyékolásra jól mozog. Azonban míg a jobb szem látása teljes, $\frac{5}{5}$, a bal egész közélről sem olvas ujjakat. Szemtükörrel nézve a jobb szem belseje ép, a balban nagyfokú változások láthatók. A látó idegfő duzzadt, határai elmosódtak, vénái nem annyira vastagok, mint inkább igen nagy kanyarulatokat vetnek s messzire be az ideghártya területére következtetők gyígyó ágai. Az ideghártya gyöngéden szürkült, a papilla csúcsán fehér sáv vehető észre. A papilla külső felét nagyobb vérzés takarja, de csikokra oszlik, innen kiindulva a sárgafolt felé, valamint fölötte és alatta is igen nagy számú, de igen apró, sűrű, csikos vérzések tarkázzák az ideghártyát. Magán a sárgafolton nincs vérzés, de területe sötétebb színű.

E kórkép értelmezése igen kényes. Első vizsgálatkor nem is tudtam még, hogy hidegleléses beteg. De meg ki gondolt volna mindjárt maláriára? A pangás agybeli daganatra, a koponya tartalma megnövekedésére, az agybeli nyomás fokozódására vallana, csakhogy akkor mindkét szemben szokott a pangás mutatkozni. Különbösen sincs az agybeli nyomás fokozódottságának semmi jele a betegen. Vidám kedvű s csak az a panasza, hogy a többi beteggel nem beszélhet olaszul vagy horvátul. Féloldali pangást okozhatna valami szemgödörbeli gyuladás vagy daganat, de exophthalmusnak nyoma sincs, a szemteke mozgásai minden irányban rendesek.

Mivel ilyen újszerű, szokatlan diagnosis kimondása felelősséggel jár, minden irányban iparkodtam meggyőződést szerezni. Megvizsgáltattam a beteg vizeletét. Abban nem volt sem fehérje, sem cukor. Gondoltam luesra, de annak semmi jelére sem lehetett akadni. Szíve működése is rendes, nagyságában s a szívhangokban semmi változást nem találtak.

Csak azután gondolhattam maláriára, a mikor sehogysem tudván a bajt értelmezni, megtudtam, hogy a beteget azért vették fel a kórházba, hogy hideglelését megfigyeljék.

Igaz, a pár napi megfigyelés alatt nem volt a hideglelésnek újabb támadata s így a vérben sem találhattak plasmódiumokat; de a betegnek a lépe tetemesen nagyobb volt, a léptompulat 1 cm.-nyivel haladta meg a bordaívét.

Másrészt azonban a beteg erős, izmos, fiatal férfi, nem pedig holmi senyvedt ember, a kinek szembajához csak annyi köze lehetne a maláriának, hogy talán a maláriás cachexia alapján kellene szembaját is értelmezni.

Továbbá azt is számba vettem, hogy a hidegleléses beteget chininnel gyógyították. A chininről pedig tudjuk, hogy vakaságot okozhat. Csakhogy annak egészen más a képe. Erről volt már szó az Orvosegyesület színe előtt, mikor egy *filix mas* okozta mérgezőes vakaság esetéhez fűzött hozzászólásában *Goldzieher* ismertette meg chinintől megvakult betegét. A chinin nem okoz pangást a látóidegfőn, hanem inkább feltűnő mértékben megszükiti a retinás ereket és sorvasztja a látóideget. A chinines amaurosis fontos jele tehát az *ischaemia retinae*.

Az én betegem szemében ellenkezően nagy pangásos hyperaemiát találtam, kanyargó erekkel, vérzésekkel, sőt az apró erek teltségére valló vörös papillát.

En tehát esetemet a *Jacobi*, *Poncet*, *Sulzer* esetei mellé helyezvén, egyenesen a maláriás fertőzésből magyarázom s mint ilyen ritka és érdekes esetet bátorkodtam a t. Orvosegyesület elé hozni. Csak azt sajnálom, hogy a hazájába siető embert nem birtam addig itt tartani, hogy be is mutathattam volna. Természetesen a további megfigyelésről sem lehetett szó.

A beteg jövődöbeli sorsára nézve, várhatjuk, hogy okos szerű gyógyítás mellett teljesen meggyógyulhat, bár egyes feljegyzések szerint sorvadhat is a látóideg.

A súlyos szembebeli változást okozó maláriára nézve még azt a kérdést vehetjük fel, vajjon itt honi hidegleléssel volt-e dolgunk vagy az Ádria szigeteinek hevesebb természetű maláriája nyilvánult betegünk szemében. Azt hinném, a hónapok óta a magyar Dunán tartózkodó hajós a honi hideglelést kapta meg. Hiszen a Kerületi pénztár főorvosától, *Friedrich* magántanár úrtól tudom, hogy dunai hajósaink között gyakori a hideglelés. Így hát, ha nem is tartom nagy dicsőségnek, a magyar malária áldozatát kell betegemben látnom. Ez legyen figyelmeztetésül, hogy a hideglelés még nem veszett ki annyira hazánkból, hogy ily súlyosabb természetű fertőzések is elő ne fordulhatnának.

Adatok a glioma és pseudoglioma közötti differentialis diagnosis tanához.

Fejér Gyula dr. a Szent Margit-kórház rendelő szemorvosától.

A gyermekkor első éveiben úgy a *glioma retinae*, mint az úgynevezett „*pseudoglioma*“ név alatt összefoglalt esetek ritkán lépnek fel. A gliomára nézve léteznek statisztikai adatok, de legtöbbet ér *Wintersteiner* 498,057 betegre terjedő statisztikája, mely szerint *neuroepithelioma retinae* 203-szor azaz 0,04%-ben fordult elő. *Hirschberg*, *Fuchs*, *Freudenthal* adatai 0,01%-el magasabbak. *Pflüger*, *Holmes* és *Vossius* magasabb perzentjei azon körülményben lelik magyarázatukat, hogy egy ritka és nem biztosan kórismézhető betegség statisztikájának felállításához nagy beteganyag szükséges. A budapesti izraelita kórház szembetegosztályán kilencz év alatt 56,839 esetet kezeltek, melyek között glioma retinae csak hatszor fordult elő, percentekben kifejezve 0,01%-ben. Ezzel szemben a Bródy Adél-gyermekkorház szembetegosztályán *Mohr Mihály* a négy év alatt kezelt 5164 beteg között nyolcszor kórismézett gliomát, percentekben kifejezve 0,15%-ben. A nyolcz eset közül hétszer végzett exenteratio orbitae, tehát a kórisme boncztanilag is megállapított. E magasabb százalék persze azon körülményben leli magyarázatát, hogy anyaga a gyermekkorra vonatkozik. A székesfevárosi szt. Margit-kórházban három év alatt észlelt 2319 eset között, csak egy esetben észleltem gliomát, percentekben kifejezve 0,04%-ben. Ilyen különböző a százalék,

a szerint, a mint az adatokat felnött, gyermek vagy vegyes anyagból merítjük.

A „pseudogliomák“ gyűjtőneve alatt összefoglalt betegségek statistikáját illetően, adatok rendelkezésre nem állanak, de tapasztalati alapon mondhatom, hogy gyakoribbak. Itt csak azon eseteket lehet tekintetbe venni, midőn szerzők hamis diagnosis alapján enucleáltak szemtekeket, a boncolásnál kitűnt, hogy csalódtak és nem daganattal, hanem gyuladási termékkel van dolguk. Milyen gyakran fordulnak ilyen esetek, azt a következő adatok legjobban fogják illusztrálni. Raab Becker Ottó gazdag gyűjteményében 20 szemteke között, melyeket kiváló orvosok diagnosis alapján enucleáltak — öt esetben, azaz 25%-ban az uvealis tractus gyuladós elváltozásait találta. Vetsch 24 glioma-esetről referál, melyek között kétszer tévedtek, a harmadik esetben pedig irido-chorioiditis után fejlődött „kötegeképződést“ kórisméztek és a boncolatnál gliomát találtak. Treacher Collins a londoni Moorfields-kórházban 1888—1892-diki időszak alatt enucleált 1024 szemről referál, melyek közül 24-szer kórisméztek gliomát, a diagnosis hétszer téves volt. Isler Jakob a baseli szemészeti klinikán észlelt 17 glioma-esetet gyűjtött össze, melyek közül három esetet nem operáltak, mert mindkét oldalon glioma fejlődött, két esetben a diagnosisban tévedtek, mert egyszer a szem belső hártályának kiterjedt tuberculosis, második esetben irido-cyclitist totalis reczeshártyaleválással találtak. A többi 12 esetben a kórisme boncztanilag is megállapított. Goldzieher „cylindroma“ név alatt a pseudogliomák egy fajtáját írta le; Pinto da Gama egy esetben a szemteke bonczolásánál reczeshártyaleválást és az üvegtest organisatióját találta, midőn egy sárgászínű és rezgő daganat volt a szemtükri lelet. Panas pedig három esetben újszülötteknél intrauterinális izzadmányos cyclitis által okozott reczeshártyaleválást talált, a lelet mindenképen gliomához hasonlított.

A glioma, vagyis neuroepithelioma retinae fejlődésében négy stadiumot különböztetünk meg. A differentialis kórisme szempontjából csak a két első stadium jöhet számításba, vagyis helyesebben mondva, csak az első stadium adhat alkalmat téves diagnosis-ra, mert belnyomás emelkedésével járó gyuladási tünetekkel már majdnem biztosítjuk a malignitas diagnosisát.

