Negyvenhetedik évfolyam. 40. szám. *Budapest, 1903. október 4.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Friedrich Vilmos: A hernia epigastricáról belgyógyászati szempontból. 627. lap.

Gergő Imre: A malaria-parasiták endogen fejlődési menete, észlelt esetek kapcsán. 629. lap.

Ónodi Adolf és **Zirkelbach Antal**: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) A szagláshiány kórtanáról. 631. lap.

Glasner Jakab: Az osteomalaciáról és különösen belsőleg adagolt szerekkel való gyógykezeléséről. 633. lap.

Tárcza. Liebermann: A heveny fertőző kiütéses betegségek prophylaxisa. 634. lap. — A magyar irgalmasrend új kórháza. 635. lap

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Marikovszky György**: A dysenteria aetiologiájáról. 635. lap. — *Könyvismertetés. Gerlóczy Zsigmond:* Fodor József egészségtana. (M.) — *Eugen Dühren:* Das Geschlechtsleben in England. (R—i.) — *Lapszemle. Gyógyszertan. Kerner*: Validol. — *Gnezda*: Salocreol. — *Sebészet. Wiesinger*: Jodoformglycerin-befecskendezéssel meggyógyitott hydrops intermittens. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Lilienfeld*: Veronal. *Mayor:* Morphiumszármazékok. *Folyóiratok átnézete.* 636—637. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Kinevezések. — Felszólítás. — Magánassistensi állás. — Gara Géza. — Az országos orvosszövetség sorsjátéka. — Az orvostanhallgatók segélyző- és önképző-egyesülete. — Egyetemi alkalmazások. — Védekezés a pestis ellen. — Az 1904. évben Párisban tartandó nemzetközi tuberculosis-congressus. — Fürdőink személyforgalma. — Hőgyes tanár Pasteur-intézete. — Az egyetemi I. számú nőiklinika. — Megjelent. — Elhunytak. 638. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. — Szegedi Orvosegyesület üléseiről. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A hernia epigastricáról belgyógyászati szempontból.

Közli: *Friedrich Vilmos* dr., egyet. m. tanár, a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosa.

Hernia epigastrica elnevezés alatt nem is annyira csak az epigastrialis tájon fellépő sérveket értjük, hanem mindama gyomor-, bél-, omentum-, zsír- vagy egyéb tartalmat s bennéket felmutató kitüremkedéseket, melyek a hasfalon a linea albában jelentkeznek, akár annak középvonalában, akár attól jobbra vagy balra, vagy legyen azok helye — a mi aránylag ritkább — a köldök és symphysis közti területen.

A hernia epigastricának ilynemű meghatározása tágabb fogalmat rejtvén magában, abba beilleszthetők úgy az úgynevezett hernia ventralis vagy hernia ventralis lateralis, valamint a *Hoin, Le Maire, Pipelet, Günz* (Dittmer) által gastrokelenek nevezett hernia epigastricáknak ama kiváló alakjai is, midőn a sérv tartalmát — a mi ugyan ritka eset — gyomor, vékonybél, colon transversum, omentum, vagy a ligamentum suspensorium-hoz tapadt zsír képezi. A hernia epigastrica ilyképeni felfogása feleslegessé teszi a *Ferrand* által felállított osztályzást, az ú. n. hernia epigastrica spontaneát s a hernia epigastrica traumaticát.

A hernia epigastrica tartalma különböző lehet; az ily sérvben található gyomor és bennékének tartalmáról tesz említést *Thoman*[1] 1885-ben megjelent, de előttem nem igen megbizhatónak tetsző dolgozatában, melyben az irodalom alapos ismertetése után 13 ilynemű ú. n. hernia epigastricáról számol be.

[1] *Thoman:* Der Magenbruch. Wiener med. Jahrbücher. 1885.

Ezen az epigastrialis tájon fellépő képletekről *Richter*[1] már 1785-ben ama kórtani s gyógyászati szempontból nagyon is megszívlelendő sorokat irta: „Es werden die Brüche ungemein oft nicht entdeckt und die Zufälle, die sie erregen, anderen Ursachen zugeschrieben; und dieser Irrthum kostet den Kranken gemeiniglich die Gesundheit, ja wohl gar das Leben. Es ist unglaublich, wie mancherlei unerklärliche, hartnäckige, unheilbare Zufälle und Beschwerden aus diesen Ursachen entstehen, die leicht zu erklären und zu heilen wären, sobald man den verborgenen Bruch entdeckt".

Bár *Léveille* „Nouvelle doctrine chirurgicale" czímü munkájában már 1812-ben használta a hernia epigastrica kifejezést és bár ezen hosszú időpont óta elég sokan foglalkoztak e kérdéssel, az ezen tájakon előforduló képletekről, melyeknél *Vidal* tett 1851-ben megjelent könyvében — Lehrbuch der Chirurgie — először megkülönböztetést, mint az igaz s zsírsérvekről, ma annyi évtized után még mindig igen zavart e sajátos, némelyek által medianis hassérvnek nevezett sérvalaknak sokféle tünetekkel járó kórképe. Ennek oka a *Witzel*[2] könyvében is joggal felpanaszolt körülmény, hogy ezen sérveket a belgyógyászok s belgyógyászati szakkönyvek eléggé nem méltatják; mert ennek tárgyalását még a legújabban megjelent munkák közül pl. a Magyar Belgyógyászatban,[3] az Ebstein-Schwalbe-féle nagy kézikönyvben,[4] *Nothnagel* s *Riegel*[5] nagy munkáiban is sajnálattal nélkülözzük, holott előfordulása nem oly ritka; csak a megfigyelés hiánya, az általa okozott kórtüneteknek fel nem ismerése okozhatója

[1] *Richter:* Abhandlung von den Brüchen. 1785.

[2] *Witzel:* Über den medianen Bauchbruch. Sammlung klinischer Vorträge. 1900.

[3] A belgyógyászat kézikönyve. 1899.

[4] *Nothnagel:* Die Erkrankungen des Darms u. des Peritoneums. 1898.

[5] *Riegel:* Die Erkrankungen des Magens. 1897.

annak, hogy oly ritkán hallunk róla tárgyalni, különösen akkor nem, ha a betegek maguk sem terelik rá az orvos figyelmét, mert maguk nem észlelték a rendszerint kisebb terimenagyobbodás fejlődését s jelentkezését. Az epigastrialis herniák nem fordulnak elő oly igen ritkán, hogy azoknak hiányát a tan- s nagyobb kézikönyvekből hiánya után várni lehetne s mégis eddig csakis nagyobb monographiákban történt rájuk utalás az előfordulás gyakoriságát illetőleg, valamint a sajátos tüneteknek okozataira való hivatkozás, holott e sérvekről már *Balassa*[1] 1853-ban megjelent tankönyvében kimerítően megemlékszik, felemlítve, hogy azok különböző nagyságban s idomokban a hasfalnak mellső s két oldalsó felületén jelentkeznek s hogy azok ott emésztési zavarokat okoznak.[2]

Bohland[3] az általa megfigyelt 3420 beteg közül 33 esetben, vagyis az eseteknek majdnem 1%-ában találta e bajt; *Kuttner*[4] 5300 beteg közül 12-nél, vagyis 0·2%-ban talált ilyen sérvet. Jelentékenyen kisebb számban találták e sérveket egészséges fiatal egyéneken *Peck* s *Hamilton*, kik 1000, illetve 1400 újoncz közül csak 3 esetben találták (l. Maydl: Die Lehre von den Unterleibsbrüchen, 1858). *Ploeger*[5] e tárgygyal foglalkozva, Braun göttingai sebész klinikájáról 7 éven át észlelt, 16 műtétre került s az előbbi években is műtett 5 esetet is feldolgozva, a rendelkezésére álló irodalom gondos feldolgozásával ama eléggé érdekes, de nem tisztázott kérdést iparkodott megvilágítani, vajjon igaza van-e *Ahlborn*-nak, hogy e herniák leginkább a középvonalban lépnek fel, hogy azok elhelyeződése a középvonaltól balra gyakoribb, mint a megfelelő jobb oldalon azon helyen, mely az egyenes hasizomnál a processus xyphoideus s köldök között egy inscriptio tendinea-nak felel meg. Az irodalomból összesen 72 műtét alá került esetet állított össze, melyekből 52-nél a sérv a középvonalban, 12-nél attól jobboldalt és 13-nál baloldalt volt elhelyezve. E számoknál jóval magasabb értékeket említ *Liniger*[6] legújabb értekezésében, a mennyiben 5000 általa vizsgált munkásnál 182 esetben hernia epigastricát észlelt.

Magam a hernia epigastrica előfordulási gyakoriságának, elhelyeződésének, az azt előidéző okok kifürkészésének s a vele járó tüneteknek, vagyis a kérdésnek aetiologiai s belgyógyászati szempontból érdekességet kölcsönző, eddig részben homályos kérdéseknek tanulmányozására, 1½ évnél hosszabb időn át megfigyeltem s hernia epigastricára vizsgáltam a belgyógyászati rendelésünkön megforduló 10,557 új s pedig 8912 férfi s 1645 nőbeteget, s a felülvizsgálatra beküldött 4924 és pedig 3812 férfi- és 912 nőbeteget, akár voltak specialisan gyomor- vagy bélpanaszai vagy nem.

Ezen rendelkezésünkre álló nagy beteganyag közül hernia epigastricát találtunk a következő betegeknél s a kórtörténeteknek rövid vázolásával, az alábbi tünetekkel.

1. K. F., 38 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt négy ujjnyira a középvonalban egy fájdalmas, diónyi, nyomásra érzékeny s visszatolható terimenagyobbodás, melynek keletkezésére előadja, hogy három hó előtt 5 meter magasról leesett, azóta e helyet különösen evés után igen fájlalja, felböfögés s puffadás érzete van jelen. Reggeli hányás. Hernia epig.-n kivül a kórisme alkoholismus chronikus. Három heti pihenés után a fájdalom kisebb, a dag, mely köhögésnél nagyobbodik, előredomborodik, s fröccsenés érzetét nyujtja, nem változott. A hányás s hányinger karlsbadi só adagolása után szünik, úgy hogy munkáját újból folytatja; öt hó után újból jelentkezik; ugyanakkor ugyanazon kórkép.

2. M. F., 44 éves, napszámos. A linea albában a proc. xyphoideus alatt egy diónyi hernia epig., melynek létéléről s keletkezéséről a kis intelligentiájú beteg nem tud. Subjectiv panaszai nincsenek.

Kórisme: Hernia scrotalis et hernia epig.

3. P. K., 36 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt nyomásra, de sőt érintésre is szerfelett érzékeny, vissza nem helyezhető, gombszerűen kiemelkedő, babnyi terimenagyobbodás, melynek keletkezését beteg 4—10 hétre helyezi vissza. Két hét óta e helyről a jobb mellkasfélre kisugárzó igen heves fájdalmai vannak.

Kórisme: Hernia epig., hernia inguinalis et alkoholismus chronicus.

4. T. Gy., 40 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt 5 ujjnyira egy cseresznyenagyságú, nem fájdalmas terimenagyobbodás, mely köhögésre jobban előredomborodik, s melyben fröccsenési érzés tapintható. Az ujjal való visszanyomás kisérleténél, mely a daganatot csak részben tünteti el, a hasfalban a dag központjában körszerű bemélyedésre akadunk. Keletkezésének okául tekinti, hogy 3 hó előtt munka közben súlyos terhet volt kénytelen emelni; ez idő óta a test előrehajlásánál, de még inkább, ha előrehajlott testtel teher emelésébe fog, heves fájdalmak jelentkeznek, melyeket üléskor és hanyattfekvésben vagy ágyban nem érez. Azóta étvágytalan, savanyú felböfögései vannak, székszorulásban szenved Gyomorvizsgálat negativ, gyomorbennék vizsgálata rendes.

Kórisme: Hernia epig.

5. M. F., 40 éves, tűzilegény. A proc. xyphoideus alatt 7 cm. távolban egy kiemelkedő, kisdiónyi, visszatolható, egyenetlen tapintatú terimenagyobbodás, mely köhögésnél erős fröccsenési érzést kelt. E dag, mely katona kora óta fennáll, semmi panaszra okot nem ád.

Kórisme: Stenosis ostii venosi sinistri c. insuffic. valv aortae. Hernia epigastrica lineae albae.

6. K. M., 63 éves napszámosnál a köldök felett, 2 cm.-nyire a középvonaltól balra egy gombnyi terimenagyobbodás van, melynek keletkezését a 2 hét óta fennálló, kínzó, állitólag görcsökben fellépő köhögésnek tudja be, s a mely erős nyomásra érzékeny.

Kórisme: Bronchitis diffusa, hernia epigastrica.

7. V. J., 26 éves, matróz. A proc. xyphoideus alatt 2 ujjnyira kis babnyi, nem fájdalmas, vissza nem tolható hernia epig., mely neki subjectiv panaszokra okot nem ad. Keletkezési oka ismeretlen. Két hó óta puffadtnak érzi magát, felböfögései s hányingerei vannak, a gyomortája érzékeny, széke renyhe. Gyomorhyperaciditás van jelen, mely kezelésnek daczol.

8. A. F., 50 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt 3 cm.-nyire a középvonalban mogyorónyi terimenagyobbodás, mely nyomásra igen érzékeny, annyira, hogy még a nadrág kötését sem tűri jól. Keletkezésének okául előadja, hogy 3 nap előtt hirtelen nehezet emelt, midőn hátrafelé dülő testtel iparkodott a súly emelését elősegiteni. Ez idő óta heves gyomorfájdalmai s erős gyomorégése van, mely az észlelés néhány hete alatt nem változik, sőt éjjel fokozódik. Negativ gyomorlelet. A kórisme hernia epig., mely miatt műtéve lett; a kórházból teljesen gyógyulva távozott. Műtét után 5 hóval újból láttam mint teljesen egészséges munkabiró egyént.

9. K. F., 48 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt 2 cm.-nyire a középvonalban nagy, galambtojásnyi, köhögésnél előre domborodó, visszanyomható dag, mely felett fröccsenés érezhető köhögés alkalmával. A keletkezés ideje s oka ismeretlen előtte. Gyomor- s egyéb zavarok nincsenek.

Kórisme: Myorheuma et hern. epig.

10. K. G., 32 éves, munkás. A proc. xyphoideus alatt 7 cm.-nyire, a köldök felett 4 cm.-nyire egy kis mogyorónyi, kiemelkedő, visszatolható terimenagyobbodás, mely felett köhögéskor fröccsenés érezhető. E daganat keletkezéséről csak 4 hét óta van tudomása; az egész hasa érzékeny, étvágytalan, folytonosan van undorérzete s hányingere, mely evés után fokozódik, ép úgy, mint a hát felé sugárzó fájdalmak.

Kórisme: Hernia epig.

3 heti nyugalom után az előtérben levő gyomortünetek — gyomorlelet negativ — visszafejlődnek s eltünnek.

[1] *Balassa*: A hassérvekről. 1853.

[2] E sérvekről következő megszívlelendőket mond el: „Emésztési zavarok párosulnak hozzá, a nélkül, hogy a gyomrot tartalmaznák, mint ezt Garengeot s Pipelet állitották volt; idevágó bonczolatok szerint mindannyiszor a hurkának vagy cseplesznek egy része képezi e sérveknek bennékét, melyek a gyomorral szoros összefüggésüknél fogva eléggé értelmezik a fentemlített kórjeleket".

[3] *Bohland*: Über die Hernia epigastrica. Berl. klin. W. 1894.

[4] *Kuttner*: Über Verdauungsstörungen, verursacht durch verschiedene Bruchformen. Mittheil. a. d. Grenzgeb. 1896.

[5] *Ploeger*: Über die Hernia epigastrica und subperitoneale Lipome. Inaug.-Diss. Göttingen. 1899.

[6] *Liniger*: Über Bauchbrüche und Unfall. Wiener med. Wochenschrift. 1903.

11. A. K., 24 éves, szobrász. A középvonalban a proc. xyph. alatt 3 cm.-nyire egy kis diónyi, nyomásra fájdalmas dag. Keletkezésének idejéről s helyéről felvilágosítást nem tud adni, sőt a vizsgálatig sem vette észre, hogy daganata van. Panaszai nincsenek.

Kórisme: Hernia epigastrica.

12. K. E., 38 éves, géptisztító. A köldök felett 2 cm.-nyire kis lencsényi, nyomásra fájdalmas daganat, mely 1/2 évi keletkezése óta — erősebb köhögés után — őt munkájában semmikép sem zavarja.

Kórisme: Emphysema pulmonis, obstipatio, hernia epigastr.

13. H. F. 24 éves, munkás. A proc. xyph. alatt a középvonalban könnyen visszahelyezhető, nem fájdalmas, diónyi terimenagyobbodás, mely azóta áll fenn, hogy 7 éves korában fáról leesett.

Kórisme: Hernia epigastrica.

14. K. F. 48 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt 4 cm.-nyire a középvonaltól balra lencsényi, visszahelyezhető, igen érzékeny, nyomásra fájdalmas, köhögéskor locsocsanást mutató terimenagyobbodás, melyet a 3 hó óta fennálló heves köhögési rohamoknak tud be. Étvágytalan, renyhe szék, köldökkörüli heves, a borékba sugárzó fájdalmak. Időnként szívdobogás s szédülés. 3 hó óta lágyéktáji sérve van, mely a másik daggal egy időben jelentkezett.

Kórisme: Endoarteritis chron. def. Hernia inguin. l. sin. Hernia epigastrica.

15. K. R. 25 éves, munkásnő. A középvonalban plessimeternyi hernia epig., mely semmi kellemetlen tünetet nem okoz. 1—2 év óta áll fenn, keletkezési ok ismeretlen.

Kórisme: Cat. apic. l. d., hernia epig.

16. M. F. 27 éves, gyári munkás. Nyolcz nap előtt nehéz munka közben egy babnyi dag lépett fel a proc. xyph. alatt 4 cm.-nyire a középvonaltól jobbra; e dag vissza nem tolható. Ezen idő óta heves gyomortáji fájdalmai, sőt bélkólikái is vannak. Láztalan.

Kórisme: Hernia epig.

17. Sz. F. 35 éves, gyári munkás. A középvonalban a proc. xyph. alatt 5 cm.-nyire kis babnyi, nyomásra igen érzékeny terimenagyobbodás, mely csak néhány hete áll fenn. Néhány nap óta étvágytalan, rendetlen székletétű; 4 nap óta 5—6-szor napjában jelentkező, 1 1/2 órán át tartó, heves, az alhasba, a végbélbe s hólyagba sugárzó görcsroham, mely miatt össze kell zsugorodnia; e görcsök az evéstől függetlenek. Gyomorban semmi rendellenes. Néhány napi észlelés után műtétet hoztunk javaslatba, melyet beteg visszautasított. Kórisme: Hernia epigastrica. E görcsök időnként gyakrabban jelentkeztek, fokozódtak, úgy hogy külföldi munkaszolgálata alatt operáltatta magát. Az első jelentkezés után 1 évvel, műtét után 6—7 hónappal újból jelentkezik felhámheggel (műtét jele 4 varrat), de gyomor- s bélpanaszok nélkül.

18. Cz. M. 26 éves, napszámos. A köldök felett 2 cm.-nyire a középvonalban egy tyúktojásnyi, nehezen reponálható, nem fájdalmas daganat, mely munka közben hirtelen keletkezett. Panaszai nincsenek.

Kórisme: Hernia epigastrica.

19. S. P. 34 éves, napszámos. A köldök felett 4 cm.-nyire galambtojásnyi, visszanyomható, köhögéskor fröccsenést feltüntető daganat, mely nem fájdalmas, egy év előtt nehéz munkánál hirtelen jelentkezett. Eleinte volt ugyan fájdalma a köldök körül, de emésztési zavara nem volt s nincs is.

Kórisme: Hernia epigastrica.

20. St. R. 28 éves, bádogos. A proc. xyphoideus alatt 5 cm. nyire diónyi, nyomásra fájdalmatlan előredomborodás, melyben köhögéskor fröccsenést nem lehet érezni, s melynek létezéséről betegnek eddig tudomása sem volt.

21. K. A. 50 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt 4 cm.-nyire a középvonalban egy kis babnyi daganat, mely 2 hó óta nőtt a lencsemekkoraságtól ennyire. Nyomásra s járásnál nem fáj, csak nehéz teher emelésekor s sok evés után. 2 hó óta heves, a dagból kiinduló s a hasba kisugárzó fájdalmak. Étvágytalan, reggel hány. Gyomorlelet negativ.

Kórisme: Hernia epigastrica.

Műtét után e tünetek mind eltüntek.

22. S. K. 27 éves, segédmunkás. Középvonalban a proc. xyphoideus alatt 5 cm.-nyire egy diónyi, nehezen reponálható, reponáláskor igen érzékeny hernia epigastrica, melynek egyéb tünetei nincsenek.

23. K. J. 30 éves, kefekötő. A középvonalban, a process. xyphoideus alatt 5 cm.-nyire diónyi, egy év óta fennálló daganat, mely csakis akkor fáj, ha sokat vagy ha lépcsőn jár. Gyomorpanaszok: nyomás a gyomorban, hányinger, savanyú felböfögés, renyhe szék. Hyperacid gyomor.

Kórisme: Lumbago et hernia epigastrica.

24. B. F. 28 éves, gyári munkás. A középvonalban, a proc. xyphoideus alatt 5 cm.-nyire krajczárnagyságú, csakis köhögéskor jól előredomborodó, ilyenkor nyomásra fájdalmas s serczegést mutató daganat. Étvágytalan, gyomorpanaszok.

Kórisme: Cat. apic. et hernia epig.

25. K. F. 30 éves, csomagoló. A proc. xyphoideus alatt 4 cm.-nyire munkánál fájdalmas, köhögésnél előredomborodó daganat.

Kórisme: Hernia epigastrica.

(Folytatása következik.)

A malaria-parasiták endogen fejlődési menete, észlelt esetek kapcsán.

Irta: *Gergő Imre* dr.

Nem képezi czélomat, hogy az utolsó évek oly terjedelmes malaria-kutatásait minden irányban, kimerítően összefoglaljam, ezt nálamnál sokkal avatottabbak feladatául tekintem. Csak többszöri észleletek, melyeket mult nyáron, katonáskodásom alatt, Komáromban — a hazai malariának emez egyik ősi fészkében — tehettem, az ebből merített impulsus a malaria aetiologiai tényezőjének behatóbb tanulmányozására: bátorítanak fel, hogy végzett vizsgálataim kapcsán, továbbá az újabb búvárlatok alapján, a malaria-parasiták fejlődését az emberi vérben tüzetes képben ismertessem.

A kórtörténeteket, valamint a vizsgálati napló megfelelő részét a komáromi cs. és kir. helyőrségi kórház parancsnoksága utólag is a legnagyobb készséggel bocsátotta rendelkezésemre, a miért el nem mulaszthatom, hogy a kórházi parancsnokság lekötelező előzékenységét mindjárt e helyen leghálásabban meg ne köszönjem.

A malariát, a váltóláz különböző alakjait, parasiták okozzák, melyek a protozoák nagy törzsébe (phylum) és a sporozoák osztályába (classis) tartoznak. A sporozoák további felosztásánál Lang rendszerét fogadva el, azok két alosztályt (subclassis) képeznek: az első a telosporidiák alosztálya (az idetartozó véglények csak a vegetativ élet végén képeznek spórákat), a második pedig a neosporidiák alosztálya (az ide sorolt véglények vegetativ életük egész folyamán képeznek spórákat). A telosporidiákhoz tartozik a gregarinidák, coccidiidaek és haemosporidiák rendje (ordo), míg a neosporidiákhoz a myxosporidiáké és sarkosporidiáké.

A mint már az elnevezésből is kivehető, a gerinczesek vérében élősködő sporozoák a haemosporidiák rendjébe soroltatnak, mely mint ilyen a coccidiidaek rendjével áll legközelebbi rokonságban; de míg a coccidiidaek amoeboid alakot soha sem mutatnak, fejlődésük bizonyos szakában pedig hártyaszerű tokjuk, cuticulájuk van, addig a haemosporidiák amoeboid alakot is felvehetnek, cuticulájuk pedig soha sincsen. Czélszerűnek véltem ennek megemlítését, mivel valaha a malaria-parasitákat a coccidiumokhoz sorolták, külön rendbe azokat nem foglalták.

A protozoák felosztása Lang szerint:

Phylum: Protozoa

Classis

I. Sarcodina (régebben rhizopoda)
II. Mastigophora (régebben flagellata)
III. Infusoria
IV. Sporozoa

Subclassis

1. Telosporidia
   - Ordo *a)* Gregarinida
   - „ *b)* Coccidiidae
   - „ *c)* Haemosporidia
2. Neosporidia
   - „ *a)* Myxosporidia
   - „ *b)* Sarcosporidia

Hertwig nagyjában hasonlóan osztja fel a protozoákat, csak

hogy nem sorolja a sporozoák említett rendjeit két külön al osztályba.

Visszatérve a haemosporidiák rendjéhez: különböző állati vérparasitákon kivül — mint a milyen a pirosoma bigeminum texaslázban szenvedő marháknál; halteridium galamboknál, varjuknál; proteosoma verébnél stb. — ide sorolandók az emberi malaria különböző parasitái is.

Ezek morphologiai alapon ismét két nagyobb csoportba oszthatók:

I. nagy parasitákra; i. t. 1. a febris tertiana parasitája: Haemamoeba vivax; 2. a febris quartana parasitája: Haemamoeba malariae seu Laverani;

és II. kis parasitákra; i. t. a febris tropica s. aestivo-autumnalis parasitája: Haemamoeba malariae praecox s. Plasmodium praecox s. Laverania malariae (utóbbi elnevezést, felfedezőjének tiszteletére, Grassi és Feletti javasolták).

Az összes malaria-parasitáknak kettős fejlődési menetük van:

A) egy ivartalan, az emberi vérben: ú. n. endogen vagy asexualis fejlődési menet;

és *B)* egy ivaros, a culicidákban (szunyogfélék), illetve ezeknek anopheles nevü genusában: ú. n. exogen vagy sexualis fejlődési menet.

Miután pedig a malaria-parasiták ivaros szaporodása a szunyogban megy végbe, tulajdonképeni gazdájuk a szunyog; ellenben az ember, kinek vérében a parasiták szaporodása ivartalan úton történik, csak mintegy ideiglenes gazda (Zwischenwirth) szerepét játszsza.

Czélomat, mint említém, a parasiták emez endogen vagy asexualis fejlődési menetének megismertetése képezi. Mielőtt azonban erre áttérek, a vizsgálatokhoz szükségelt vérpraeparatumok készítési módjáról, ennek technikájáról szólok behatóbban; és pedig azért, mivel malaria-parasiták keresésénél jó készítményekre van szükségünk, ha sikerrel óhajtunk dolgozni.

* * *

Vérvételre legalkalmasabb valamelyik ujjkörömpercz jól megtisztított háti oldala. Az ujjcsúcson nagyon fájdalmas olykor a beszúrás, míg a fülczimpába ejtett beszúrásnál még holmi masszálás után is néha csak nagy nehezen nyerünk elegendő vért. Az első 3—4 kiszivárgó vércseppet letörüljük; majd az ezután következőket fogjuk fel zsírtalanított és gondosan megtisztított fedlemezeken oly módon, hogy egy-egy vércseppet csipeszbe fogott fedlemez élével felfogva, azt egy másik, ugyancsak csipeszbe fogott fedlemez lapján elhúzással óvatosan szétterítjük.