Az első periodus, az intraocularis növekedés alkalmával egyedül a Beer-féle „amaurotikus macskaszem“ elnevezés alatt ismeretes, a szem mélyéből eredő sárgás reflex képezi a betegség főjellegét, a szem teljes megvakulásával. Ezen reflex színe, színárnyalata, a töröközegek átlátszóságától, a daganat nagyságától, helyzetétől és egyéb mellékkörülményektől függ. Ha reczeshártyát tolja maga előtt a daganat, úgy fehéres vagy kékesfehér színűvé változik. Ha a diagnosis megállapítása céljából csak egyedül ezen tükrilelet áll rendelkezésünkre, úgy a tévedés könnyű, de az eset további megfigyelése útmutatással fog szolgálni.

Az eseteket, melyek tévedésre adhatnak alkalmat, Wintersteiner szerint két csoportba oszthatjuk, úgymint:

1. *Kryptogliomákra*, midőn egy jelenlevő daganatot a kiséző mellékkörülmények miatt nem lehet felismerni. A daganatok e fajtájával különösen Schöbl foglalkozott behatóan, ő vezette be a terminus technikumot is az irodalomba.

2. *Pseudogliomákra*, midőn a belső hártályak egyéb gyuladós elváltozásai vannak jelen és a gyanu gliomára irányul.

Daganatokat akkor nem lehet felismerni, ha a törő közegek zavarodásai, szaruhártya avagy lenesehomályok a szembe való betekintést lehetetlenné teszik. Ilyen kétes esetben végzett *Blumenthal* iridektomiát és ismerte fel a tumort a colobomán keresztül, míg *Greve* hasonló esetben a hályogos lencsét extrahálta, hogy meggyőződjék a szem belső tartalmáról. A sugártest tuberculotikus daganatja is adhat alkalmat tévedésre, ha az a mellső csarnokba benő.

Sokkal gyakrabban fordulnak elő azon esetek, midőn a szemteke egyéb megbetegedései „glioma“ gyanánt szerepelhetnek. Ide tartoznak a reczeshártya-leválások, az érhártya sarcomai és tuberculomai. Eltekintve azon körülménytől, hogy az itt felsorolt betegségek a gyermekkorban nagyon ritkán fordulnak elő, különösen a reczeshártya-leválásnak vannak olyan differentialis tünetei, mely döntő szerepet játszhatnak a kórisme felállításánál. Így a levált reczeshártya kékes-szürke színe, a hártály hullámzása, az

edények szabályos elágazódása, a szemteke belnyomásának súlyosdása. Nehezebb a differentialis kórisme az utóbb említett két betegségnél. De a tulajdonképeni „pseudogliomák“ alatt azon betegség csoportját értjük, midőn az érhártya vagy sugártest idült gyuladása következtében olyan elváltozások jöttek létre a szemteke hátsó felében, hogy a sárgás-szürke reflex megjelenik és a szem megvakul. A gyuladási termék az üvegtestben organizálódik és a reczeshártya leválását idézi elő. Ilyen esetekben döntő szokott lenni az anamnesis. A gyermek szembaja sokszor, de nem mindig gyuladással, fájdalommal kezdődik, a szem izgatott, a fényt kerüli. A reflex színe fémsárga, az exsudatum edényeket nem tartalmaz, míg a daganat edényből. A daganat felülete dudoros, az exsudatum sima; de ezen tételeket szabályként felállítani nem szabad, mert sok a kivétel. Legfontosabb körülmény, hogy a szem tensioja daganatnál először rendes, később emelkedett, míg exsudatumnál csökkent, sőt a későbbi stadiumban a szemteke sorvadása, behúzódása is be szokott következni. *Wetsch* a szaruhártya táguulatát is jellegzetesnek mondja gliomára nézve, de ezen tünet épen úgy, mint a belnyomás-emelkedés egyformán fordulhatnak elő plastikus és tuberculotikus érhártyagyuladásnál, mit *Brailey* esete eléggé bizonyít. *Saemisch* említ egy esetet, midőn a tensio-emelkedést reczeshártya-leválás, genyes érhártya-gyuladás és kötőszöveti degeneratio okozta. Mellső synechiák jelenléte szintén gyuladás mellett bizonyít.

De mindezen tünetek néha annyira össze vannak zavarva, az átmeneti stadiumok lépnek előtérbe, hogy a legügyesebb diagnostikus sem képes magát kiismerni.

Az üvegtest genyes gyuladása, cysticercus, üvegtesti vérzések, melyek később organizálódnak, szintén adhatnak alkalmat hamis diagnosis-ra.

Egy esetet szándékozom alábbi sorokban közölni, mely több körülménynél fogva érdemelt figyelmet. Érdekes a megvakult szem állapota, érdekes a másik szem tükrilelete, tanulságos a kettő közötti összefüggés. De még érdekesebb azon körülmény, hogy a legelőkelőbb szemorvosok sem tudtak biztos diagnosis felállítását és csak a megfigyelés adhatott útbaigazítást.

1900. augusztus hó 13-dikán egy 4 éves leánygyermeket hoztak rendelésemre, kiről anya elbeszéli, hogy bal szemével kancsalít, nem lát és hat hét óta időnként — megfelelő helyzetben — egy a szem mélyéből jövő sárgás vízfényt vett észre. Hat hónapos korában külső gyuladása volt a szemén, mely azonban borogatásokra pár nap alatt megszűnt. Az anamnesist illetőleg orvosától megtudtam, hogy a gyermek hét hónapra született 1600 gm. testsúlylyal, lassan fejlődött, az első életév vége felé nagyfokú craniotabest, a második életév folyamán igen kifejezett rachitis tüneteit lehetett constatálni. Ülni csak igen későn, járnai és beszélni csak három éves korában tudott, szellemi fejlődése hasonlóképen felette lassú tempóban történt. Némileg most is imbecilis, járása jelenleg is kissé bizonytalan. Hydrocephalus manifest jelei soha nem voltak jelen, de a koponya architektúrája olyan, mint a melyet hypertrophia cerebrinél észlelünk, rachitissal társulva. Különösebb szervi megbetegedéseken, fertőző bántalmakon nem ment keresztül. Folyó évi július havában tüdőgyuladást állott ki. Különös jelenség, hogy a falatokat negyedóráig is szájában tartja, rágja, mielőtt lenyelne. Étvágya, széke rendes. Apja in tempore generationis diabetikus volt.

Ezen adatok állanak rendelkezésemre a gyermek anamnesisét illetően, *Brück Miksa dr.* gyermekorvos úr szíveségéből.

A szemek vizsgálata következő adatokat szolgáltatott. Külsőleg semmi elváltozás a jobb szem 4 m. távolságról — a gyermek intelligentiájának megfelelő — tárgyakat felismer. A bal szem kifelé kancsalít. Ha megfelelő helyzetben van a gyermek, már 2 meter távolságról egy sárgás reflexet lehet észrevenni, mely a szem mélyéből és hátsó részéből ered. Tükörrel ugyanazon reflex látható, azon különbséggel, hogy ezen alkalommal azt is ki lehet venni, hogy a reczeshártya le van vála és több helyen lebeg. A szemfenék felső részében papillányi nagyságú kifejezett atrophikus helyek láthatók, melyek — itt ott — festenyszegélylyel vannak körülvéve. A papillát látni nem lehet. A szem izgalmentes, a tonus rendes, a gyermek szívesen hagyta szemét megvizsgálni. Nem érdektelen a másik szem állapota, melynek látóképességét a gyermek esékely intelligentiája miatt lehetett csak

megközelítőleg meghatározni. Szokásból vizsgáltam meg a jobb szemet, okom nem volt reá és ime kitént, hogy az egész szemfenék tele van kisebb-nagyobb kiterjedt atrophikus részletekkel, melyek úgy az ér mint a reczehártyára kiterjednek. A fénytörő közegek mind a két szemben normalisak voltak.

Véleményt kellett mondanom, mert úgy az orvos mint a szülők kérték. Ha egyedül a bal szemet látom, úgy egészen biztosan gliomát kórisméztem volna, de így, midőn a jobb szemben kiterjedt atrophikus részleteket találtam, azonnal eszembe ötlött, nem szolgál-e mindkét szemben elváltozásnak ugyanazon betegség alapul, nem fejlődött-e a baloldali tumor is valamelyes chorio-retinitikus alapon. A beteget meg kellett figyelmem, hogy biztos véleményt mondhatok, bár a szülők előkelő szemorvosok véleményét is meghallgatták, kik gliomát kórisméztek és ebbeli véleményüket velem tudatták is. A diagnózisnak megfelelőleg sürgős enucleatiót ajánlottak. De a betegség képe mihamarabb megváltozott, mert már 3 hét után a szem könyezni kezdett, a gyermek kerülte a világosságot és a szem belnyomása kissé emelkedett (T + 1) a nélkül, hogy a gyermeknek fájdalmi lettek volna. Az objectiv lelet annyiban változott, hogy a pupilla kissé kitért, de glaucomás állapotnak egyéb jelei teljesen hiányoztak. Ilyen tünetek után véleményem meggingott, hiszen a csekélyfokú belnyomásemelkedés, könyezés, fénykerülés arra mutat, hogy a szemben valami nő, én is azt mondtam, hogy enucleálni kell és csatlakoztam kartársaim véleményéhez. De a szülők nem engedték és újabb fórum véleményéhez fordultak Bécsbe Fuchs tanárhoz, kinek megírtam az anamnesist és kinek felvettem azon kérdést, hogy nem-e lehetne mindkét szemben elváltozást ugyanazon chorio-retinitikus alapon — megmagyarázni? Kértem, csináljon differencialis diagnózist glioma és pseudogliomát illetőleg és ennek megfelelőleg mondja meg a therapiát. Fuchs a gyermeket 1900. október hóban látta megvizsgálás céljából, a gyermeket el is altatta és a következőkben értesített az eredményről: *die gelbweissen Flecken halte ich in beiden Augen für den Beginn eines Glioms, besonders da nun links Drucksteigerung dazugekommen ist. Absolut sicher ist diese Diagnose jedoch noch nicht. Ich rathe daher, bei einer einfach roborirenden Behandlung weiter zu beobachten. Eine Operation gegen die Drucksteigerung scheint mir nicht angezeigt.* Fuchs véleménye után nem tudtam eligazodni, hiszen ő sem tudta biztosan meghatározni a kórismét, bár figyelme inkább kétoldali gliomára irányult.