Az így nyert készítményeket levegőn szárítva legczélszerübben alkohol-aether āā-ban fixáljuk. E czélból a megszáradt fedlemezt Cornet-csipeszbe fogjuk, alkohol-aether āā keverékéből reácseppentünk, ezen keveréket spiritusz- vagy Bunsen-lángon meggyujtjuk s óvatos lengő mozgással oltjuk el. Mihelyt a láng elaludt, a készítmény fixált; a megpörkölést némi gyakorlattal bizton elkerüljük.

Most a festéshez értünk. A számos festési eljárás közül, saját tapasztalataim után is, kettővel érjük be legjobban, melyek közül az egyik igen könnyen eszközölhető, a másik valamivel bonyolultabb; amaz az egyszerü methylenkék-festés, emez pedig a Romanowsky-féle festés. A többi festési eljárás, mint p. o. eosin-methylenkék, eosin-haematoxylin festések, szépségüket illetőleg középúton állnak az egyszerü methylenkék-festés és a Romanowsky-festés között, de diagnostikai értéküket tekintve semmivel sem jobbak az egyszerü methylenkék-festésnél, mivel a parasita magját bizton meg nem festik. Utóbbit eddigelé csakis a Romanowsky-festéssel sikerült világosan feltüntetni.

A) Az egyszerü methylenkék-festést illetőleg, ehhez legajánlatosabb az egyszerü 0·3%-os alkalikus methylenkék-oldat.

Ez következőleg készül. 100 kcm. vízben 0·2 gm. natrium carbonicumot (szódát) oldunk; az oldatot melegítjük s abba, midőn az forr, 0·3 gm. methylenkéket (med. pur. sec. Höchst) öntünk; ezután festékoldatunkat lehütjük, majd filtráljuk és az most használatra kész. Az így készített methylenkék-oldat színe ibolyáskékes.

Használatánál úgy járunk el, hogy óra-üvegbe néhány kcm.-t öntünk az oldatból; a fixált készítményeket 10—15 mp.-ig a festéken úsztatjuk, ezután pedig vízzel leöblítjük, megszárítjuk és elzárjuk.

Makroskopice az emígy festett vérkészítmények színe halvány ibolyaszínü.

Mikroskopice a piros vérsejtek színe sárgás-, egészen kékes-zöld; a parasiták teste feketés-kékes, a világosabb árnyalattól a legsötétebbig, a szerint a mint rövidebb vagy hosszabb ideig festettünk; a fehér vérsejtek magja indigokék.

Megjegyzendő, hogy idővel emez 0·3%-os alkalikus methylenkék-oldat festési ereje nagyon fokozódik. ½ év multán eredeti festőerejének majdnem háromszorosát éri el és ilyenkor használat előtt megfelelően higítandó. Továbbá a szárított és festendő vérkészítményeknek 4 hetesnél idősebbeknek nem szabad lenniök; ennél idősebb vérkészítmények festésére 1%-os alkalikus methylenkék-oldat kell, ha egyáltalán eredményt akarunk elérni, bár a siker még ekkor is nagyon kétséges, miután szárított és eltett vérkészítmények kiszámíthatatlan módon változtatják festődési képességüket.

Az említett methylenkék-oldat a complikáltabb methylenkék-festéseket, valamint a Manson ajánlotta boraxmethylenkéket is (2%-os methylenkék-oldat + 5% borax) teljesen nélkülözhetővé teszi. A boraxmethylenkék ugyanazon képet adja, mint a fentebb említett egyszerü methylenkék oldat, csakhogy körülményesebb úton, mivel a boraxmethylenkékkel túlfestett készítményeket még differencziálni kell; eme differencziálásra vagy eczetsavas víz szolgál vagy a Kossel ajánlotta methylal, 2%-os higításban.

B) A methylenkék-festésnél jóval szebb képet ad a Romanowsky-féle festés. Ennek megértetése azonban valamivel nehezebb, valamint a festés maga sem tartozik a legegyszerübbek közé.

A Romanowsky-festés lényegét — melyet Nocht csak utólag, a festés publikálása után, ismert meg — az képezi, hogy alkalizált methylenkékből melegítéssel annak egy oxydatiós terményét, a methylpirost választjuk le, mely methylpiros azután — titrálás által meghatározandó, bizonyos megszabott töménységü methylenkék-eosin keverékben —a protozoon magjánál egyebet meg nem fest. Ennek folytán a Romanowsky-festéssel nyert górcsövi kép a következő: a vörös vérsejtek az eosintól rózsaszín, egész narancssárga színüek; a parasiták teste methylenkéktől égszín- (kobalt) kék; a parasitának magja pedig világitóan szép pirosszínü a methylpirostól; a fehérvérsejtek intensivebb methylenkék festődés folytán sötét-ibolyaszínüek; ugyanilyen, néha egészen feketés-piros árnyalatú a malariások vérében nagyon gyakori vérlemezkék színe is; a polychromatikus vörös vérsejtek színe pirosas-ibolya.

A Romanowsky-festéshez két törzsoldatra van szükségünk; az egyik 1%-os alkalikus methylenkék-oldat, a másik 1%-os vizes eosin oldat. Az utóbbi készítése nagyon egyszerü; az előbbi, a methylenkék-oldat pedig emígy készül:

100 kcm. forralásig hevített vízben 0·1 gm. natrium carbonicumot (szódát) és 1·0 gm. methylenkéket (med. pur. sec. Höchst) oldunk. Az oldatot kihülni hagyjuk és 24 óra mulva még 0·3 gm. szódát teszünk beléje olykép, hogy egy napi időtartam alatt az oldatot vagy 3—4-szer forralásig hevítjük és ezen 0·3 gm. szódát fraktionált úton adjuk hozzá. Eme többszöri hevítést elkerülendő, thermostatba is helyezhetjük az oldatot és ott 50—60° C. mellett 48 óráig hagyjuk állni; a szóda hozzátétele itt is fraktionált úton czélszerübb, mert emígy több methylpiros válik le a methylenkékből.

Az emígy kezelt oldat ibolyaszínü, festésre bármikor használható. Csakhogy festésre való használata előtt közvetlenül ismét felhevítendő, a methylpiros leválasztása végett.

Elkészülvén emígy mindkét törzsoldatunkkal: az 1%-os methylenkék-oldattal és az 1%-os vizes eosin-oldattal, ezeknek megfelelő higítása és keverése képezi már most a közelebbi feladatot.

A higítást illetőleg, magas és alacsony töménységü methylenkék-oldatokat használhatunk a Romanowsky-festésnél.

Az erősebb töménységü methylenkék-oldatok ¼—1/10% methylenkéket tartalmaznak, azaz aqua destillatával 100 kcm.-re

higítjuk a fenti 1%-os methylenkék-oldatnak 25 usque 10 kcm.-jét. Ily erősebb töménységü oldatokat használunk régi készítményeknél, avagy oly friss praeparatumoknál, melyeknél a parasita plasmájának erősebb fejlődését kivánjuk.

Az alacsony töménységü methylenkék-oldatok methylenkéktartalma $^1/_{50}$%, azaz aqua destillatával 100 kcm.-re higítjuk a fenti 1%-os törzsoldat 2 kcm.-jét. Ily gyengébb töménységü oldatokat friss vérkészítményeknél használunk, főleg oly esetben, midőn finom szöveti képeit óhajtjuk a parasitáknak.

Ennyit a methylenkék-oldat higításáról. Következik az emígy higított methylenkék-oldatoknak a keverése a megfelelő eosin-mennyiséggel.

E czélból a megfelelően higított methylenkék-oldat titerjét kell ismernünk az 1%-os eosin oldattal szemben, azaz: titrálás által kell meghatároznunk, hogy a kivánt töménységü methylenkék-oldat felületén milyen eosin-mennyiség hozza létre az ismert metallikus hártyát. Az emígy titrált eosin-mennyiségnek az erősebb töménységü methylenkék-oldatokban $^1/_3$-adát, a gyenge töménységü methylenkék-oldatokban $^1/_2$-ét veszszük. Ha nem így járunk el, a miről magam is a vizsgálataim kezdetén elromlott néhány száz készítmény alapján tehetek tanúságot: a praeparatum csapadékos, hasznavehetetlen.

100 kcm. ily higított methylenkék-oldatra a szükségelt eosin-mennyiség átlag 1—3 kcm. között ingadozik. És pedig feltételezve van emez ingadozás részben a methylenkék-oldat töménysége által (magas-e az vagy alacsony), részben maga a methylenkék által is, miután maga a höchsti methylenkék sem mindig egyenértékü festési képességében.

Az ekként előállított oldatban a készítményeket egy óra hosszat festjük; utána leöblítjük vízzel, differenciáljuk néhány másodperczig eczetsavas (1—2%-os) vízben, újból lemossuk vízzel, leitatjuk és a praeparatum kész.

Ha előre is tájékozódni óhajtunk a festés sikerültéről, gyenge nagyítással nézzük meg először a készítményt. Ha most a fehér vérsejtek magjai ibolyaszínben tünnek elő, a chromatinfestés is sikerült és a készítmény további vizsgálat czéljából czedrus-olajba zárható.

Czedrus-olajban — eltekintve attól, hogy immersiós nagyításnál ilyenkor a fedlemez felett és alatt egyenlő refractiojú közeg foglal helyet — azért is előnyösebb a készítmények elzárása, mivel a kanada-balzsam gyakran kénsav tartalmú, utóbbi pedig — festék kivonásával — a készítményeket csakhamar elszíntelenítené.

A leirt Romanowsky festés az eredeti festésnek Ruge által megejtett módosítása, a mint azt R. Koch is használja. Ettől eltérőleg különböző búvárok (Nocht, Ziemann, Abel, L. Michaelis stb.) még sokféleképen ajánlották; de mindezen módosítások eredménye, a vázolt eljáráshoz képest, legalább eddigelé, bizonytalanabb.

F. év elején Ross Liverpoolban egy eredeti módosítását közölte a Romanowsky-festésnek. Abból indulva ki, hogy néha még Romanowsky-festéssel is gyérszámú parasita miatt eredményt nehezen érünk el, azt ajánlja, hogy vastag rétegben kenjünk vért a fedlemezre. A készítményeket, melyekre egyenként körülbelül 20 mm^3 vér jutott, szárítsuk meg levegőn, majd fessük külön vizes eosinnal $^1/_4$ óráig és vizzel való óvatos leöblítés után külön 10—20 mp.-ig a megfelelő methylenkék-oldattal; végül ismét vízzel mossuk le óvatosan készítményeinket.

Ross szerint ilyenkor a vizes eosin kioldaná a vörös vérsejtek haemoglobinját és az eredeti Romanowsky-festődésben feltünő parasitákra most részben a vörös vérsejtek kilúgozott volta, részben a parasiták nagyobb száma miatt — hisz a rendesnél húszszor több vért vettünk egy-egy fedlemezre! — könnyebben akadunk reá.

Bár Ross emez eljárása diagnostikailag értékes gazdagítása a klinikai vizsgálati módszereknek, a mennyiben a parasiták könnyített fellelésével sok időt s fáradságot takarithatunk meg, mégis, úgy hiszem, változtatott viszonyok folytán, a vörös vérsejtek eltüntetése miatt, pontosabb parasita-tanulmányokra nem alkalmas.

Ross eljárásának némi hátrányát képezi az is, hogy nem fixált vérkészítményekkel kell dolgoznunk és így még a legóvatosabb vízöblítéssel is könnyen válhatik le egy része a felfogott vérrétegnek. Ezt elkerülendő, legújabban Ruge a haemoglobin kivonását a vérsejtek fixálásával kombinálja és Ross eljárását akként módosította, hogy a Ross szerint előállított vérkészítményeket néhány perczre formalinnak 2%-os vizes oldatába helyezi, melybe még $^1/_2$—1% eczetsavat is tett; mialatt ekkor az eczetsav a haemoglobint kioldja, a formalin viszont a vérsejtek stromáját oly erősen fixálja, hogy erőteljes vízöblítésre sem válnak le többé a vérsejtek. Majd az így kezelt vérkészítményeket Rugevagy Manson-féle boraxmethylenkék-oldattal, vagy Romanowsky szerint festi tovább.

Talán feltünő volt, hogy a vizsgálati módszerek között a festetlen készítményeket, a nativ praeparatumokat, nem említém. Tettem ezt azon okból, mivel teljes, absolut biztonságú kórismét nativ készítményből, tartalmazzon bár ez parasitát, nem mindég állithatunk. Még ha órák hosszat figyeli is meg a jártasabb kutató a parasitának imponáló képlet festetlen készítményét, a tévedések végtelen sorozatának lehet kitéve, a mint azt mindenki, a ki valaha ily vizsgálatokkal foglalkozott, jól tudja. Csak utalok az endoglobuláris parasita összetévesztésére vakuolákkal, vagy a vörös vérsejteknek különös formájú bemélyedéseivel (Delle); avagy utalok az ektoglobularis parasita összetévesztésére a malariások vérében oly gyakori vérlemezkékkel vagy pigmentet czipelő leukocytákkal, avagy hámmal, porral, piszokkal s egyéb odajutott idegen testekkel.

(Folytatása következik.)

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

I.

A szagláshiány kórtanáról.

Irták: *Ónodi Adolf* dr. egyetemi tanár és *Zirkelbach Antal* dr. klinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

A közelebbről meg nem határozható okokból fellépő *functionalis anosmia* alapját rendszerint a hysteria képezi. De látunk távolhatás reflexjelenségeként anosmiát ovariotomiánál, menstruationál, a Gasser-féle dúcz kiirtásánál is. Igy *Gottschalk*[48] ovariotomia után látott anosmiát fellépni, s azt hiszi, hogy a mint a menstruatio, climacterium, terhesség alatt parosmia és hyperosmia léphet fel, úgy annak az ellenkezője, a kiesés, a szagláshiány is bekövetkezhetik az ovarium eltávolításánál. *Krause*[49] a Gasserdúcz kiirtása után az operált oldalon a szaglás lefokozását és hiányát látta. A *Zarniko* által vizsgált esetben műtét után két évvel a megoperált beteg mindkét oldalon érezte a kellemes és kellemetlen szagokat, míg a műtét után öt héttel azt az operált oldalon nem érezte. A Gasser-dúcz kiirtását követő szagláshiányok okát *Krause* a következőkben magyarázza: „*Magendie* hat ja seinerzeit die Ansicht, dass der Trigeminus als Geruchsnerv neben dem Olfactorius eine gewisse Rolle spiele, durch Experimente zu stützen gesucht und aus seinen Versuchen den Schluss gezogen, dass die Aeste des Quintus durch ihre Verbindung mit den Aesten des Olfactorius an der Geruchswahrnehmung sich betheiligen. Dafür sprechen auch meine Befunde.“ *Krause* magyarázatára megjegyezzük, hogy azon felvételét, miszerint a trigeminus ágai az olfactoriussal való összeköttetésük révén a szaglásban résztvennének, a szaglószerv körzeti területére vonatkozó ismereteink nem erősítik meg. Egyáltalában az, hogy van-e és milyen szerepe az orrüreg területén lévő érző trigeminusságaknak a szaglásnál, az még ez idő szerint nyilt kérdés. Megjegyezzük még, hogy a *Dollinger*[50] által végzett Gasser-dúcz műtétek után *Jendrássik* végzett szagvizsgálatokat s hogy a szaglószerv részéről vagy semmi, vagy csak csekély muló elváltozásokat constatálhatott.

Megemlítjük még, hogy *Zwaardemaker* egyes esetekben intermittens anosmiát észlelt, itt az okot egy functionalis kiesésben kell keresnünk.

Ezek előrebocsátása után rátérünk megejtett vizsgálataink részletezésére.

Mi az anosmia és hyposmia jelenlétet vagy jelen nem létét felismerni czélzó vizsgálatainknál főleg az idegrendszer megbetegedé-

*

seire voltunk tekintettel, mert itt véltünk első sorban is a szaglószervben eltérést találhatni. Eseteink egy részében csak qualitativ szagvizsgálatokat végeztünk az *Ónodi*-féle[51] eszközzel, míg eseteink egy másik csoportjában quantitativ vizsgálatokat is eszközöltünk a *Zwaardemaker*-féle olfacto-méterrel. Az *Ónodi*-féle eszköznél szaganyagul a következő 4 oldatot használtuk: 1. Jonon 0·001 1000 vízre, 2. Jonon 0·01 1000 vízre, 3. Aethylbisulfid 0·01 1000 s végül 4. aethylbisulfid 0·10 1000 parafinum liquidumra. Túlerős szaganyagot nem czélszerű a vizsgálathoz használni, mert a vizsgálati szoba levegője s egyéb tárgyai átvehetik a szaganyag illatát s igy zavarólag hathatnak a vizsgálat menetére, másrészt a túlerős szagra hamar eltompuls kifárad a szaglószerv. Az *Ónodi*-féle eszköz eseteinkben azanosmia s hyposmia megállapítására igen jól bevált s általános alkalmazása, főleg tájékoztató vizsgálatokra igen ajánlatos.

Vizsgálataink másik csoportjában, mint már fentebb is említettük, quantitativ vizsgálatokat is eszközöltünk a qualitativ meghatározások mellett. Ez eseteinkben arra is tekintettel voltunk, hogy vajjon mind a IX szagosztály irányában van-e szaglási eltérés s ezért a IX szagosztály mindegyikéből kiválasztottunk egyet-egyet s ezzel történt a qualitativ vizsgálat. A kiválasztott szilárd szaganyagok osztályok szerint a következők voltak: I. az *aetherikus szagokat* képviselte a cera flava, II. az *aromatikus szagokat* a semina anisi, III. az *odores fragrantesokat* a resina benzoes, IV. a *moschus, ambra szagokat* a radix angelicus (Zwaardemaker e helyett a r. sumbust használta), V. a *kellemetlen szagokat* az asa foetida, VI. a *pörkölt szagokat* a pix liquida, VII. a *capryl szagok* közül a sebum ovit, VIII. a visszataszitó *narcotikus szagok* közül az opiumot, végül IX. az igen büzös, *undort* keltő *szagok* közül a scatolt választottuk.

A leirt szaganyagokat tágabb nyakú, dugóval jól zárható üvegecsékben tartottuk s a quantitativ vizsgálat megejtése előtt ezeket egyenként megszagoltattuk a beteggel, úgy jobb, mint bal orrnyilásával, ez által kutatva, hogy a szaglás csökkenése vagy hiánya mind a IX szagosztálylyal vagy csak ezek egyik másikával szemben áll-e fenn? E betegeinket quantitativ vizsgálatra csak másnap bocsátottuk, hogy az esetleg kifáradt szaglószerv addig kipihenhesse magát.

Quantitativ méréseinknél szaganyagul következő négy oldatot használtuk: 1. Jonon 0·001, víz 1000 (3-ik szagosztály). 2. Aethylbisulfid 0·10, parafin. liquid. 1000 (5-ik szagosztály). 3. Borneol 10·0, paraf. liquid. 1000 (2-ik szagosztály). Végül 4. scatol 1·0, parafin. liquid. 1000 (9-ik szagosztály). Vizsgálataink megejtésére a *Zwaardemaker*-féle kettős olfactometert használtuk, porosus porczellánból készült cylinderrel. *Zwaardemaker*[52] újabban e cylinderek helyett nickel vagy rézgazeból készült 10 cm. hosszú, 0·8 cm. széles hengert ajánl, melyet 2·5 mm. vastagságban közönséges szürőpapirral vesz körül s ezt átitatva a szaganyaggal, a cylinder befogadására szolgáló üveghengerbe teszi. Előnye e cylindernek a papir teljes szagtalansága, gyors imbibáló képessége, hátránya, hogy gyorsan pusztul. Különben maga *Zwaardemaker* mondja, miszerint klinikai vizsgálatokra czélszerübb a porosus porczellán cylinder. Megjegyezzük még, hogy úgy a qualitativ, mint a quantitativ vizsgálat megejtésénél kezeinknek lehetőleg szagmentesnek kell lenni, nehogy a kezeinkhez tapadt szagok zavarólag hassanak, továbbá hogy valamennyi esetünkben rhinologiai vizsgálat is lett végezve és az orr nyálkahártyájának érzése is meg lett vizsgálva.

Az *Ónodi* féle eszközzel qualitativ szagvizsgálatokat 74 esetben eszközöltünk, még pedig a következő bántalmaknál: Hemiplegia (10, ebből 6 bal-, 4 pedig jobboldali volt), hysteria, (10), tabes dorsalis (10), neurasthenia (2), tetania, sclerosis polyinsularis, paralysis progressiva, paralysis spinalis spastica, syringomyelia, tumor cerebri (1—1), nephritis (4), icterus catarrhalis (3), vitium cordis (7), phthisis tuberculosa pulmonum (4, ebből 3 lázas), pleuritis (2, lázasok), tumor mediastini, lues, ólombénulás, malaria, typhlitis (1—1, utóbbi kettő lázas). Ez eseteink közül 7 betegnél hőemelkedések voltak s ezeket úgy lázas, mint láztalan állapotban vizsgáltuk. Megnéztünk még 11, különféle fülbajban szenvedő beteget is.

Az e bajoknál elért vizsgálati eredményeket röviden a következőkben foglalhatjuk össze. A hat esetben vizsgált *baloldali hemiplegiánál* egy esetben teljes baloldali anosmiát találtunk, kettőben pedig baloldali hyposmiát, egyszer mindkét oldali hyposmiát, két esetben pedig változást a szaglószervben nem észleltünk. Négy *jobboldali hemiplegia* közül egyszer a bal, egyszer pedig a jobb oldalon találtunk teljes anosmiát, két esetben pedig baloldali hyposmiát. Mind a 10 vizsgált egyénnél a rhinoskopiai vizsgálat semmiféle rendellenességet sem volt képes kimutatni. Tíz esetünk közül tehát csak két esetben találtuk a beteg szaglását normalisnak, míg 3 esetben egyoldali teljes anosmiát láttunk olyanformán, hogy kétszer az anosmia ugyanazon oldali volt, mint a hemiplegia, egy esetben azonban ellenkező oldali, tehát keresztezett anosmiával volt dolgunk. 5 esetben hyposmiát találtunk, még pedig kétszer kétoldalit, kétszer ugyanazon oldalit, egyszer végül keresztezett, tehát ellenkező oldali hyposmiát.

A vizsgált *10 hysteria*-eset közül az orr-gégében kimutatható elváltozást csak egy izben találtunk egy 17 éves leánynál, kinél hysteriás eredetü bal hemiplegia állott fenn s ki bal oldalán az ujjal, ecsettel való érintést egyáltalában nem érezte s kinél a látótér szükülete mellett bal oldalon a garat- s cornealis reflex sem volt kiváltható. Ennél az orrsövény bal oldalán kis léczet találtunk, azonkivül a bal orrüreg s az epiglottis baloldali része az érintést nem érezte. E betegünk a vizsgálatra használt szaganyagokat jobb oldalon jól, bal oldalon pedig absolute nem érezte, hasonló áll egy másik hysteriás leányról is. A hysteriánál végzett vizsgálataink eredményeként 4 esetben semmiféle változást sem észleltünk, 2 esetben baloldali anosmiát, 2 esetben baloldali hyposmiát, egyszer kétoldali hyposmiát, egyszer pedig baloldali anosmiát láttunk, jobboldali hyposmiával.

Tabesban szenvedő 10 egyénen végzett vizsgálataink szerint kettőnél kétoldali anosmiát találtunk, ezek közül az egyiknél szemizombénulás volt jelen s állítása szerint 4 év óta nem érzi a szagokat, e betegnél az alsó kagylókon duzzadtságot s a septumon elferdülést láttunk, míg a másik tabeses állítása szerint soha életében sem érezte a szagokat, itt a rhinoskopiai vizsgálat eredménye negativ volt. 2 esetben kétoldali hyposmiát észleltünk, az orrnyálkahártya pirjával, egy esetben pedig jobboldali hyposmiát. 5 esetben szaglási eltérés nem volt.

Két *neurastheniás* betegünknél a szaglási képesség kisfokú csökkenését, egy *sclerosis polyinsularis*-ban, egy *syringomyeliá*-ban s egy *paralysis spasticában* szenvedő betegnél a szaglást normalisnak találtuk, ez egyéneknél, továbbá egy *tetaniánál*, hol baloldali anosmia jobboldali hyposmiával párosult, végül egy *paralysis progressivánál*, hol kétoldali hyposmia volt, a rhinoskopiai vizsgálat eltérést nem mutatott ki.

Egy *agytumorban* szenvedő 17 éves beteg (kinél a szemfenék venáinak hyperaemiája s a papilla kis decoloratioja volt jelen jobb oldali ptosissal, továbbá jobboldali recurrens, accessorius és mindkét oldali abducens bénulással) jobb oldalon a jonon 10 és 1000, az aethylbisulfid 500 egységét egyáltalában nem, csak az aethylbisulfid 5000 egységét érezte gyengén, míg bal oldalon a szaglása normalis volt. A rhinoskopiai vizsgálat az orrüreget szabadnak találta, a gégetükör azt mutatta, hogy a jobb hangszálag ki- s belégzésnél mozdulatlan, hulla állásban van. A beteg két hónap mulva exitálván, a megejtett sectio a következő leletet mutatta: Sarcoma hypophysis magnitudinis ovi anseris cum propagatione ad ossa. A sarcoma, mely a sella turcicától egészen a foramen occipitale magnumig terjedt a csontállományban a dura alatt, a szagvizsgálatot követő két hónap alatt mellfelé is nőtt és bonczolatnál az orrüreg felső falán constatálható volt a nyálkahártyától fedett előrenyomuló tumor. A tumor az iköbölt s rostasejteket kitöltötte.

Icterus catarrhalis 3 esete közül kettőben mindkétoldali hyposmiát, *4 nephritis* közül egy esetben jobboldali hyposmiát, *7 szívbajos* közül pedig három esetben kétoldali anosmiát, kettőben pedig kétoldali hyposmiát észleltünk. A rhinoskopiai vizsgálat ez esetek közül csak az egyik anosmiás vitium cordis esetében mutatott orrsövény elferdülést. Megjegyzendő, hogy a nephritis amaz esetében, hol hyposmiát találtunk, továbbá vitium cordis két esetében, hol mindkétoldali teljes anosmiát láttunk, nagyfokú oedemák voltak jelen. *4 tuberculosis pulmonum*-ban szenvedő beteg közül háromnál főleg az esti órákban magasabb hőemelkedések voltak s ezeknél, mint többszörös vizsgálataink bizonyíták, a láz

tartama alatt kisebb fokú hyposmia állott fenn, míg a 4-dik esetben teljes anosmia volt jelen, még pedig a beteg előadása szerint már gyermekkorától fogva. Két *pleuritis*-ben s egy *typhlitis*-ben fekvő egyén közül (mind a három állandóan lázas volt) kettőnél hyposmiát észleltünk. Egy *tumor mediastini*-nál s egy *malariá*-nál a szaglást rendesnek találtuk. Egy chronikus *ólommérgezés*-nél hyposmiát, egy *lues*-nél pedig anosmiát találtunk. Ez utóbbi beteg különben, mint mondja, mindig rosszul szagolt, a rhinoskopiai vizsgálat rhinitis atrophicans lueticát mutatott ki nála.

11 fülbeteg közül kettőnél, kik otitis media chron. bilateralisban szenvedtek, kétoldali anosmia volt jelen rhinitis hypertrophicával, egy ugyanolyan betegnél, ép orrür mellett jobboldali anosmia, baloldali hyposmiával, 4 otitis media catarrhalisnál a szaglás és az orrür normalis volt, egy otitis media suppurativa chronicánál, egy labyrinthitisnél, egy otitis media purulentánál mindkétoldali hyposmiát találtunk, végül egy adenoid mütét után az alsó kagylók hypertrophizálása mellett a jobb oldalon hyposmia volt jelen.