Pár hét alatt a szem puhább lett, a csekély ciliaris injectio visszafejlődött, minden beavatkozás nélkül. A szemtükri lelet semmit sem változott. Az egész telet a gyermek elég jól töltötte, meg lehetőségen fejlődött, szülei már belenyugodtak azon körülménybe, hogy a bal szem vak maradt és mindinkább reménykedtek, hogy a daganat diagnózis ki van zárva. 1901. május havában a gyermeket újra megmutatták Fuchsnek, ki az állapottal meg volt elégedve és biztosította a szülőket, hogy daganattól félni nem kell. Sajnos Fuchs ezen véleményét csak az intelligens szülők jelentése alapján ismerem. Ugyanazon év július havában a gyermeket újra megvizsgáltam, a szemet izgalommentesnek, normalis tensioval találtam. A sárgás reflex elhalványodott és tükrí vizsgálatnál úgy találtam, hogy a sárgás reflexet okozó képlet sorvadtt, alacsonyabb lett. A szemfenék felső részében levő kiterjedt retinitikus elváltozások halványabbak lettek. Jobb szem állapota ugyanaz maradt.

Egy esettel van dolgunk, melyben a helyes diagnózis felállítása nagy fontossággal bírt, nemcsak a szemre, hanem a gyermek életére nézve. Daganat vagy áldaganat, e kérdés megoldásától függött a therapia. Mert ha a bal szemben kifejlődött sárgás reflex *daganatra*, azaz gliomára vezethető vissza, akkor a bal szem üregét azonnal exenterálni kell, de mit csináljunk ezen esetben a jobb szemmel, hiszen ott is függetlenül glioma fejlődik. Ha pedig *áldaganat*, akkor felesleges a műtétet végezni és a gyermeket a vele járó veszélyeknek kiténni.

Hogy ezen körülményeket jobban mérlegelhessek, ki akarok terjeszkedni röviden azon viszonyokra, melyek kétoldali gliománál elő szoktak fordulni, összegezni akarom azon tapasztalatokat, (f. év október havában szerzett értesüléseim alapján is állíthatom, hogy a szem és a gyermek állapota semmit nem változott) melyeket a daganatok fejlődése körül, annak kezdeti stadiumáról szereztek,

és felsorolni azon betegségeket, melyeket a daganatmentes szemben — egyidejűleg a gliomával — különböző szerzők észleltek.

A gliomák elég gyakran fordulnak elő mindkét oldalon, a statistika szerint 19% -ban. A daganat mindkét szemben egyidejűleg felléphet, néha hónapok és éveket is kitesz az időbeli különbség, de mindig *egymástól függetlenül* — elsődleges alapon — lépnek fel, *sohasem metastasis útján*. De a másik — azaz a daganatmentes — szem is megvakulhat, tönkremehet más elváltozások következtében, melyek függetlenül lépnek fel és indirect következményei lehetnek a daganatnak. Ilyen esetek fordulhatnak elő, ha a daganat az egyik szemüregből a másik szemüregbe átterjed, a szemekét előretolja vagy a látóideget nyomás következtében tönkreteszti. Ilyen esetet írt le *Middlemores*. *Glaser* neuroretinitis haemorrhagicát észlelt az egészséges szemben, a gliomatosus szemtekének 5 év előtti exstirpatioja után. Más észlelők a daganattal egyáltalán össze nem függő elváltozásokat írtak le ú. m. panophthalmitist, cornealis heget és benőtt leucomat.

A glioma kezdeti stadiumát illetőleg *Graefe A.* azt állítja, hogy a glioma szintén fehér plaques-ok alakjában kezdődik, melyek különböző nagyságban vannak szétszórva a reczehártyában, de recze-infiltratúmtól alakjuk, opacitásuk és csoportosulások által különböznek; helyenként a reczehártyaedények megett fekszenek, helyenként a retina reájok nőtt és igen jókor elődudorodnak a szemteke üregébe. E kiemelkedéshez nemsokára a reczeleválás csatlakozik, mely lassanként nő és a szemteke belnyomásának emelkedéséhez vezet. A szerzők legnagyobb része — *Hirschberg*, *Schöbl*, *Perles*, *Jodko* — hasonló módon írják le a glioma kezdeti stadiumát, mindnyájan kiemelik a plaques-ok fehér színét, kiemelkedését, valamint az edények helyzetét, törését. Ezen körképhez gyorsan csatlakozik a retina leválása, az üvegtest zavarodása és a belnyomás emelkedése. Ha a jobb szem elváltozását összehasonlítjuk ezen megfigyelésekkel, így szembeötlik azon körülmény, hogy a sárgás-fehéres plaques-ok alakjában fellépett reczehártyaelváltozások teljesen laposak, *itt-ott pigment szegélylyel vannak körülvéve*, nem csoportokban, hanem különböző nagyságban szét vannak szórva a papilla körül, az edények simán futnak keresztül rajta és a mi a főtulajdonságuk, *egy év lefolyása alatt nem nőttek, hanem elhalványodtak, megfehéredtek*. Festenyképződés reczehártyagliomáknál teljesen hiányzik; *Graefe* még azt is állítja, hogy festeny még azon esetekben sem fordul elő, midőn az érhártyában secundaer metastatikus alapon csomók lépnek fel, pedig az érhártyadaganatok főjelleget a melanotikus szín képezi. A gliomák csak vérzés következtében festődhetnek meg, de akkor is barnás színt nyernek. *Wintersteiner* könyvében *Hosch* egy esetét említi, melynél a daganatmentesnek vélt szemben a hátulsó poluson néhány különböző nagyságú, szabálytalan, fehér, részben fekete pigment szegélylyel körülvett foltok voltak találhatóak, melyeket első pillanatban degenerált chorioiditis szokatlan formáinak lehetett volna tartani, de pontosabb vizsgálatnál kiderült, hogy kiemelkedő csomók vannak jelen. Mindkét szemben glioma fejlődött, a gyermek 6 hónap alatt elpusztult. Az irodalomban csak ezen egy esetet találtam, melynél biztosan kórismézett gliománál festenyződéssel tesznek említést. De a plaques-ok kiemelkedése is differencialis tünetet képez.

Esetemet 15 hónapja figyelem meg, a nélkül, hogy valamelyes változás lépett volna fel a szemben vagy a gyermek szervezetében. Pedig a gliomák spontán betegségi tartama $1\frac{1}{2}$ évet tesz ki, ritkán hosszabb. Egy eset van feljegyezve az irodalomban, midőn 23 hét alatt halál állott be. A mi pedig az első stadiumot illeti, azaz azon időszakot, mely a kezdettől a glaucomatosis állapotig tart, erre nézve 81 eset áll rendelkezésünkre, melyek közül 19 esetben az I-ső stadium 1—5 évig tartott, 35 esetben $\frac{1}{2}$ —1 évig és 27 esetben egy fél év alatt kifejlődött a glaucomatosis állapot; meg kell azonban jegyezni, hogy az I-ső stadium azon esetekben tartott 2—5 évig, midőn a betegséget már a születés utáni első hetekben lehetett constatálni, tehát veleszületett állapotnak kell tekinteni. Az esetek háromnegyed részénél a glaucomatosis stadium kifejlődése egy évig nem tartott. E megfigyelések is ellene szólnak annak, hogy esetünkben daganattal volna dolgunk. Tekintsük akár a jobb, akár a bal szemet, a folyamat mindkettőben megállott, sőt visszafejlődött. A bal vak szemben a sárgás

reflex elhalványodott, a kiemelkedés lelaposodott, a jobb szemben a sárgás-fehér foltok szintén halványabb szint nyertek.

Tévedések előfordulhatnak, hiszen e dolgozat bevezető sorai-ban elősoroltam azon tapasztalatokat, melyeket különböző szerzők az enucleált szemek boncolásánál szereztek. *Egy vak, izgalommentes, békés szemet enucleálni felesleges, de két szemet enucleálni — azon hiszemben, hogy daganattal van dolgunk —, műhiba volna.* Pedig fordultak elő olyan esetek, hogy kétoldali enucleatiót végeztek és csak a boncolatnál derült ki, hogy pseudoglioma van jelen. (Allin-Delafield.)

Esetemben tehát a differentialis diagnosis felállítása nehézségbe ütközött, majdnem lehetetlen volt. Én — első pillanattól fogva — áldaganat kórisméje mellett foglaltam állást, mert a megvakult szemben a recze- és érhártya felső részében található atrophikus részletek, valamint az épnek tartott jobb szem jellegzetes chorio-retinitikus elváltozásai megerősíteni látszottak feltevésemet. Én ugyanis azt képzeltem, hogy az alpbántalom chorio-retinitis, mely a bal szemben exsudatív kóroszöveti organisatioval és részleges reczehártyaleválással kombinálódott. Hiszen van erre elég példa az irodalomban. Legutóbb *Schieck* az „ophthalmologische Gesellschaft“ 1900-ik évi gyűlésén *chorioiditis exsudativa plastica* név alatt két fiatal — másképp egészséges — egyén kórtörténetét közölte, kiknél az ér- és reczehártya között több helyen kiterjedt kiemelkedő tömeg képződött. Az egyik esetben a lelet glioma kórképéhez hasonlított, mely 1³/₄ év megfigyelési idő alatt semmit nem változott. Az izzadmányt fibrinosusnak tartja. De megingatott a véleményemben a csekély belnyomás, emelkedés és még jobban *Fuchs* írásbeli közleménye. A belnyomás-emelkedés megszűnt nemsokára, a szem megpihent. Diagnosisom helyességében megerősített a lefolyás, de biztos világot — magától értetődik — csak a szemteke boncolata vetne. Nem függnek-e össze ezen elváltozások a rachitissal, erre feleletet adni nem tudok, de az irodalomban sem találtam erre vonatkozó adatokat.

Mindezekből pedig az világlik ki, hogy az orvostudományban szabályok nem léteznek, az individualis körülményeknek, a tüneteknek beható mérlegelése szolgáljon egyedüli irányelvül a kórisme vagy a therapia meghatározásánál. Eszembe jut a francia szemorvosok nestorának, a már nyugalomba vonuló *Panas*-nak egyik böles válasza, melyet jelenlétemben egy hallgatója feleletére adott: *les mots „jamais“ et „toujours“ n'existent pas dans la médecine.*

Közlemény a pesti izraelita hitközség kórházának szemészeti osztályáról.

Adatok a szemben előforduló rugalmas rostok ismeretéhez.

Vermes Lajos dr., volt kórházi alorvostól.

A szemben előforduló rugalmas rostok ismeretét főleg *Sattler*, *Stutzer*, *Kiribuchi*, *Bietti*, *Fuchs*, *Sgrosso* és *Hübner*-nek köszönhetjük.

Sattler az 1896-diki heidelbergi ophthalmologiai congressuson számolt be a sclerában előforduló ruganyos rostok természetéről. *Stutzer*¹ vizsgálatait az egész szemre terjesztette ki és megállapította, hogy különböző szemekben az elastikus rostok változó mennyiségben találhatók és hogy azoknak nem minden faja festődik egyformán. Eredményei egyébként az episclerát illetőleg *Sattler* eredményeivel megegyeznek, a mennyiben mindketten az e helyütt levő ruganyos rostokat aránylag nagyobb mennyiségben constatálta, mint egyebütt a szemben. Azonkívül *Stutzer* számos ily rostot talált a csarnokzug falában, a *Brücke*-féle izomban, nemkülönben a chorioideában is. Festésre 1% *orcein*-oldatot használt előremet alkoholkeményítés után. *Kiribuchi*² a *Weigert* módon festett készítményeket még orangetaninnal utánfestette, a mi által a ruganyos rostok sötétkék színben tüntek fel ibolyatonussal narancssárga alapon. Figyelmét különösen a lamina

cribrosát átszövő ruganyos rostokra terjesztette ki. *Bietti*¹ az orceinfestés mellett a *Martinotti*² és *Tartuferi*-féle ezüstimpregnatio methodust alkalmazta, a melylyel nézete szerint még finomabb ruganyos rostokat is ki lehet mutatni, mint az orceinnel. *Fuchs*³ a pingueculáról irt kimerítő tanulmányában az ebben előforduló rugalmas rostokra is kiterjeszkedik. Ezen rostoknak a pinguecula képzésében sokkal nagyobb jelentőséget tulajdonít *Hübner*,⁴ a ki a pingueculának szövettani viszonyait szintén igen behatóan tanulmányozta. A közlendő eset és annak magyarázata kapcsán ezen kutatók ismertetéseire még vissza fogok térni.

Egy oly abnormitást fogok a következőkben tárgyalni, a melyhez analog esetet az irodalomban eddigelé nem találtam. Egy 42 éves vasúti munkásról van szó, ki 1900. augusztus havában jelentkezett a pesti izr. kórház szemészeti ambulantiáján azon panaszszal, hogy bal szemén már hónapok óta nő valami és mint-hogy ő attól tart, hogy az folyton nagyobbodni fog, szeretne tőle megszabadulni. Az egészen izgalommentes bal szemén a külső corneaszél mellett, ott, hol a pingueculákat szoktuk találni, egy körülbelül kiskendermagnyi, 1¹/₂ mm.-re kiemelkedő, conjunctivával fedett, kissé dudoros képződmény volt látható. A esomóska színe valamivel sötétebb volt, mint a pingueculáé szokott lenni. A képlet határai elég élesen áttetszettek a feszült benyomást tevő kötőhártyán. A pingueculától eltért még annyiban, hogy nem birt háromszög alakjával, a melynek basisa a cornea felé néz, hanem szabálytalan, kissé karéjózott körszerű széllel birt; dacára ennek első pillanatban csupán különösebb alakú ártalmatlan pingueculára gondoltam. Mivel azonban a beteg határozott biztossággal hangsúlyozta, hogy a képződmény folyton nagyobbodik, érdeklődésemet különösebben felkeltette az eset és a képletet a szemről eltávolítottam. A vékony conjunctivát átmetszván és oldalratolván, a képződményt alapjáról ollóval levágtam és alkoholba helyeztem el fixálás és keményítés végett. A praeparatumot celloidinba ágyaztam be és 5—6 μ metszeteket állítottam elő belőle. Az első, átnézetre szolgáló készítményt polychromethylenkével festettem, alkohollal szintelenítettem és canadába zártam. *Kis nagyításnál* arra a tapasztalatra jutottam, hogy itt a ruganyos rostok nagy tömegével van dolgom, melyek a festő folyadékban intenzív kék színt vettek fel. A rostok sok helyütt kötegekbe voltak rendeződve, a melyek kisebb részben párhuzamos, egyenletesen vastag, hullámvonalban lefutó elemekből állottak, de legnagyobb részét gomolyokat képeztek, melyek igen halványan festődő, finom rostú, sejteket alig tartalmazó kötőszövetbe voltak ágyazva.

Erősebb nagyításnál a rostok igen különböző vastagságúaknak látszanak. Egy részük finom, hosszú spirillumokhoz hasonló, melyek közt nagy számban és rendetlenül elszórva 5—10-szerte vastagabb, de különben hasonló jellegű rostok láthatók. Az egyes rostok egész hosszukban többnyire egyenlő vastagok, széleik élesen határoltak és rajtuk valamelyes szerkezet nem állapítható meg. Itt-ott csak kisebb darabkák jutottak a metszetre. Láthatók azonkívül keresztmetszetben ért rostok, a melyek vastagabb pontok alakjában jelelnek.

Egyéb basikus festékekkel (safranin) e rostok ép oly intenzíven festődtek, mint methylenkével, míg ellenben a *savanyú* festékeket alig és csak hosszú behatás után vették fel némileg. Pl. *savanyú fuchsin*- és *pikrinnel* festett metszeten e rostok halványsárgára festődő tömeget képeznek, a melyben a köztük elhelyezett finom kötőszöveti rosthálózat szép piros színt vesz fel.

A specifikus ruganyos rostfestés *savanyú orceinnel* vagy *Weigert* szerint e rostokat sokkal halványabban tünteti elő, mint ezt normalis körülmények közt a változatlan ruganyos rostoknál látni szoktuk. *Savanyú orceinnel* ugyanis a rostkötegek halvány szürkésbarna színnel és sokkal kevésbé éles contourokkal bírnak, mint a basikus festékekkel való kezelés után. *Weigert* szerint festett készítményeken pedig e rostok bár valamivel élesebben, de mégsem határozottan és csupán szürkés aczélkék színben jelelnek. A legszebb képeket ellenben azon festési móddal nyertem,

¹ Bietti: Archivio d'ottalmologia. Anno IV. fasc. 7—8. 1897.

² Martinotti: Della reazione delle fibre elastiche del nitrato d'Argents. — Giornale della ac. di med. di Torino. 1888.

³ Fuchs: Zur Anatomie der Pinguecula. Arch. f. Ophth. XXXVII. 3. 143.

⁴ Hübner: Der Liedspaltenfleck. Arch. f. Aug. XXXVI. 70. 1898.

¹ Stutzer: Deutsche med. Wochenschrift. XXII. 42., 1896.

² Kiribuchi: Über das elastische Gewebe im menschlichen Auge, nebst Bemerkungen über den Musculus dilatator pupillae. Arch. f. Aug. XXXVIII. 177. 1899.

a melyeket Unna¹ a bőr histopathológiájába a czélből vezetett be, hogy segélyükkel úgy a bőr collagenjének, valamint elastinjának elváltozásai úgy *alaki*, mint *vegyi* értelemben feltüntetettek legyenek. Ezen methodus, a melyet tudtommal a szemben előforduló ruganyos rostokra még eddig nem alkalmaztak, illetőleg erről közleményekben nincs szó, a következőkben áll:

- a) a celloidin eltávolítása;
- b) festés 10 perczig savanyú orceinben (elastin), kimosás alkoholban, azután vízben;
- c) festés két perczig polychromethylenkékkel, kimosás vízben;
- d) 10 perczig orange-tannin, alapos kimosás vízben;
- e) alkohol, xylol, balzsam.

Tekintve, hogy a celloidin kivonásánál a laza szerkezetű szövet könnyen szétesett és így a metszet igen nehezen volt kezelhető a hosszú festési procedúra alatt, a celloidin eltávolítását el kellett tekintenem. Daczára ennek igen kifejezett készítményeket nyertem, a melyek festődés tekintetében semmi kívánni valót nem hagytak hátra.



Zeiss, obj. E. ocular 3, zárt tubus.