A második csoportba amaz eseteket foglaltuk, hol a szaglás qualitativ meghatározása mellett quantitativ szagvizsgálat is történt mind a IX. szagelassis irányában. Először öt teljesen egészséges s jó szaglású collegán végeztünk kisérletet, kik a IX szagclassis kiválasztott anyagait mind jól érezték s a *Zwaardemaker*-féle olfactometer szaganyagait is már *0*-nál, tehát a teljesen betolt szaghenger állása mellett is észrevették. E vizsgálatokból kifolyólag normalis szaglási képességnek azt vettük fel, hol az illető a szaghenger *0* állása mellett is jelezte a szaganyag percipiálását.

(Folytatása következik.)

Az osteomalaciáról és különösen belsőleg adagolt szerekkel való gyógykezeléséről.

Irta: *Glasner Jakab* dr. tb. járási orvos.

(Vége.)

2. V. Sz. 36 éves, felsővisói lakos, IV. P. Atyja cholerában, anyja méhrákban halt el. Havi tisztulását 15 éves korában kapta meg. Rendellenes vérzései nem voltak. Beteg nem volt.

Kilencz év előtt második terhességének tartama alatt egyidejüleg a czombokban és keresztcsontjában nyilamló fájdalmakat kapott, melyek lassan fokozódtak, és a gerinczoszlopra és mindkét oldali bordákra átterjedtek. Fájdalmai gyógykezelés daczára nem multak. Két év mulva harmadszor lett terhes. Ezen terhessége alatt csontfájdalmai annyira fokozódtak, hogy járása nehezített volt, később pedig járni képtelen volt. Már terhessége elején észrevette, hogy alacsonyabb lett és púpja képződik. Magzatát nehezen, de beavatkozás nélkül szülte meg, de a fennálló nagy csontfájdalmak miatt ágyát nem birta elhagyni, és benne két évig sinylödött, mely idő után hozzám fordult.

Jelen állapot. A rosszul táplált alacsony nő gerinczoszlopának háti része nagyfokú kyphosist, lágyéki része pedig lordosist képez. A mellkas felső része két oldalt összenyomott, alsó része elszélesedett, az alsó bordák a medenczetányérokon feküsznek. A mellcsont közepén megtört. A has nagy fokban lógó. A medenczetányérok kifelé hajlók, a szeméremizület orrmányszerüen előre nyúlik. A szeméremív szük rést képez, melynek felső része a mutatóujj hegyét alig fogadja be. A promontorium a medenczébe, legnagyobb részével jobboldal felé sülyedt, ezen oldali lin. arcuata interna az ellenoldalinál könnyebben kitapintható. A két ülőgumó közötti távolság észrevehetően kisebb. A farkcsíkcsont erősen befelé hajlik. Mindkét czombcsont domborulatával kifelé nézőleg elhajlott, mindkét lábfő kissé befelé rotált. Fekvés közben felhúzott czombjait csak nagyon korlátolt fokban birja kifelé hajlítani.

Kivéve a koponya és kar csontjait, csontjaiban élénk fájdalmai vannak, melyek a legkisebb mozgatáskor a türhetetlenségig fokozódnak, miért is ágyában mozdulatlanul fekszik.

A chloral- és phosphor-oldatból öt-öt üveggel vett be. A második üveg vétele után csontfájdalmai már annyira enyhültek, hogy ágyában szabadon tudott mozogni, majd a szobában támaszkodás mellett járt, az ötödik üveggel való elfogyasztás után pedig ismét munkaképes lett.

Csontfájdalmai negyedik terhessége alatt sem újultak ki.

Rendes terhességi tartam után 1901 január 1-jén szülőfájdalmakat kapott, de mivel szülése az erős méhösszehúzódások daczára nem haladt előre, január 3-dikán délelőtt 9 órakor elhivatott. A szülőnőt az elképzelhető legrosszabb állapotban találtam. Láza nem volt, érverése gyors és kihagyó, rövidebb időközökben ájul. Hogy a magzatvíz mikor folyt el, megmondani nem tudják. Méhszáj eltünt. Magzat I. koponyafekvésben van, jól beékelődni a nagy szülőfájdalmak daczára sem bir. Szívhangok csak sejthetők. Ugy az anya, mint a magzat állapota gyors segélyt igényelnek.

Remélve, hogy az osteomalaciás medencze engedékeny lesz, fogómütétet kisérlettem meg. A jobb csípőcsontvájulatba a promontoriumnak ez oldal felé való erős behajlása következtében a kanál nem volt szabályszerüen bevezethető, az csak úgy sikerült, hogy az ez oldali térviszonyokhoz alkalmazkodva, a kanál mindjárt a medencze haránt irányába lett hozva. A másik kanál szabályszerü bevezetését mi sem akadályozta. A kanál zárása után a megengedhető legnagyobb erővel lett megkisérelve a kihúzás, de az nem sikerült. Szülőnő annyira elesett, hogy symphysiotomia végzésére gondolni sem lehetett, ezért craniotomiát végeztem, mely után a magzat nagy nehézséggel a lágy utak erősebb roncsolása mellett volt csak kihúzható. A gyermekágy elég jól folyt le, voltak ugyan nagyobbfokú lázai, ezek azonban a roncsolt részek irrigálása után mindenkor engedtek.

Ez eset kapcsán a craniotomia kivitelét illetőleg egy megemlítésre méltó gyakorlati fogást irok le. A craniotomiát lehetőleg mindenkor megelőzi egy kisérlet, fogómütéttel venni el a magzatot, ha ez nem sikerül, szükségtelen a kanalakat eltávolítani, mert a két kanál között elég tér van a craniotomia végzésére, mely után a teljesen zárt Naegele-féle fogó a megfürt magzatkoponyát biztosan fogja és a kihúzásnál csak a legritkább esetben lesz más müszerre szükség.

3. R. Márta, 36 éves, X. P. Atyja él, anyja 60 éves korában tüdővészben halt el. Havi tisztulását 15 éves korában kapta meg, rendellenes vérzései nem voltak. Eltekintve egészen rövid tartamú hurutos bántalmaktól, beteg nem volt.

Jelen baját nyolcz évvel ezelőtt negyedik terhességének tartama alatt kapta meg, mikor is czomb- és keresztcsontjában szúró fájdalmakat kapott, melyek gyógykezelés daczára sem multak, sőt lassan bár, de mindkét oldali bordákra átterjedtek. Három év lefolyása alatt czombcsontjai kifelé görbültek és púpos lett, csontfájdalmai különösen megismétlődő terhességei alatt rohamosan fokozódtak, járása hovatovább nehezült volt, majd mozgásra képtelen, ágyban sinylődő beteg lett. Négy hónapig feküdt tehetetlenül, mire 1900 január havában hozzám fordult.

Jelen állapot. A rosszul táplált nő csak segítséggel, karjaival czombjaira támaszkodva bir megállani. Kivéve a fejet és karokat, összes csontjaiban mozgatásra a türhetetlenségig fokozódó fájdalmai vannak. Mellcsontja síkjában megtört. A mellkas felül összenyomott, alul elszélesedő, az alsó bordák a kifelé hajló medenczetányérokon nyugszanak. A gerinczoszlop háti része nagy fokban kyphotikus, ágyéki része erősen besüppedő, a keresztcsont felső része befelé hajlik, teste ívszerüen elhajlott. A szeméremizület orrmányszerüen előre nyúlik, a szeméremív felül hegyes szögben végződő rést képez. A has lógó. A czombcsontok domborulatukkal kifelé hajlottak. Mindkét láb észrevehetően befelé rotált.

Beteg állapota a negyedik két üveggel való vétel után tetemesen javult, csontfájdalmai annyira engedtek, hogy szobájában botra támaszkodva járni tudott. A hetedik megismétlésre csontfájdalmai teljesen elmultak és ismét munkaképes lett.

1901-ben, 10. terhessége végén csontfájdalmai kisebb fokban újra jelentkeztek, mire a gyógyszereket háromszor ismételte meg a legjobb eredménynyel. Szülése fogómütéttel lett befejezve, csontfájdalmai ez idő óta nem jelentkeztek.

4. T. Rifke, 40 éves, X. P. Szülei előtte ismeretlen megbetegedésben haltak el. Havi tisztulását 16 éves korában kapta meg. Rendellenes vérzései nem voltak. Jelen megbetegedése 10 évvel ezelőtt kezdődött, mikor is keresztcsontjában szúró fájdal-

makat kapott, melyek később a czombokra és bordákra is átterjedtek. A fájdalmak lassan fokozódtak. Négy év mulva czombja elgörbült és púpja keletkezett. Járni hovatovább csak nagy nehezen tudott. Nagy csontfájdalmai miatt 1900 november havában hozzám fordult.

Jelen állapot. A rosszul táplált nő ajkai cyanotikusak. Diffus bronchitise van. Két karjával czombjaira támaszkodva áll meg. Nagyfokú hát- és mellgörnyéje van. A többi csontokban, különösen a medenczében osteomalaciára jellegző elváltozások vannak. A nagy csontfájdalmak miatt járni csak vezetés mellett bir.

A gyógyszereket háromszor egymásután ismételi meg, mire csontfájdalmai teljesen megszüntek és akadály nélkül tudott járni. Négy hónap mulva ismét jelentkeztek kisebb fokú csontfájdalmak, melyek a gyógyszerek kétszeri megismétlése után elmultak, mire a nő ismét munkaképes lett és csontfájdalmai mindezideig nem voltak.

5. S. Mindel, 40 éves, VII. P. Négy éve beteg. Első négy gyermekét könnyen szülte meg, három utóbbit fokozatosan nehezebben. Megbetegedésének harmadik évében járni már nem tudott. 1901 márczius havában fordult hozzám.

Csontjaiban nyomásra és mozgatásra fokozódó fájdalmai vannak. A csontok osteomalaciára jellegző alakelváltozásokat mutatnak.

A gyógyszereket négyszer egymásután ismétli meg, mire csontfájdalmai megszüntek és mindezideig nem újultak ki.

6. S. Laja, 24 éves, IV. P. Megbetegedését 3 évvel ezelőtt, második terhességének végén kapta meg. Nagy csontfájdalmai miatt egy és fél éve csak botra támaszkodva bir járni. A csontok elváltozásai kevésbé kifejezettek. 1901. év márczius havában jelentkezett. A gyógyszereket kétszer ismétli meg, mire csontfájdalmai teljesen megszüntek és ismét munkaképes lett. Három hónap mulva keresztcsontjában ismét fájdalmakat érez, mire a gyógyszereket kétszer megismétli. Mindezideig kifogástalanul jól érzi magát.

7. L. Z. 30 éves, V. P. Megbetegedése négy évvel ezelőtt, harmadik terhessége alatt kezdődött. Nagy csontfájdalmai miatt fél éve ágyban fekvő. 1900 október havában jelentkezett. A csontok osteomalaciára jellegző nagyobb fokú alakelváltozásokat mutatnak.

A gyógyszerek kétszeri megismétlése után fájdalmai annyira enyhültek, hogy ágyából felkelt és támaszkodás mellett járt, az ötödik üveggel való vétel után fájdalmai teljesen megszüntek és ismét munkaképes lett.

8. G. Duvidné, 31 éves, IV. P. Két éve beteg. Nagy csontfájdalmai miatt utóbbi időben járása nehezített. A medenczecsontok kifejezetten osteomalaciára jellegző alakelváltozást mutatnak.

A gyógyszereket 1901 április havában veszi először, ötszöri megismétlésre csontfájdalmai megszüntek és ismét munkaképes.

9. M. E. 38 éves, III. P. Jelen megbetegedése nyolcz évvel ezelőtt, első terhességének tartama alatt kezdődött. Miután nagy csontfájdalmai miatt hosszabb idő óta csak bot segítségével tud járni, 1899 április havában hozzám fordult. A csontok kifejezetten osteomalaciára jellegző alakelváltozásokat mutatnak.

A gyógyszereket háromszor ismétli meg, mire csontfájdalmai elmultak és ismét munkaképes lett. 1901 május havában legélénkebben keresztcsontjában ismét fájdalmakat érez, mire a gyógyszereket kétszer megismétli, fájdalmai teljesen elmultak és mindezideig egészséges.

10. P. Volfné, 37 éves, X. P. 1901 május havában jelentkezett. Nyolcz éve beteg, nagy csontfájdalmai miatt csak támaszkodás mellett tud járni. A csontok kifejezetten elváltozottak.

A gyógyszereket egymásután négyszer ismétli meg, mire csontfájdalmai fokozottan alábbhagytak és ismét munkaképes lett.

11. P. A. 28 éves, V. P. Megbetegedése 4 évvel ezelőtt, harmadik terhességének tartama alatt kezdődött. Csontfájdalmai miatt már hosszabb idő óta járni nem tud. 1901 május havában fordult hozzám.

A gyógyszereket ötször ismétli meg, mire csontfájdalmai elmultak és ismét munkaképes lett.

12. R. J.-né, 50 éves. VII. P. Jelen megbetegedése nyolcz évvel ezelőtt, hetedik terhességének tartama alatt kezdődött, mikor is egyidejüleg keresztcsontjában és a bordákban hovatovább fokozódó fájdalmakat kapott, melyek később a czombcsontokra is átterjedtek. Három éve járni nem tud.

Jelen állapot. A rosszul táplált nőt 1902 április 21-dikén láttam először. Ágyában mozdulatlanul fekszik, ajkai cyanotikusak, légvétele gyors és szapora. Mindkét tüdőfélen kiterjedten apró szörtyzörejek hallhatók.

Nagy csontfájdalmai miatt ágyában felültetni nem lehet, a legnagyobb fokú hát- és mellgörnyéje van, a manubrium sterni mélyen besülyedt, annyira, hogy látszólag nyomást gyakorol a légcsőre. A mellkas két oldalt összenyomott, az alsó bordák a kifelé hajlott medenczetányérokon nyugszanak. A has lógó. A medencze a legnagyobb fokban osteomalaciásan elváltozott. A czombcsontok elgörbültek. Mindkét alszár izomzata nagyfokban sorvadt. A lábfők közel hüdéses állapotban levő pes varo-equinus állásban vannak. Beteg hő- és nyomási ingereket kifogástalanul jelez.

A gyógyszereket ötször egymásután ismételi meg, mire csontfájdalmai teljesen megszünnek. Ágyából felkel, járni azonban csak támaszkodás mellett bir, mert lábában nagyfokú gyengeséget érez. A lábizmok nagyobb fokú sorvadása változatlanul fennáll. Valószinű, hogy ezen nagyfokú izomsorvadás a gerinczagy nyomatása következtében állott be, melyet a legnagyobb fokban elhajlott gerinczoszlopelhajlás okozott.

Különböző időben még a következő osteomalaciában szenvedő nők lettek sikerrel gyógykezelve.

13. M. F. 35 éves, VIII. P.

14. K. P. 38 éves, XII. P.

15. F. L. 24 éves, IV. P.

Hogy a rossz hygienikus viszonyok, főleg a hiányos táplálkozás elengedhetlen feltételei az osteomalacia kifejlődésének, az kétségtelen. Igaz, hogy vidékünkön a zsidó szegények élnek a legrosszabb viszonyok között, de ez mégsem képez olyan éles határt, a miből magyarázható volna, hogy miért betegszenek meg egy róm. kath. német nőt kivéve csak ők, holott itt legnagyobb számmal románok élnek, kik között szintén nagyon sok szegény van.

Hogy egyes fajok mint ilyenek különös fogékonysággal vagy mentességgel birnának egyes megbetegedésekkel szemben, azt nem hiszem. Hiszem azonban azt, hogy az egyes fajok életviszonyaiban lehetnek olyan tényezők, melyek egyes megbetegedések kifejlődését elősegitik, másokét megakadályozzák. Ezeket szem előtt tartva, olyan okok után kutattam, melyek az osteomalacia iránti fogékonyságot csökkentik.

Sok körülményt gondoltam fontosnak, de ezek nem voltak olyan általánosak, melyekre támaszkodni lehetett volna, végre azt hiszem, helyes úton járok, ha azt gondolom, hogy állandóan alkoholt fogyasztó nők osteomalaciában nem betegszenek meg. Ha ezen feltevésem helyes, azt, hogy az alkohol mint tápszer vagy élettani ismeretlen egyéb tulajdonságai miatt hat-e előnyösen, mások fogják eldönteni.

Eseteimből következtetéseimet levonva állítom:

1. Hogy chloral és phosphor együttes adagolása után az osteomalaciás betegek meggyógyulnak, és ha az osteomalacia következménye gyanánt még nem léptek fel nagyobb fokú csontalakelváltozások, akkor a betegek teljes munkaképességüket visszanyerik.

2. Szülés esetén oly fokban szükült medenczénél, mely mellett a magzat csak koponyafúrással vehető el, symphysiotomiával a szülést mindkét félre kedvezően lehet befejezni.

3. Valószinű, hogy állandóan alkoholt fogyasztók osteomalaciában nem betegszenek meg.

TÁRCZA.

A heveny fertőző kiütéses betegségek prophylaxisa.

Ilyen czim alatt jelent meg a „Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten“ legújabb füzetében (24. f. 196. l.) *Elgart Jaroslav* dr. egy közleménye, melyet különösen most, a mikor a vörheny nálunk oly aggasztó módon terjed, *annyira fontosnak tartok*, hogy sietek tartalmát azon kartársak tudomására hozni, kik az emlitett folyóiratot nem olvassák.

Ezen, szerintem *nagyon komoly figyelmet érdemlő közlemény* bevezetését képezi egy monographiának, mely ugyancsak a fenti czim alatt legközelebb önállóan fog megjelenni.

Lényege röviden a következő.

Az eddig gyakorolt prophylaxis, mely jóformán nem áll egyébből, mint a már megbetegedett egyének elkülönitéséből, igen kezdetleges és kétes értékű, ha a diagnosis nem állapittatik meg elég korán, a mi elég gyakran előfordul. Hogy ilyen, annak oka nem más, mint az, hogy nem ismerjük a betegségek okozóját, de a mi még fontosabb — mert a felett, hogy itt is bizonyos parasiták szerepelnek, alig lehet kétség —, hogy nem ismerjük a kaput, melyen át a szervezetbe jutnak, és valljuk be: nem is fordítottunk eddig elég gondot arra, hogy a primaer infectio helyét megállapitsuk és felismerjük.

Egy igen józan raisonnement útján *Elgart* azon eredményre jut, hogy az infectio leggyakrabban a száj, a garat és az első légző utakon át történik, s hogy ezeken a helyeken gyakran jelentéktelenek látszó változások prodromái a súlyos bántalomnak.

Ha ez igaz — úgymond —, akkor kilátás lehet arra, hogy ezen első utak alkalmas desinfectioja által a kezdetleges stadiumban levő bajt coupirozzuk, *sőt a mi több, elejét vegyük egyáltalában a fertőzésnek olyan egyéneknél is, kik a ragálynak nagyon ki vannak téve.* Megóvhatnánk tehát a ragálytól olyan gyermekeket, kik kanyaróban vagy vörhenyben szenvedő gyermekekkel egy szobában tartózkodnak.

Melyik volna itten a legalkalmasabb fertőtlenitő eljárás? A toroköblögetés alig, mert a gyermekek gyakran nem képesek reá, de azért is, mert a folyadék nem jut minden helyre. Legjobbnak látszik a fertőtlenitő folyadékok porlasztása és inhalatioja, mert ki van mutatva, hogy ez által a desinficiáló szer még a tüdő mélyebb részeibe is jut. (Hogy ez tény, azt ref. saját kisérleteivel is kimutatta már ezelőtt körülbelül 22 évvel egy előadás alkalmával, melyet a budapesti kir. orvosegyesületben tartott.)

Elgart dr. ezek után részletesen ismerteti azon eredményeket, melyeket a brünni kórházban elért, úgy hogy fertőzésnek kitett gyermekek naponként kétszer 5—5 perczig a következő oldatok egyikét porlasztott állapotban belehelték:

1. Aqua calcis, aq. dest. āā
2. Acid boricum 3%-os oldatban.
3. 0·05%-os jodtrichlorid-oldat.
4. 3%-os chlornatrium-oldat.

(Ugy látszik, az aqua calcisnak leginkább barátja a szerző. Emlit esetet, a hol higitatlanul is alkalmazta.)

Az eredmények feltűnően jók s nem haboznék kimondani azt, hogy *Elgart* dr. munkája óriási haladást jelentene a therapia és hygieniai prophylaxis terén, ha eredményei megerősitést nyernének.

Nem hagyhatom azonban szó nélkül azt, *hogy sok, alapjában véve rationalis és való dolognak útját vágja az ajánlott módszerek gondatlan alkalmazása és kivitele.*

Erre *Elgart* is felhoz egy érdekes példát.

Egy esetben kitünt, hogy az inhalatio daczára ragályozás mégis bekövetkezett, pedig az, hogy ez a beteg kivülről hozta volna be a betegséget, ki volt zárható.

Már-már kétkedett a szerző módszerének helyességében, midőn kitünt, hogy az ápolónő az inhaláló készüléket nem tartotta rendben, úgy *hogy az elporlasztandó desinficiáló folyadékból semmi sem került a beteg szájába.* Az egész üveg telve maradt.

Végre még azt kivánom félreértések kikerülése czéljából megjegyezni, hogy *Elgart* dr. távolról sem akar az *elkülönítés*, vagy a többi, ez idő szerint alkalmazott óvszabályok (gondoskodás friss levegőről, ágyak és ágynemüek fertőtlenitése stb.) ellen fellépni, *sőt ezeket igen szükségeseknek tartja.* Módszere csak egy fontos kiegészitője a mostani eljárásoknak.

Liebermann dr.

A magyar irgalmasrend új kórháza.

Az Irgalmasrend folyó hó 29-dikén avatta fel ünnepiesen budapesti új rendházát és kórházát. A kórházat 1901-ben kezdték épiteni és a nyáron teljesen befejezték. A rend volt magyarországi tartományfőnöke, néhai *Füzy Szaniszló* sok évi munkálkodása után kezdett bele a nagy műbe, de váratlan halála megfosztotta attól a lelki gyönyörűségtől, hogy a kész műben gyönyörködhessék. *Thuróczy Kornél*, a rendnek ez idő szerint főnöke befejezte elődjének művét.

Az ünnepies felavatást *Vaszary Kolos* herczegprimás akarta végezni, de gyengélkedése miatt *Kohl Medárd* püspök helyettesitette.

Az új rendház és kórház a Margit-híd mellett, a Zsigmond-utczában épült. A kétemeletes patkó alakú épület főhomlokzata a Zsigmond-utczára szolgál és imponzáns képet nyujt: Zsigmond-utczai része huszonnyolcz ablakos. Külsőleg az épület középső részét karcsú gothikus torony diszíti, ez alatt van a főkapu. A főkapu tágas előcsarnokba nyilik, a honnan kettős, széles márványlépcső visz az emeletekre. Az előcsarnok jobb oldalán márványtáblán ez a felirás olvasható:

Épült 1901—1903. évben Isten kegyelméből ő Felsége I. Ferencz József Magyarország apostoli királya dicsőségteljes uralkodása, Füzy Szaniszló királyi tanácsos, a vaskorona-rend és Ferencz József-rend lovagja, a magyar birodalmi Irgalmas-rend tartományi főnöke és Thuróczy Kornél perjelsége idejében, simonyi Semadam Sándor dr. országgyülési képviselő, mint a Rend szindikusa közreműködésével, Kiss István műegyetemi magántanár és Fliegauf Károly műépitész tervezete szerint. Épitette: Kauser Gyula épitőmester.

Az előcsarnok bal oldalát is márvány diszíti, melyet a Marczibányi- és Majthényi-családok czimere diszit, alatta ezzel a felirással:

Az istenes Szent János által alapított irgalmas testvérek rendjének budai házát és kórházát nagylelkű és gazdag ajándékával 1806. október 15-dikén kelt alapító okleveliik tanúsága szerint megállapították: puchói és csókai Marczibányi István és hitvese, kesselőkeői Majthényi Mária. A lelki vigasztalást és testi gyógyulást lelt és lelendő betegek ezreinek hálája örök időkre fenntartja áldott emlékezetüket.

A főbejárattól jobbra van a *fogászati osztály.* Az irgalmasok mindenkor nagy mesterei voltak a foghúzásnak és Budapesten is minden szegény ember ott szokta a fogát huzatni. Ezután a fogfájós beteget olyan fogászati osztály fogadja, a melyhez fogható az országban nincsen. A váróteremből nyiló foghúzóteremben több operatiós-szék és hat vízvezetékkel ellátott tál van, úgy hogy a fogavesztett ember teljes kényelemben ápolhatja magát. Ezenkivül egy tágas helyiségben fogtechnikai laboratorium van, mindennel ellátva, a mire ott szükség van. Ugyancsak a földszinten jobbról van az irgalmasok gyógyszertára, a legszebbek egyike a fővárosban: fényezetlen keményfaállványokkal s az állványok tetején fából faragott gránátalmákkal, mert a gyógyszertár a *„Gránátalmá“*-hoz van czimezve. Nevezetes, hogy a gyógyszertár diszét kiváló magyar tudósok: Balassa János dr., Szabó József dr., Balogh Kálmán dr., Than Károly dr. és Lengyel Béla dr. szobrai adják. A főbejárattól balfelé van a sebészeti rendelő járóbetegek számára, a rendelőhelyiség orr-, fül-, gége-, szem-, bőrbajos és belső bajokban szenvedő betegek számára. Az első emeletet a sebészeti, a másodikat a belgyógyászati osztály foglalja el tágas kórtermeivel, külön betegszobáival, operáló, kötöző és laboratoriumi helyiségeivel. Minden kórterem mellett czélszerűen berendezett mosdóhelyiség és fürdőszoba van. Két-két kórterem között tágas négyablakos társalgóterem áll a betegek rendelkezésére. A belgyógyászati osztályon 103, a sebészetin 92 ágy van. A földszinten van még egy kórterem beteg gyermekek számára 6 ágygyal, a szemészeti osztály 19 ágygyal és a bőrbetegek osztálya 35 ágygyal. A kórtermek magassága 4 és fél méter, szellőztetésük a pinczében elhelyzett szellőzőgépekkel történik, melyek a szűrőkön keresztül hajtják a termekbe a teljesen tiszta és pormentes levegőt. A gépek segitségével óránként háromszor lehet az összes betegtermek levegőjét friss levegővel kicserélni. A második emeleten van a diszes kápolna, karzattal, két sor paddal. Az oltár mögött emeletes magas ablakon van a diszes üvegfestésű oltárkép: Szent István, a mint a magyar szent koronát felajánlja a Boldogságos Szűznek, ettől jobbra szent Szaniszló püspök, balról a rend megalapitójának, istenes szent Jánosnak üvegfestésű művészi képe.

A milyen mintaszerű a kórtermek épitése, olyan a berendezésük is. A fehér-kék vaságyakban sodronybetét, lószőrmatrácz, lószőrpárna és meleg takaró van. Az ágyak mellett üveglappal fedett vasszekrénykék állanak. Az összes helyiségek középponti fűtéssel és villamos világitással vannak ellátva. Az épület által körülvett, szépen parkozott udvar is a betegek sétahelyéül szolgál.