Az ábra a képlet felső széli részét tünteti fel, hol a ruganyos rostok már ritkábbak és tisztábban elkülöníthetők egymástól. A rostos kötőszövet itt aránylag nagyobb mennyiségben van jelen, mint a készítmény középső és alsó részeiben, hol a ruganyos állomány ezt teljesen elnyomja. Maga a kötőszöveti alapállomány helyenként sűrűn egymáshoz simuló rostokból áll, máshol szálakra felbontva jelenik meg. Egy göresői látótéren alig mutatkozik néhány kötőszöveti mag.

A ruganyos rostok sötét ibolyakék színűek; ugyanezen árnyalatban festődnek a kötőszöveti magvak is, míg a közti finom rostos kötőszövet élénk naransárga színű háttérrel képez.

E festési mód alapján ezeknek a különböző vastagságú, kötegekben és conglomeratumokban csoportosuló rostoknak természetét a következőkben állapíthatjuk meg: e rostok alakilag teljesen megegyeznek a normalis ruganyos rostokkal, chemiailag azonban tőlük eltérőleg viselkednek. Míg ugyanis az ép állapotban lévők csupán a savanyú festőanyagokkal festődnek, addig ezen rostok épen ellenkezőleg a savanyú festékeket csak alig veszik fel, azonban rendkívüli nagy affinitással bírnak a basikus festékekhez. Más szóval acidophilia helyett basophilával bírnak.

Ilyen természetű ruganyos rostok a bőr pathológiájában már ismeretesek és Unna² által elacin-nak nevezetnek. Ő mutatta ki először, hogy a bőrben az elastikus rostokhoz hasonló rostok vannak, a melyek a basikus festékek alkalikus oldatából a festéket felveszik és a szintelenítéssel szemben is ragaszkodnak hozzá. Ezek ugyanazon kezeléssel festődnek, mint a magvak és a szarúállomány, a mely mellett a collagen és a normalis elastin szintelenek

¹ Unna: Monatshefte für prakt. Dermatologie. XIX. 397. 1894.

² Unna: Sitzungsberichte der biologischen Abtheilung des ärztlichen Vereins. Hamburg, 1895—96.

maradnak. Az ily rostok a normalis elastikus rostokkal összefüggnek és így csupán savanyúvá vált ruganyos rostoknak tekintendők. Leggyakoribb előfordulási helyük a senilis arezbőr cutisának mélyebb rétegei, azonkívül előfordulnak myxoedemánál, erysipelásnál és hegekben. *Ramon y Cajal* egy carcinomának a stromájában is találta.

Esetemben a ruganyos rostok *alakilag* — eltekintve a megvastagodástól — még annyiban térnek el a normalisaktól, hogy rendkívüli erősen hullámos lefutásúak és kigyózók, a mit azonban nem tekinthetünk az elacin lényeges tulajdonságának, mert ez a rugalmas rostoknak általánosan tapasztalt tulajdonsága ott, hol tetemesebben szaporodnak, illetőleg midőn vastagságukban nőnek, valamint ugyanily alakúak holt szövetben is. Egyébként e rostok ép úgy homogenek, minden szemcsézettség nélküliek, mint a normalisak.

Most már azon kérdés előtt állunk, vajjon mivel van tulajdonképpen dolgunk? Első sorban másra, mint abnormis pingueculára gondolni alig lehet, bár egyoldali pinguecula a külső cornealis szél mellett nemcsak szokatlan, hanem a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Lássuk tehát, hogy az itt vázolt klinikai képből és szövettani leletből megállapítható-e valamely különbség a pinguecula és ezen nagyrészt ruganyos és pedig basophil ruganyos rostokból álló daganatocska között és ha vannak különbségek, melyek azok?

Azon nézet, hogy a pinguecula zsírlerakódás volna — a mi nevének is megfelelne — már régóta meg van czáfolva. *Sämisch* szerint a pingueculánál az epithel megvastagodása kötőszövetképződés a submucosában és a véredények egy részének obliteratioja van jelen. *Michel* szerint a ruganyos rostok szaporulata is észlelhető és a tunica propria colloid anyaggal van kitöltve.

Gallenga már ruganyos rostokat bőven talált benne.

Fuchs pingueculás egész szemekből készült metszeteken a következő rétegeket állapította meg: 1. többrétegű epithel; 2. kötőszöveti réteg, mely néha a pinguecula beltartalma által erősen összenyomatik; 3. hosszúkás, gyenge nagytápnál homogén karélyok, a melyek a pingueculát tulajdonképpen alkotják és a melyek közé amorph *hyalin anyag* van lerakódva. E rétegben néha elastikus rostok átmetszetét is lehet találni. 4. A mucosa alatt fejlődő hyalin kötőszövetrostok, melyek itt-ott gomolyokat képeznek. 5. Laza subconj. szövet. Leginkább feltűnik benne számos megnagyobbodott elastikus rost. Igen finom rostok ezek *kinyúlva* és különböző irányban keresztezve egymást. Néha számban és caliberben gyarapodnak, párhuzamos lefutásúak és kötegekké egyesülnek. Máskor hullámosak, göndörök lesznek és pedig minél vastagabbak, annál nagyobb mértékben, mert hosszirányban is nőnek. *A vastag rostokat sohasem találjuk nagyobb csoportokban, hanem egy-kettőt egy csoport vékonyabb között.*

Hypertrophikus ruganyos rostok nemcsak a conjunctivában, hanem az episclerális szövetben és a sclerában is előfordulnak.

A mi a festési eljárást illeti, F. azt tapasztalta, hogy savanyú fuchsinnal túlfestett és kénsavas alkohollal szintelenített készítményeken, miként a magvak úgy a finom elastikus rostok is sötétvörös színt vettek fel, ellenben a szétesett vastag elastikus rostok leadták vörös színüket és barnásak; direct basophil rostokról nem tesz említést.

A mint látjuk tehát és a miként a Fuchs által közölt ábrák is feltüntetik a közönséges pinguecula szöveti szerkezetében a ruganyos rostok csak a mélyebb rétegekben szerepelnek, de itt sem oly jelentékeny mennyiségben, hogy a pingueculának leglényesebb alkatrésze gyanánt volnának tekintendők. Maga Fuchs a pinguecula szövetei között quantitativ szempontból a fősúlyt a harmadik rétegre és ebben főleg a szabad hyalin lerakódására helyezi.

Hübner ellenben a pinguecula szöveti szerkezetében a szabad hyalinnak a kötőszövet és a ruganyos rostok elfajulási productumai mellett csak alárendelt szerepet juttat. H. talált oly pingueculákat, a melyekben az elastikus szövet oly nagy mértékben volt felszaporodva, hogy a collagen kötőszövetet majdnem teljesen elnyomta. Főleg a Tänzer-Unna-féle festési módot használva, azt tapasztalta, hogy az elastikus rostok elective a savanyú orceint vették fel. Egyébként ő az első, kinek feltűnévén, hogy egyes ruganyos rostocskák saffraninnal (basicus) jobban színe-

zódnek, mint mások, az Unna-féle felvételnél jogosultságát, mely szerint léteznek chemismusukban megváltozott ruganyos rostok is, valószínűséggel elismerte, bár ezt behatárolta nem méltatta és úgy látszik, vizsgálatainál erre nem is terjesztette ki különösebben figyelmét.

Esetem épen abban tér el az ismert esetektől, hogy itt a pingueculában megállapított szövetrétegek — kivéve az epithelt és az alatta levő vékony kötőszöveti réteget, a melyek nem annyira a pingueculát, mint a conjunctivát illetik — teljesen hiányoznak és hogy e helyett egy újképződésményt representáló ruganyos rostok csoportja van jelen, mely csupa orccinnel rosszul festődő, ellenben a basikus festékek iránt nagy affinitással bíró elemekből van alkotva, a mi alaki degeneratio mellett vegyi elfajulást is jelent.

Nem hagyhatom említés nélkül, hogy közönséges pingueculákban is a jól edényezett kötőszöveti réteg alatt szintén találtam Unna-féle elacint, bár ezen rostok, a mint e helyen a ruganyos rostok általában sokkal kisebb számban és sokkal kevésbé hypertrophikus állapotban fordulnak elő, mint a közölt esetben.

A nélkül, hogy a pterygiumnak a pingueculából történő fejlődésére akarnék valamelyes következtetést belőle vonni, csak pusztán jelezni óhajtom, hogy a pterygiumban szintén van elacin jelen; egyébként a röphártya ruganyos rostokban jóval szegényebb mint a pinguecula.

Azon kérdésre megfelelni, hogy honnan jutottak esetemben a ruganyos rostok ilyen nagy számban koncentrálva egy helyre, a választ direct fejlődési alapon megadni nem lehet, mert e tekintetben a kutatók egyöntetű megállapodásra jutni nem tudtak. A mi szempontunkból ez nem is nagyon fontos, hiszen a subconjunctivalis és az episcleralis szövetben physiologicz van ruganyos rostok s minden valószínűség szerint ezeknek a rostoknak hypertrophiaja, hossz- és vastagsági irányban való növekedése, mint formai degeneratio az, a mi e képlet fejlődésének alapul szolgál. A ruganyos rostok feltűnő nagy száma miatt ugyan hajlandó volnék azon nézetet vallani, hogy itt a régiék mellett újonnan képződött rostok is szerepelnek, de ezen nézetemet csak mint sejtést nyilváníthatom ki, mert hathatós bizonyítékokkal támogatni nem lehet.

Nem tartom érdektelennek a szemben egyebütt is előforduló ruganyos rostokat chemiai magatartásukat illetőleg beható vizsgálatnak alávetni annak megállapítása czéljából, hogy a szem hártyáinak kóros jelenségeivel mennyiben tart lépést a ruganyos rostok degeneratioja. Ugyancsak fontos dolog tudni azt, hogy miként viselkednek e rostok a szemben a senilitas befolyása alatt s nagyon valószínű, hogy miként a bőrben, úgy itt is e vizsgálatok positiv eredménynyel végződhetnek. Ilyen irányú kutatásaimról annak idején be fogok számolni.