Külön épületben van elhelyezve a kápolnaszerű ravatalozó helyiség — külön kocsibejáróval a Dunapart felől —, továbbá a halottaskamrák és a bonczolóterem. Az épület jobb szárnyában a rendház van. A rendfőnök diszes lakása fogadóteremmel, a házfőnök lakása és a rendtagok szobái itt vannak elhelyezve a két emeleten, mig a földszinten a tágas refektorium, társalgó-, olvasó- és dohányzó-terem foglal helyet. Ezek alatt van a gőzfőző-konyha, mely a legujabb főző-gépekkel van ellátva. Czélszerűen vannak elhelyezve a felvételi iroda helyiségei s a gőzmosó-konyha is. Az összes folyosók fűtve vannak és két meter magasságig olajfestékkel vannak bevonva; a padló mindenütt sima keramitlapokkal van kirakva.

E kórház nagy nyereség a főváros szegény betegei számára s az Irgalmas-rend e nagy áldozattal létesitett kórházzal hálára kötelezte nemcsak a szenvedő emberiséget, de a főváros közönségét is, a mely így egy teljesen modern kórházzal gazdagabb, mely gazdag tananyagával hasznot fog hajtani az orvosi kiképzésnek is.

A kórház részletes leirását egy e napon kiadott illustrált emlékiratban találjuk.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A dysenteria aetiologiájáról.

Közli: **Marikovszky György** dr. egyet. tanársegéd.

(Folytatás.)

69. *Lewkowicz*: Dysenteriát okozó enterococcus. Przeglad lek. 1901. — 70. *Lutz*: Zur Kentniss d. Amoebenenteritis und Hepatitis. Cbl. f. Bakt. 1891. — 71. *Maberly*: Dysentery and its treatment etc. Lancet. 1897. — 72. *Maggiora*: Alcune osservazioni microscopiche e bacteriologiche fatte durante un epidemia di enterocolite dissenterica. Giornale della R. Accad. di med. di Torino. 1891. — 73. *Manner*: Ein Fall von Amoebendysenterie und Leberabscess. Wien. kl. W. 1896. — 74. *Manson-Galloway*: Remarks on amoebic abscess of the liver. Brit. med. Journ. 1894.

1898-ban *Harris*[46] 35 amoebás dysenteria esetről számol be. Ezek közül 31 beteg amerikai volt (18 fehér, 13 néger), 4 pedig orosz zsidó. Az amoebás dysenteria tehát Oroszországban is előfordul. 1898-ban *Le Count*[25] is közölt egy amoebás dysenteria esetet.

1899-ben *Poteenko*[86] egy typikus dysenteria után fellépett májtályog genyében számos soknyújtványú, kerekded, a vörös vérsejteknél 2—3-szor nagyobb amoebát talált (oroszországi eset).

Diamond[30] 1900-ban egy amerikai dysenteria esetet bonczolván, a bélben sok amoebát látott.

Amberg[1] 1901-ben 5 dysenteriás gyerek bélsarában talált amoebákat. Mind az 5 eset enyhe lefolyású volt s meggyógyult. Tehát könnyű esetekben is találhatók amoebák. A szék kémhatása rendesen alkalikus volt, ritkán savanyú. Az amoebák azonban a savanyú székben is eléltek 2—3 óra hosszat. Az élő amoebákat sikerült methylenkékkel és neutralvörössel megfestenie s az igy megfestett amoebák némely esetben csak órák mulva veszitették el mozgási képességüket.

Basset-Smith[4] (1901) betege a középtenger vidékén acquirált dysenteriát. 2 év mulva Angliában egy májtályog miatt megoperáltatván, a kiürülő genyben számos amoeba, de egyetlen bakterium sem volt található.

Craig[26] következőkép irja le a dysenteria amoebákat 1901-ben. A dys. amoebák 5—35 μ nagyok, leggyakoribb a 15—25 μ nagyságú. Ekto- és endoplasmát megkülönböztetni rajtuk felesleges. Igen erősen fénytörők és halvány-zöldes színűek. Az excentrikusan fekvő magot főleg mozgó amoebáknál lehet néha meglátni. Mozgásuk lassú. Legjobban festődnek Loeffler-féle methylenkékkel vagy carbolos fuchsinnal. Főleg kifejlett, nagy, de még nem degenerálódó amoebákban kerek vagy ovalis, nem festődő képletek látszanak s nincs kizárva, hogy ezek sporák. Más képletek is látszanak bennük, a melyeknek jelentőségét eddig nem tudjuk. Az amoebák degeneratioja kétféleképen jöhet létre, 1. vacuolaképzés, 2. szétesés által. Szerinte vacuolák csakis degenerálófélben levő amoebákban vannak.

Ebstein[34] esetében (1901, acut, sporadikus dysenteria) a beteg székében bőven voltak amoebák, melyeket szénaforrázatban öt generatión át sikerült továbbtenyészteni. Ezzel a tenyészettel macskát sikerrel inficiáltak. Az általa talalt amoebák Ziehl-Neelsen szerint festve, úgy viselkedtek mint a tuberculosis-bacillusok. Gram szerint sötétkékre festődnek, eosinnal festve főleg a tenyésztett amoebákon jól meg lehetett különböztetni a magot a plasmától. A controllképen megvizsgált 10 diarrhoeás és 20 normalis székben egyetlenegy esetben sem talált amoebát.

Goldschmidt[43] (1901) egy forró égövi dysenteriában szenvedő beteg székében úgy az amoebákban, mint azokon kivül kicsi, zöldes, vörös vérsejt-nagyságú képleteket talált, melyek azonban a vörös vérsejtektől mégis különböznek, mert 1. sohasem feküsznek pénztekercsszerűleg egymás mellett, 2 nagyságuk különböző, 3. alakjuk sokféle lehet, 4. zöldes színűek, 5. néha mintha mag volna bennük, 6. sohasem biconcavok, hanem vagy laposak vagy biconvexek, 7. májtályogok genyében is találhatók, hol vörös vérsejtet ez ideig nem találtak, 8. kisfokú amoeboid mozgásuk van. Ezeket Goldschmidt embryonalis amoebáknak tartja.

Harris[47] (1901) az amoebákat tartja a dysenteria kórokozóinak. Ő dysenteriás székben bőven talált amoebát. Ilyen amoebatartalmú ürüléket fecskendezve fiatal kutyák rectumába, azok hamarosan elpusztultak dysenteriában. Bonczolásuknál a vastagbél alsó szakaszának nyákhártyája erősen duzzadtnak találtatott, rajta kiterjedt necrosis és ulceratio. A fibrinkiválás mérsékelt. A submucosán túl sohasem terjed a folyamat. Régebb idő óta fennálló fekély fenekén itt-ott ujonnan képzett epithel látható. Két inficiált kutya csak 14, illetőleg 16 nappal az infectio után pusztult el. Ezeknél májtályogokat találtak, melyek szövettanilag azonosaknak mutatkoztak az embernél leirottakkal. Tenyésztenie az amoebákat nem sikerült. Dysenteriás bélsárból kitenyésztett bakteriumot fecskendezve be kutyák rectumába, nem tudott azoknál dysenteriát előidézni.

Jaeger[49] 1901-ben Königsbergben 30 dysenteriás székét vizsgálta meg alaposan és mindegyikben talált amoebákat, melyek hasonlitottak a Koch, illetőleg Kartulis által Egyptomban találtakhoz. Amoebái a betegséggel egyidejűleg léptek fel és tüntek el, gyakran látott bennük vörös vérsejteket, tenyésztésük nem sikerült. Typhushoz hasonló (dysenteria?) bacillust egyszer sem talált a megvizsgált ürülékekben.

Természetes, hogy azokkal a szerzőkkel szemben, kik a dysenteriát amoebákra vezetik vissza, bőven akadtak olyanok is, kik kételkednek az amoebákban, részben azért, mert dysenteriánál nem találták meg azokat, részben mert egészségeseknél is találták.

Massjutin[76] 1889-ben Lösch kiewi klinikáján öt különböző bélbajban szenvedő beteg (1 chron. dysenteria, 2 chron. bélhurut, 1 acut bélhurut, 1 typhus abdominalis) ürülékében bőven talált amoebákat, melyek hasonlitottak a Lösch és Kartulis-félékhez. Massjutin nem tartja őket a forró égövi dysenteria okainak.

Fenoglio[38] 1890-ben egy enterocolitisben szenvedő sardiniai asszony bélsarában, *Cahen*[15] (1891) pedig egy typhushoz hasonló tünetek közt megbetegedett gyermek bélsarában látott sok amoebát.

Epstein[33] 1893-ban 26 diarrhoeás gyermek bélsarában monocercomonas diarrhoeae-t talált, ötnél azonban a Lösch-félével teljesen azonos amoebát is. Ez az 5 eset semmiben sem különbözött a többi 21-től, egyiknél sem volt sem véres szék, sem valamely más oly tünet, mely a bélben folyó fekélyesedő vagy nekrotizáló folyamatra mutatott volna.

Schuberg[94] 1893-ban számos egyént tractált karlsbadi sóval, s az ennek következtében megjelenő híg székben majdnem mindig talált amoebát. Ha ricinussal idézett elő híg széket, abban nem voltak amoebák, még pedig úgy látszik azért, mert a ricinus kártékonyan hat rájuk. Átnézve az irodalmat, szerinte az nincs bebizonyítva, hogy különféle (pathogen és nem pathogen) amoebák léteznek, s az eddigi kísérletek és észleletek sem bizonyítják kétségtelenül, hogy az amoebák egyáltalában kórokozók lehetnének.

Manson és *Galloway*[74] 1894-ben egy májtályogból kikerült genyet vizsgálva, abban amoebákat találtak, bár a beteg sohasem szenvedett dysenteriában, sőt még diarrhoeában sem.

Casagrandi és *Barbagallo*[16] 219 enteritises és 127 egészséges egyén bélsarát vizsgálták meg 1895-ben. Vizsgálataik alapján ellentétbe kell helyezkedniök Quincke és Roos azon állításával, hogy van ártalmas és ártalmatlan amoeba. Szerintük 1. csak egyféle amoeba létezik, mely egészségesnél, diarrhoeásnál és dysenteriásnál egyaránt előfordul. 2. Ez a bélben, hig bélsárban oszlás útján elszaporodik, kemény székben pedig eltokolódik és elhagyja a belet; e betokolt alakok valamikép (tápszerekkel) a bélbe jutva, ott megint kifejlődnek és elszaporodnak. 3. Az ember belében az amoebák nem pathogenek, és csak azért fejlődnek és szaporodnak ott, mert a helyi viszonyok kedvezőek rájuk nézve. 4. A szokásos táptalajon ezek a bél- (ent-) amoebák nem tenyésznek.

Gasser[42] (1895) sem hiszi, hogy az amoebák okoznák a dysenteriát. 1893-ban és 1894-ben Algierban 153 dysenteriás beteg székét vizsgálta meg felvételkor, a gyógykezelés tartama alatt és elbocsátáskor. 109 acut eset közül 45-ben talált igen változó mennyiségű amoebát. Számuk úgy látszik nincs arányban az eset súlyosságával. 2 halállal végződött esetben alig talált amoebát, egyes könnyű esetekben viszont temérdek sokat. Klinikailag egymáshoz nagyon hasonlító esetekben is igen változó volt az amoebák száma, épen úgy azokban az esetekben, a melyekben a szék minősége volt teljesen egyforma. Az acut esetek csoportjából 7 került bonczolásra. Egy halállal végződött, igen kiterjedt vastagbélfekélyesedéssel járt esetben az amoebák úgy intra vitam, mint a bonczolásnál hiába kerestettek. 34 chronikus eset közül (4 végződött halállal) 13-ban voltak a faecesben amoebák, az esetek többségében a gyógyulás után is. 8 chronikus diarrhoeában szenvedő beteg régebben dysenterián esett át. Ezek közül 5-nél, 2 dysenteriás májtályogban szenvedő beteg közül pedig az egyiknek tályogtartalmában szinténtalált amoebákat (a tályogok genye bakteriummentes volt). 153 megvizsgált beteg közül mindössze 41·83%-nak székében voltak amoebák, ulcerált vastagbélmetszetekben egyszer sem.

Kartulis kisérleteit megismétlendő, Gasser macskák végbelébe dysenteriás ürüléket fecskendett be, s az eredmény számos fekély volt a colonban. Ez azonban nem szól biztosan az amoebák pathogenitása mellett, mert ugyanazt az eredményt kapta akkor is, ha steril, homokos vizet fecskendett be.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Gerlóczy Zsigmond: Fodor József egészségtana. Harmadik kiadás. Budapest. Lampel Róbert. 1904.

Néhai Fodor József egészségtanának előttem fekvő harmadik kiadását a közoktatásügy vezetőségének azon óhajtása következtében irta meg a szerző, hogy a középiskola felső osztályainak tanulója akkép tanulja meg az egészségtant, hogy az, az alsóbb osztályokban tanult természetrajzi tárgyakra támaszkodva azokkal szerves összefüggésben álljon. Nem akarom a Fodor Egészségtanát részletezni és dicsérni, mert nem akarok régi dolgot újra felfedezni; hiszen mindenki tudja, hogy a hygienének oly korán elhalt nagy mestere valóságos kis remekművet alkotott e tankönyv megirásával. Egyszerűen örömmel registrálom azt, hogy az átdolgozás igen jól sikerülve, a tanitásügyi hatóság fennebb emlitett intentiojának is megfelel, alkalmazkodik az ifjúság értelmi szinvonalához s anyagát könnyen megemészthető, kifogástalanul magyaros stylusban meriti ki 207 oldalas művében. Szándékosan emlitettem a 207 oldalt, mert nézetem szerint ez a könyv egyetlen kifogásolható pontja. Tekintettel arra a szűk keretre, melyet a középiskolai tanterv az egészségtan tanitására kiszabott, a könyv értékének veszélyeztetése nélkül talán redukálható lett volna az új átdolgozásban ez a terjedelem olyanformán, ha a tanulóra nézve talán kevésbbé fontos részek (mint például a fertőző betegségeknek csaknem a részletekbe menő diagnostikája) jegyzetek alakjában kerültek volna a tankönyvbe. *M.*

Eugen Dühren: Das Geschlechtsleben in England. II. Band. Berlin, M. Lilienthal. 1903.