Közlemény a pesti izraelita kórház szemészeti osztályából.

Sérüléssel izombénulás ritka esete.¹

Pór Dezső, kórházi alorvostól.

Trauma után létrejött külső szemizombénulások oly ritkán előforduló bántalmak közé tartoznak, hogy az alábbi eset közlését szükségesnek tartottam. Érdekessége nemcsak abban rejlik, hogy sérülés után nyomban indirect úton jött létre, hanem abban is, hogy a sérülés behatása alatt két oly szemizom szenvedett, melyeknek beidegzése független egymástól.

Előre kell bocsátanom, hogy a bénulások mikénti létrejöttét szigorúan mérlegelve és kizárva a lehetőségeket, csak valószínűséggel tudom magyarázni.

Míg direct sérülés után létrejött izombénulások aránylag elég hosszú sorát találtam az irodalomban, addig az indirect úton okozott izombénulások nagyon kis száma bátorított az eset közlésére. Gutmann, de Britto, A. Graefe, Boyle, Bourgeois, Hertel szerzők eseteiben az izmot, még pedig az alsó egyenes izmot, mint a legkönnyebben hozzáférhető direct érte sérülés több esetben az alsó szemhéj átszakítása után és okozta az izom bénulását. Az obliquus inferior illetően való bénulásáról beszámol-

nak A. Graefe, Knabe, Gullstrand, Bull, Mauthner és Sachs. Noyes magán észlelt ily bénulást sérülés után. Hertel, Terson eseteiben a musculus rectus superior bénult trauma után. A direct sérülés utáni izombénulásokról referálók e szép számmal szemben, indirect úton sérülés által okozott izombénulásokról csak kevesen számolnak be, a kikre a közlemény folyamán visszatérek.

Ezeket előrebocsátva, áttérek az eset leírására:

A. B. 18 éves, lakatos, 1901. január hó 13-dikán jelentkezett a pesti izraelita kórház szemészeti ambulanciáján azzal a panaszzal, hogy körülbelül hat hét óta munkaképtelen, mert mindent kettősen lát. Bajának létrejöttére vonatkozólag a következőket adta elő: Deczember elsején kocsiútnak nekiszaladt és bal szemöldökének tájékát megütötte, elesett, de eszméletét el nem veszítette. Az ütés helyén vérző sebe támadt és a szemhéjak erősen megduzzadtak, úgy hogy egy hétig nem bírta szemét kinyitni; mérsékelt fájdalmai voltak. Mikor a duzzanat lelohadása után szemét kinyithatta, a beteg észrevette, hogy minden irányban kettősen lát.

Jelenleg a bal szemöldökiven egy 2 cm. hosszú, szabadon mozgatható, vonalszerű bőrheg látható. Az orbita csontos széle semmiféle eltérést nem mutat. A bal felső szemhéj a jobbal összehasonlítva, erősebben van emelve és a sulcus orbito-palpebralis sup. mélyebb, mint a jobb felső szemhéj ugyanezen barázdája és így a bal szemrés egyenes nézésnél is kissé tágabbnak látszik a jobbnál. Lefelé való nézésnél a bal felső szemhéj igen feltűnő mértékben a jobbhoz képest visszamarad, a szemcsukásnál azonban mindkét szemhéj egyaránt záródik. Egyenes nézésnél a bal szem fel- és kissé befelé tekint. A pupillák egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A jobb szem látása $\frac{6}{5}$, a bal szem convex 0.5 dioptriás üveggel $\frac{6}{7}$? A szemháttér semmi különös eltérést nem mutat, eltekintve a bal szemben található $\frac{1}{4}$ papillányi átmérőjű, ki- és felfelé irányult conustól.

Míg a jobb szem minden irányban szabadon mozog, addig a bal szem mozgása lefelé, kifelé nagy mértékben korlátolt, csekély mértékben befelé is.

A kettős képek vizsgálata a következő leletet adja: a középsíkban mindenütt oly kettős képeket találunk, melyeknél a bal szem képe a jobb szemé alatt van oldallagos eltérés nélkül; a magassági eltérés annál nagyobb (vagyis a bal szem képe annál mélyebben áll), minél inkább lefelé néz a beteg.

A bal szem képe azonkívül kissé ferdén áll, illetőleg felső végével a temporalis oldal felé elhajlik. Jobbra nézésnél a relativ divergentiánál fogva keresztezett kettős képeket találunk, bár az álképek oldallagos eltérése igen csekély. A magassági eltérés és a bal szem képe elhajlása megegyezik a középsíkban észlelt kettős képek magatartásával. Balra nézésnél a relativ convergentiánál fogva egyszerű kettős képeket találunk a megfelelő magassági eltéréssel. A bal szem álképét a beteg magához kissé közelebb levőnek jelzi. Megfelelő hasábnak, még pedig basissal le- és kissé befelé a bal szem elé tevése által sikerül kettős képeket körülbelül egy helyre hozni, a nélkül azonban, hogy fusio jönne létre. Olykor ugyan egy képet jelez a beteg, de míg eldönteni lehetne, vajjon ez binocularis egyszerű látás-e, már ismét jelentkeznek a kettős képek. Ezen fontos jelenségre, mely szemizombénulásoknál gyakrabban előfordul, mintsem feltennék, más alkalommal még egyszer visszatérek.

A featebb leirt mozgási korlátozottság a bal szemén és a talált kettős képek arra engednek következtetni, hogy jelen esetben a bal szem alsó, valamint külső egyenes izmának valami módon létrejött működési zavarával van dolgunk, mely működési zavar a sérüléssel feltétlenül összefügg, mert az addig nem észlelt kettős látás közvetlenül a sérülés után lépett fel. Tagadhatatlan, hogy az ütés volt az ok, a létrejött izomzavar az okozat, homályos azonban az okozati összefüggés. A következőkben iparkodom teljes objectivitással felsorolni azon állapotokat, melyek a jelen esetben mint a sérülés következtében létrejöttek, felvehetőek volnának.

Mindenekelőtt kell arra gondolni, vajjon tényleg izombénulással van-e dolgunk vagy talán ellenkezőleg izomgörcs-

¹ Az esetet 1901. február hó 9-dikén a budapesti királyi orvosgyógyászati rendes ülésén mutattam be.

eset? A. Graefe¹ ugyanis leirt klinikailag a jelen esethez igen hasonló esetet, melynél ő némi rezervával izomgöresre tette a diagnosist. Képzelték, hogy a mi esetünkben is a sérülés folytán egy oly izgalom jött létre, mely képes a m. rect. superior állandó göresét kiváltani és ily izomegyensúlyzavart okozni. Ezt támogatni látszik a bal felső szemhéj mély barázdájának mélyebb behúzódása és lefelé nézésnél a felső szemhéj visszamaradása, mely tünetek a felső szemhéj emelő izmának göresös összehúzódására engednek következtetni. Azonban oly állandó izgalom, mely egy izomnak hónapokon át tartó göresét volna képes kiváltani, nem látszik valószínűnek. Továbbá a m. rect. superior görese felvételénél fokozott adductiót várnánk, a mi ellen azonban épen az a tény szól, hogy jobb felé nézésnél ezen szem visszamarad és ezen irányban keresztezett kettős képek lépnek fel.

Másodsorban fel lehet tenni, hogy a sérülés következtében direct akadály jött létre a szemüregben, a mely a szem mozgását bizonyos irányban megakadályozza; ily akadály létrejöhet csonttörés, vérzés, gyuladás által, mire nézve azonban semmiféle anatómiai támpontunk sincs.

Ezzel együtt vissza kell utasítanunk azon feltevést is, mely a szóban levő izmoknak direct sérülését venné fel, mert el nem képzelték, hogy mi módon sérülhet meg az alsó és külső egyenes izom a szemöldöktájra történt ütés által.

A bénult izmok idegeinek az agyalon vagy a magvakban történt vérzés által okozott sérülésére is kell gondolni. Azonban ez alig látszik elfogadhatónak azon körülménynél fogva, hogy két különböző idegnek és e két ideg közül az egyik egy oly ágának, mely a szemüregben válik el a törzstől, kellett, hogy sérülést szenvedjen, ez pedig csak erőszakosan volna felvehető, magyarázható meg sehogysem. A magvakban történt vérzéseket ez esetben még elképzelni sem lehet.

Végül hysteriára is kell mint előidéző okra gondolnunk, a mennyiben e betegségnek olykor egyes szemizmok bénulását észleljük. A jelen esetben azonban, mikor a szembénülésnek összefüggése a traumával oly világos, hysteria felvételére pedig egyébként sem találunk semminemű támpontot, azt hiszem, hogy e feltevés is bátran elejthető.

Ezen lehetőségekkel szemben, a melyek a fenti mozgászavart előidézhetnék, minthogy ezek egyike sem ad kellő felvilágosítást az eset magyarázatát illetőleg, kénytelen vagyok a m. rect. inferiori ellátó oculomotorius ágának és a m. rect. externust ellátó abducensnek a trauma behatása alatt valami módon létrejött sérülését felvenni, mely a kérdéses izmok bénulását hozta létre. A felfelé nézésnél jelenlevő kettős képek pedig úgy magyarázhatók, hogy az antagonista izom másodlagos contracturája már jelentkezik, a mit a levator palpebrae superior göresös összehúzódása is valószínűvé tesz.

Érdekes, hogy ily sajátos izombénulás ritkán bár, de előfordul, bizonyítja ezt Zimmermann² esete, mely a jelen esethez minden tekintetben hasonlít. Zimmermann eseténél ugyanis a bal halántéktájra történt ökölesapás után jött létre a m. rect. inferior bénulása a m. rect. externus insufficienciájával. Az irodalomban talált legtöbb esetenél csak egy izom bénult a sérülés után, így Rougé és Armaignac a halántéktájra történt ütés után a m. rectus externus bénulását irták le, Rougé esetében felveszi, hogy letört esontdarab nyomja az ideget, Armaignac az ideg hüvelyében létrejött vérzést tartja a bénulás okának. Az ily esetek magyarázata azon oknál fogva, hogy csak egy izom bénult, lényegesen könnyebb. Ezt a bénulást azonban, mint a közlemény elején bátorkodtam megjegyezni, megmagyarázni biztossággal nem tudom, csak pontosan megfigyelt esetet szándékoztam közölni és azt hiszem, hogy ez sikerült.

Végül kedves kötelességemnek tartom Szili tanár úrnak megköszönni, hogy volt oly szíves az esetet nekem átengedni.

¹ Handbuch der gesammten Augenheilkunde. Capitel IX. Motilitätsstörungen.

² Traumatic paresis of left inferior rectus combined with traumatic insufficiency of left external rectus. Annals of Ophthalm. And. Otol. 1894.

IRODALOM-SZEMLE.

A chronikus nicotinamblyopia pathogenesiséről értekeznek Birch-Hirschfeld A. dr. Az első alapvető vizsgálatok — különösen Uhthoff beható észleletei — szerint az alkohollal és dohánynyal való visszaélés egy interstitialis neuritist idéz elő a papillomaculáris rostkötegben és az ez által megszorított kötőszövet nyomási atrophiját okozza az idegrostoknak. Ezen felvétel később érvelés ellentmondásokra talált. Főképp Nuël tagadta a kötőszöveti lob jelenlétét és szerinte a látóideg egyszerű atrophiját okozzák ezen mérgek, a mint analog hatású más mérgeket is, pl. a filicint, ismerünk. A hosszas vita eldöntésére mindezen vizsgálatok főképp azért nem voltak alkalmasak, mert klinikai észlelések vagy egyáltalában nem vagy megbízhatatlanok voltak.

Birch-Hirschfeld esetében több mint 7 évig állott egy beteg klinikai megfigyelés alatt, kinek visusa $\frac{9}{36}$ -ra javult a nicotin és alkoholélvezet elhagyásával, míg első jelentkezésnél 1 meterről olvasott ujjakat. Mindvégig megmaradt azonban a centralis relatív skotoma, valamint a papilla temporalis felének igen halvány volta. Az oesophagus-carcinomában meghalt beteg látóidegének vizsgálatánál az atrophias idegrostokat keskenyebbeknek, szabálytalanabbaknak, a septumokat vastagabbaknak találta, mint az egyszerű atrophianál elő szokott fordulni. A kötőszövet, valamint a neuroglia megszorodtak, de nincsenek meg az előrement gyuladás jelei, nem szaporodtak a kötőszöveti sejtek és nem változtak észrevehetően az erek. Semmi sem engedi meg az előrement interstitialis lob felvételét, de egyes dolgok a retina és az idegek primaer megbetegedésére engednek következtetni. Ugyanis feltűnő elváltozásokat talált a retina ganglion sejtjeiben, a mely elváltozásuk mindig megelőzik vagy legalább is együttjárnak az idegrostok atrophijával. (A. v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie LIII. Band.)

Az örvényes vivőerek (venae corticosae) entoptikus észrevételeit figyelte meg Hess prof. A hevesebb kilégző mozgásoknál, különösen a tüsszentésnél, keletkezett fényérzést kell magyarázata után a hirtelen összeszorított szemhéjak által a szemtekére gyakorolt nyomásnak tulajdonítani. Hess ezzel szemben saját magán tett kísérletek alapján azt állítja, hogy az örvényes vivőereknek a kilégzés alatt való megtelése a sklerába való belépésük helyén szolgál inger gyanánt a retinának. Ő ugyanis sötét szobában hanyatt fekve és fejét hátrafelé lecsüggesztve már gyengébb kilégzésnél is mindig négy világos foltot látott (egy-egy szemén), melyek elhelyezése az általa eszközölt mérések szerint megfelelt az örvényes vénák belépési helyének. A Bell-féle magyarázat tartathatatlanságát azzal is bizonyítja, hogy nyitott szemek mellett is keletkezik ezen fényérzés, ha a fej elhelyezésénél fogva a vénák megtelése alkalom van.

Hess nemcsak physiologiai szempontból tartja érdekesnek ezen megfigyelést, hanem esetleg pathologiai kérdések eldöntésére is szolgálhat most, midőn az örvényes vénák elhelyezésének a myopia keletkezésére befolyást tulajdonítanak (Haab, Fuchs). (A. v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie LIII. Band.)

Fekete Sámuel dr.

A β -naphthol medicinalis adagjainak a szemre való káros hatását észlelte J. van der Hoeve. Ambulantiájukon egy 32 éves férfi jelentkezett, kinek bal szemén a lencse hátsó kérgében diffúz homályok voltak, $v = \frac{4}{60}$ (jobb szemén régi sérülés miatt nagyon hiányos volt a látása). Vizeletében ezúkor vagy fehérje nem található, szeme azelőtt nem fájt. Félév előtt arcán levő eczemáját orvosa $\frac{30}{100}$ -os β -naphthol-kenőccsel gyógyította, erre szeme könyezés és fénykerülés mellett kivörösödött. A szemgyulladás és hályog keletkezésére más ok nem volt felvehető. Állatkísérletek ugyancsak igazolják, hogy subcutan, per os vagy bőrre kent medicinalis adagjai a β -naphtholnak a retinát és később a lencsét megtámadják.

Ez indította a szerzőt arra, hogy β -naphthollal kezelt bőrbetegek szemét, főképpen szemfenekét megvizsgálja. Három ilyen esetben, miután a betegek szemének refractioját és szemfenekét a kenőcs használata előtt gondosan megvizsgálta, a retinát csakugyan kissé borúsak találta, a látásélesség kissé alább szállt, egy esetben a retina számos fehér foltocskával volt behintve, sőt egy esetben a jobb lencse hátsó kérgében a középpont felé haladó üvegszerű csík volt látható. Lehetséges, hogy a hályogos beteg

szemfenekén is hasonló elváltozások lesznek találhatók, a mi a hályogműtét után fog eldőlni.

Az elváltozás lényegét és a részletes tárgyalást tanulmányának befejezte után fogja közölni. (Graefe's Archiv für Ophthalmologie LIII. Band. 1. Heft.)
Remenár Elek dr.

Folyóiratok átnézete.

Archiv für Ophthalmologie, LIII. kötet, 1. füzet. *Schirmer*: Az áthatoló, fertőzött szemsérülések diagnózis, prognosisa és terapiája. *Hess*: A vena vorticosák entoptikus észrevévése. *Fuchs*: Ulcus atheromatosum corneae. *Hoere*: A β -naphthol therapeutikus adagainak káros hatása a szemre. *Birch-Hirschfeld*: A ciliarius nicotin-amblyopia pathogenesis. *Asayama*: A ligamentum pectinatum bonczana. *Emanuel*: A látó ideg daganatainak viszonya az elephantiasis neuromatodeshez s a látóideg-gliomák. *Naito*: Kórbonczani vizsgálatok a ciliaris idegek viselkedéséről illetőleg s ezek amyloid- és hyalin-degenerációjáról phthisis bulbi eseteiben.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1901, szeptember-október. *Marschke*: A myopia és hydropthalmus kórbonczana. *Masugi*: A szárhártya áthatoló és át nem hatoló sebeinek gyógyulása, különös tekintettel a cocain hatására. (Vége.) *Bielschowsky*: A binocularis látás elmélete Parinaud szerint. *Scheffels*: A Kuhn-féle conjunctiva-átültetés értékéről. *Erchlentz*: Encephalocoele orbitalis okozta exophthalmus pulsans. *Stock*: Mindkét cornea veleszületett melanosisa. *Storch*: A tárgyak optikai észrevévése. *Pflüger*: Subconjunctivalis hetolinjectiókról. *Holden*: Az üvegtestbe gomolyszerűleg kiemelkedő arteria papillaris inferior emboliájának esete. *Grunert*: Sympathiás gyulladás bonczana és bacteriologiai lelete. *Axenfeld*: Adatok a szem veleszületett mozgási zavarainak ismeretéhez. *Symens*: A corpus ciliare sarcomájának szokatlan kisértő tüneteiről. *Voerner*: Adatok a sycosis parasitaria ciliaris ismeretéhez. *Nagel*: A káprázást kísérő fájdalom kiváltási helyéről.

Zeitschrift für Augenheilkunde, VI. kötet, 4. füzet. *Goldzieher*: Adatok az orbita lövéses sérüléseinek kórtaánához. *Spengler*: Veleszületett ideg- és érhártyaelváltozás szokatlan alakja. *Sacher*: Vasszilánk eltávolítása a lencséből mágnés segélyével cataractaképződés nélkül. *Stoever*: Intermittáló egyoldali oculomotorius bénulás esete. *Weill*: Atropin-beesepentéssel okozott luxatio lentis egy subluxált lencsével bíró szemem; következményes glaucoma. VI. kötet, 5. füzet. *Bach*: További adatok a szem veleszületett rendellenességeihez, különös tekintettel a korektopia keletkezésére. *Häla*: A chalazion bacillus és viszonya a coryne-bacteriumokhoz. *Hochheim*: Epibulbaris melanotikus sarcoma két esete, a cornea epitheliájának feltűnő pigmentációjával.

Centralblatt für Augenheilkunde, 1901. október. *Quint*: Szemsérülések ritka esete. November. *Goldzieher*: Vasszilánk a szemben s a chorioidea crypto-sarcomájának két esete.

Beiträge zur Augenheilkunde, 48. füzet. *Sachsaber*: A cornea hyalindegenerációjáról. *Bergmeister*: Enophthalmus congenitus. *Nohl*: A chinin-amaurosisról. *Anargyros*: A könnymirigy elsődleges megbetegedéseinek esete.

Archives d'ophtalmologie, 1901. október. *Chavasse*: Az orbita belső zúgában levő, olajos bennéki dermoïd-cysta esete. *Terrien*: Az iris cystáiról. *Trapesontzian*: A pterygiumról. November. *Puech*: A szem vizsgálatának jelentősége az öröklött syphilis egyes tüneteinek diagnózisában. *Landolt*: Lindsay Johnson szemtükri vizsgálatának jelentősége összehasonlító bonczani szempontból. *Trantas*: Az essentialis hemeralopia gyógyítása főtt vagy sült májjal. *Fromaget*: A könnymirigy daganatai.

Annales d'oculistique, 1901. október. *Parraud et Roche*: Angiofibroma orbitae. A Krönlein-operálás módosítása. *Wecker*: A sympathiás szemgyulladás extraocularis szövödményei. *Lor*: Dacryoadenitis palpebrae. *Kalt*: A trigeminus neuralgia következtében keletkező szembajok. *Brunschwig*: Anaesthesia a szemteke exenterálásakor. *Antonelli*: A könnyutak bajainak gyógyítása protargolos gelatina-sondákcal. November. *Wecker*: Hogyan kell a szürke hályogot operálni David után 150 évvel. *Hocquard*: A szárhártya sebzése a hályog operálásakor. *Cordiale*: Mikrophakia esete. *Morav* és *Lakok*: A trachoma aetiologiája Egyiptomban. *Lagrange*: Orbitalis heteroplastica. *Rollet*: Orbitotomia által gyógyított exophthalmus.

The ophthalmic Review, 1901. november. *Herbert*: A hypopyonkeratitis kezelése. *Blair*: Bőrkiütéshez társuló szárhártyagyulladás. *Donaldson*: A glaucoma acutum gyógyítása eserinnel.

Gyógyászat, 1901. 40. szám. *Mohr*: Közlések a szemorvosipraxisból. **Orvosok Lapja**, 1901. 42. szám. *Imre József*: A trachoma kezelésének sebészi eszközeiről. 43. szám. *Goldzieher*: Szemorvosi casuistika. 46. szám. *Vermes*: A szem esztetikai, mimikai és művészi szempontból. 47. és 48. szám. *Vermes* cikkekének folytatása.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1901. 40. szám. *Cohn*: Kevesbedett-e a vakok száma az újabb óvintézkedések életbeléptetése óta? 42. szám. *Hamburger*: A pannus gyógyítása Paquelin-nel. 48. szám. *Fiser*: A szemgödör betegségei.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1901. 47. szám. *Oppenheimer*: Az entropium senile kezelése. 48. szám. *Hirschberg*: A szemtükör felfedezésének 50. évfordulója.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 41. szám. *Wintersteiner*: Metastasis ophthalmia meningitis cerebrospinalis epidemica esetében. 45. szám. *Klein*: Cataracta diabetica. 46. szám. *Bergmeister*: Cataracta diabetica.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 47. szám. *Hirschberg*: Pupilla-mozgás súlyos látóideg-globnál. *Oppenheimer*: Trachoma a berlini iskolákban. 48. szám. *Greff*: A szemtükör felfedezésének története. *Thorner*: Új stereoskopos szemtükör.

Edinburgh medical Journal, 1901. október. *Scott*: Conjunctivitis phlyctenularis.

British medical Journal, 1901. október 19-dikén. *Collins*: Iriscysta. Október 26-dikén. *Allan*: Erythema nodosum iritissal szövődve. November 9-dikén. *Clarke*: A thalamus optikus daganatai által okozott némely tünet.

Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte, 1901. 18. szám. *Bauer*: Enucleatio panophthalmitisnél.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 39. szám. *Lantsheere*: A szemvizsgálat fontossága életbiztosítási szempontból.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 17. szám: *Stransky*: Associált nystagmus.

The Lancet, 1901. II. 15. szám. *Willett*: Koponyatorés esete szemtünetekkel. 18. szám. *Bell Taylor*: Hályogkivonás néhány kivételes esete.

VEGYESEK.

— *Uj könyvek. Budapest székes főváros közházainak évkönyve.* A székes főváros szent Rókus-kórházának szemosztályán (Főorvos id. Siklóssy Gyula dr. egyetemi magántanár; az 1900-dik évben összesen 797 beteget ápoltak, a nagyobb operálások száma 470, ezek között 191 hályogextractio, 107 iridectomia, 28 enucleálás stb. A szent István-kórházban (Feuer Náthán tanár vezetése alatt) a trachomás osztályon 441 beteget ápoltak, kiken 222 nagyobb operálást végeztek. A szent János-kórház szemosztályán (rendelő orvos: dr. Goldzieher Vilmos tanár) 398 szembeteget ápoltak, kiken 257 operálást végeztek, ezek között 54 hályogextractiót, 59 iridectomiát, 14 enucleálást stb. A szent Margit-kórházban (rendelő orvos: Fejér Gyula dr.) 49 szembeteget ápoltak, kiken 11 hályogoperálást, 3 iridectomiát, 1 exenteratio orbitae stb. végeztek. A tudományos részben következő szemészeti tárgyú cikkek vannak: Grósz Emil tanár: A mellékvese kivonat alkalmazása szembetegségekben. — A trachoma gyógyításának rationalis módszerei. — Feuer Nathaniel tanár: A szemhéjporéz és az átmeneti redő kimetése. — Goldzieher Vilmos tanár: A trachoma kezelése. — Fejér Gyula dr.: Iridocyclitis scrophulosa. Nagyfokú vérzés az üvegtestben.

Augenspiegel-Studien zu einer Morphographie des Sehnerven-Eintrittes im menschlichen Auge von Dr. Adolf Szili, Professor an der Universität zu Budapest. I. Taf. 89 Abbildungen auf 24 Tafeln. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1901.

Szerény czím alatt gazdag gyűjtemény jelent meg, mely Szili Adolf kartársunk évtizedekre terjedő gondos megfigyelésének s művészi kidolgozásának értékes gyümölese.

A látóideg anomaliáinak olyan kimerítő képtára e könyv, hogy ezentúl a szemtükörzés nélkülözhetetlen atlasa lesz. A physiologia kivájlás, a rendellenes érelágazódás, a conusok, a látóideg colobomái, a szerző által kimerítően méltatott széli gödör, úgyszintén az astigmatismus fundi számos képviselővel szerepelnek. S a mit a szerző éles megfigyeléssel meglátott s művészetének teljes erejével s pompájával megrajzolt, azt a reproductio bámulatos hűséggel adta vissza. Ez az első atlas, mely Jaeger világhírű munkáját a kivitel finomságában megközelíti, sőt sokban felül is mulja.

Contributions to the comparative anatomy of the Mammalian Eye, chiefly based on Ophthalmoscopic Examination. By George Lindsay Johnson. Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 1901.

Az állatszemenféki képek bámulatosan változatos sorozata igen szép reproductiókban.

Stereoskopisch-Photographischer Atlas der pathologischen Anatomie des Auges von Prof. A. Elschnig, Wien. II. Lieferung.

Stereoskopischer medicinischer Atlas. Ophthalmologie. Redigirt von Dr. W. Uhthoff. 3. und 4. Folge.

Schprobentafeln zur Bestimmung der Sehschärfe für die Ferne. Von Dr. F. v. Ammon. München, Lehmann's Ver ag, 1901.

Tafel zur Bestimmung der Sehschärfe mittelst der Uhr von Dr. E. Braun. Wiesbaden, Bergmann 1901.

Internationale Schprobentafel für Kinder von Dr. Ernst Heimann. Berlin, Fischer's Medicinische Buchhandlung, 1901.

Tafeln zur der Entlarvung Simulation einseitiger Blindheit u. Schwachsichtigkeit von Dr. v. Haselberg in Berlin. Wiesbaden, Bergmann 1901.

Die Prophylaxe in der Augenheilkunde von Prof. Dr. Königshöfer München 1901.

Sympathicus Resection beim Glaucom von Ziehe u. Axenfeld. Halle, Marhold 1901.

Der Heilwerth der Brille von Dr. Hugo Feilchenfeld. Halle, Marhold 1901.

Die Gewerbeunfälle und Gewerbekrankheiten des Auges von Dr. N. Cahn. Riga 1901.

Die Neurologie des Auges. II. Band. Die Beziehungen des Nervensystems zu den Thränenorganen, zur Bindehaut und zur Hornhaut. Von Dr. H. Wilbrand und Dr. A. Saenger Wiesbaden, Bergmann 1901.

— *Hamburgban* az eppendorfi nagy kórházzal kapcsolatban megnyitott az új szemkórház, melynek 120 ágya van. Az épület patkó alakú, frontja 60 meter hosszú. A földszinten vannak elhelyezve az ambulansok helyiségei, az operáló szoba, a laboratorium, a tanterem, vizsgáló helyiségek, a főorvosi szoba; az emeleten vannak a kórszobák; felmentek s gyermekek számára, úgyszintén a nappali helyiségek. A második emeleten vannak a segédek szobái. A főorvos Mannhardt dr.

— *Berlinben* a Charité szemosztályát II. számú egyetemi szemklinikává alakították (az I. számú klinika külön van elhelyezve s vezetője Michel), vezetője az eddigi főorvos Greeff tanár maradt.