Az előttünk fekvő második kötetben (az I. kötet e lap hasábjain annak idején ismertetve lett) szerző a külső befolyások hatását a nemi életre fejti ki.

A munkának értéket a művelődéstörténeti kutatás szempontjából az angol előkelő társaságnak, a divatnak, egyes hiresebb szereplőknek széles kortörténelmi háttérrel való festése kölcsönöz, orvostörténeti jelentőségét az aphrodisiák, kosmetikák, magzatelhajtó és titkos szerek akkortájt elterjedt és használt féleségeinek felsorolása és ismertetése, a syphilis első felléptének rajza, Hunter kisérleteinek kimerítő és igen élénk leirása adja meg.

Különálló nagy fejezetet szentel az angoloknál a multban és részben a jelenben is annyira elterjedt flagellomániának, melyet specifikus angol betegségnek tart.

Szerzőnek az első kötet ismertetésénél kiemelt kiváló tulajdonságai, a széleskörű olvasottság, eredeti forráskutatás, rendkivül élénk stylus, előkelő izlés, e kötetben is teljes mértékben találhatók fel.

R—i.

Uj könyvek. *Oppenheimer:* Bewusstsein-Gefühl. Wiesbaden, F. J. Bergmann. — *Mering:* Lehrbuch der inneren Medicin. II. Auflage. Jena, G. Fischer. — *Ritter:* Zahn- und Mundhygiene im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege. Jena, G. Fischer. — *Magnus:* Der Aberglauben in der Medizin. Breslau, J. U. Kern. — *Bäumler:* Die Geschichte des Badewesens. Breslau, J. U. Kern. — *Maas:* Einführung in die experimentelle Entwickelungsgeschichte. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Unna:* Pathologie und Therapie des Eczems. Wien, A. Hölder. — *Henschen:* Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns. Leipzig, K. F. Koehler. — *Wick:* Über die physiologische und therapeutische Wirksamkeit der wärmesteigernden Bäder. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Ivert:* Causeries sanitaires. Tome I. Des applications de la théorie des germes à la médecine, à la chirurgie et à l'hygiène. Paris, F. Alcan. — *Ballet:* Traité de pathologie mentale. Paris, O. Doin. — *Bonic:* De la secretion sudorale dans la tuberculose pulmonaire. Paris, A. Michalon. — *Lefebure:* L'éducation physique en Suède. Bruxelles, A. Lamertin. — *Holmes:* Surgery of the head. New-York, Appleton.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A validolt, a mely mentholnak vegyi összeköttetése valerianasavval, *Kerner* kiterjedten használta mint antinervosumot, antihystericumot, analepticumot és stomachicumot, és eredményei alapján nagyon dicséröleg nyilatkozik róla. A bromkészítményekkel szemben nagyon sok előnye van; így nem okoz depressiót, íze nem rossz, az emésztőszervek nyákhártyáját nem bántalmazza. Szerző szerint mint prophylacticum tengeri betegség ellen is jó szolgálatokat tehet. Körülbelül 15 cseppnyi adagokban rendelendő kevés czukros vízzel. Adható klysma alakjában is. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1903. 29. szám.)

A salocreol salicylsav összeköttetése a kreosot hatékony alkatrészével. Közömbös kémhatású, olajszerű, barnaszínű, csaknem szagtalan folyadék, a melyet Leyden tanár klinikáján próbált ki *Gnezda*. A salocreol külsőleg használandó beecsetelés vagy bedörzsölés alakjában 3—20 gm. napi adagban. Nagyon jó eredményeket érhetni el vele heveny és idült izületi csúz, erysipelas, heveny és idült lymphadenitis eseteiben. Évek hosszú során át fennállott görvélyes mirigyek rendkivül rövid idő alatt visszafejlődnek. Erysipelas eseteiben kétóránként végzendők ecsetelések, legjobban úgy, hogy a környező ép bőrrészleteket belevonjuk. Salocreol használatakor vigyáznunk kell arra, hogy vízzel érintkezésbe ne jöjjön (a bőr teljesen száraz legyen, esetleg előbb alkohollal ledörzsölendő; a csésze, melybe a szert kiöntjük, ne legyen vizes stb.), mert különben emulsio képződik s így a felszivódás akadályozott lesz. Mint minden salicyl-készitmény, úgy a salocreol is szív- vagy vesebaj esetén csak nagy óvatossággal használandó. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 26. szám.)

Sebészet.

Jodoformglycerin-befecskendezéssel meggyógyitott hydrops intermittens esetét közli *Wiesinger*. A 40 éves férfi bal térdizülete 5 év óta 10 naponként lobosan megduzzad, erősen fájdalmassá lesz, a fájdalmak fekvéskor fokozódnak, járáskor inkább enyhülnek. Az egész baj körülbelül 24 óra alatt megszünik. Objective a lob némi tünetein és a tetemes duzzadáson kivül némi dörzsölés a térdizületben található. Mint aetiologiai momentum az egyébként teljesen egészséges egyénnél semmi sem mutatható ki, így rheumatismus és trauma sem; ideges zavarok nincsenek; legfeljebb a 16 év előtt lefolyt szövődménymentes gonorrhoea említhető. Belső szerek (chinin, arsen, jodkalium), valamint különböző bedörzsölések teljesen eredménytelenek voltak. Tekintettel arra, hogy régebben, a mikor mindkét térdizülete volt hasonlóan megbetegedve, az izületek kiöblitése jó eredménynyel járt, a mennyiben a jobb térdben nem jelentkezett többé a baj, a bal pedig 3 éven át maradt a bajtól mentes, szerző az izület punctiójára, utólagos jodoformglycerin-befecskendezéssel, határozta el magát, a mit egy roham alatt végzett. Punctiokor az izületből tiszta, sárgás savó ürült, mely néhány lymphocytát tartalmazott; a bakteriologiai vizsgálat eredménye negativ volt; a befecskendezett jodoformglycerin mennyisége 10 köbcentimeter. A beavatkozást mérsékelt reactio követte, mely hat napig tartott; a megmaradt mérsékelt duzzanat is még rövid ideig tartó massage-t igényelt. Az azóta eltelt öt hónap óta új roham nem jelentkezett. Szerző felemliti *Linberger* dolgozatát, melybe intermittáló izületi hydrops 68 esete van összeállitva s a melyben a különböző gyógyitásmódok hasznát illetőleg a következő adatok találhatók: punctioval és kimosással kezelt 7 eset közül 4 gyógyult, 3 javult; chininnel orvosolt 18 eset közül 2 gyógyult, 2 javult, 14 változatlan állapotban maradt; arsennel orvosolt 14 eset közül 3 gyógyult, 2 javult, 9 változatlan maradt. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 35. szám.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A veronalt különböző okokból eredt álmatlanság mintegy 60 esetében használta *Lilienfeld* és nagyon megbizható, az eddigi hypnoticumokat hatásában messze felülmuló szernek találta. 0·5 grammos adagok, meleg theában vagy tejben bevéve, nagyon gyorsan — körülbelül ¼ óra mulva — teljesen nyugodt, minden kellemetlen mellék- és utóhatástól mentes álmot idéznek elő. Eddig még csak egy esetben észlelt mellékhatást, egy hysteriás nőnél jelentkezett az antipyrinexanthemához hasonló kiütés képében. A veronal a szivre és a légzésre semmiféle befolyást nem gyakorol, még nagyfokú szivincompensatio esetében is bátran adható. Hosszasabb használata esetén sem okoz zavarokat, és a mi különösen kiemelendő, hozzászokás, illetve a hatásnak idővel gyengülése nem tapasztalható. (Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 21. szám.)

Némely morphiumszármazék, főleg a heroin, a dionin és a peronin hatásmódjára nézve végzett állatkisérleteket *Mayor* genfi tanár. Eredményeit a klinikai tapasztalatokkal egybevetve, alábbi következtetésekre jutott: A peronin nagyon kifejezett szivméreg s azért állandó helyet gyógyszereink között nem fog kapni, annál kevésbbé, mert codeinnel és dioninnal jól helyettesithető. A heroin és a dionin ellenben nagyon jól használható szerek. A dionin körülbelül egyenlő értékü a codeinnal, a melylyel szemben előnye, hogy könnyebben oldható. A dionin a psychikai functiókat csak kevéssé befolyásolja; nem okoz euphoriát; morphium-elvonó kúráknál tehát szolgálatokat tehet. Fájdalomcsillapító hatása nem oly gyors és erős, mint a morphiumé; ugyanez mondható a heroinról is, noha ez mégis erősebben fájdalomcsillapító, mint a dionin. Idült esetekben mégis czélszerű előbb a dioninhoz fordulni, annyival inkább, mert aránylag ártalmatlan volta miatt az adagot annyira fokozhatjuk, hogy a fájdalomcsillapító hatás a heroinnal elérhetővel körülbelül egyformává lesz s így az esetleges heroinomania elkerülhető. A légzőszervek megbetegedéseiben a heroin kétségtelenül nagyon jó szolgálatokat tehet, főleg a dyspnoea csökkentése tekintetében. A köhögés leküzdésére is jól használható úgy a heroin, mint a dionin; előbbi inkább a sensitiv központok működésének lefokozása, utóbbi pedig a légcső és a hörgök nyákhártyájában levő sensitiv idegvégződésekre való elective, megnyugtató befolyás útján hat. Hypnotikus hatás tekintetében sem a dionin, sem a heroin nem vetekedhetik a morphiummal. (Therapeutische Monatshefte, 1903. 5. és 6. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 39. szám. *Ifj. Genersich Antal:* Irányzatok az asepsis terén. *Frommer Ignácz:* A bélhuzam sarcomájának néhány esete.

Budapesti orvosi újság, 1903. 27. szám. *Donath Gyula:* Adatok a Quincke-féle lumbalpunctio diagnostikus és therapeutikus értékéhez. *Siklóssy Gyula:* A beteg szem kötözése. *Genersich Gusztáv:* A fertőző bántalmak lappangási időszakának fontosságáról. *Steiner Károly:* A gyermekkori rostonyás tüdőlob kezelése guajacolum carbonicummal. *Neubauer Adolf:* A gyermekek gégepapillomáiról és azok gyógykezeléséről. *Grósz Gyula:* A gyermekkori typhus abdominalisról.

Orvosok lapja, 1903. 39. szám. *Lévai Ödön:* Néhány újabb gyógyszer hatásáról. *Sellei József:* Az eczema kór- és gyógytana.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 39. szám. *Türk:* A lymphomatosisok rendszere. *Zypkin:* Anaemia splenica átmenete lymphocytaleukaemiába. *Stefanovicz:* Adat a pellagra symptomatologiájához. *Merk:* 1. Hosszas olajretentio a húgyhólyagban. 2. Phosphathidrosis esete.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 39. szám. *Schottelius:* A pestis fertőzéskapui. *Geisler:* A hőmérsék és az évszak befolyása a heveny elsődleges glaucoma-roham kitörésére. *Kreutz:* A skiaskopia. *Wiegmann:* Adat a pemphigus vegetans ismeretéhez. *Glück:* Adat a lepra terjedésmódjának ismeretéhez. *Samberger:* Gonorrhoeás izommegbetegedés.

Wiener medizinische Presse, 1903. 38. szám. *Lallich:* Adat az echinococcus-betegség ismeretéhez. *Prengowski:* A tüdőemphysema aetiologiája és prophylaxisa.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 39. szám. *Umber:* Adatok a fehérjék élettanához. *Buschke:* Vizsgálatok az alopeciáról és a bőrbajok localisatiójáról. *Brüning:* A Soxhlet-féle tápczukor. *Rosenhaupt:* Adat a hypophysis daganatainak klinikájához. *Saalfeld:* Adat a nemi bajokban szenvedőkről való socialis gondoskodáshoz.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 39. szám. *Behring:* A tüdőgümőkór keletkezése és a gümőkór leküzdése. *Bassenge:* A typhusbacillus viselkedése a tejben és termékeiben. *Schude:* A Negri-féle lyssa-mikroba. *Tabora:* A chlorbaryum gyógyértéke. *Rose:* A progressiv teljes csontatrophia kezelése. *Dirksen:* Taenia okozta súlyos anaemia. *Leibholz:* Citarin.

La semaine médicale, 1903. 38. szám. *Castaigne* és *Rathery:* A konyhasó-oldatok hatása a vesehámra.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 38. szám. *Barnich:* Az anthrax kezelése oxygennel.

British medical journal, 1903. szeptember 26. A „British medical association" 71. évi összejövetelének tárgyalásai. (Tropusi betegségek és szemészet szakosztályok.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. október 2.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 37. hetében (1903. szeptember 13-dikától szeptember 19.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszületett 429 gyermek, elhalt 252 egyén, a születések tehát 213-tel multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 28·2. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra

16·6, az egy éven felüli lakosságnál: 12·9, az öt éven felüli lakosságnál: 11·9. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 6, gümős agykérlob 3, agyguta 4, ránggörcs 0, terjedő hűdés 8, bátgerinczsorvadás 1, szívbaj 12, hörglob 2, tüdőlob 10, hurutos tüdőlob 2, mellhártyalob 1, tüdővész 44, tüdőlégdag 0, bélhurut 43, májbajok 5, hashártyalob 3, kizárt sérv 1, Brightkór 6, veleszületett gyengeség 11, gyermekaszály 0, aggaszály 10, rák 12, méhrák 4, egyéb álképlet 2, gümős bajok 4, kanyaró 0, vörheny 7, álh. gégelob 1, roncsoló toroklob 2, hökhurut 0, gyermekágyi láz 0, hagymáz 2, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 1, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 3, gyilkosság 0, öngyilkosság 3, baleset 2, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3069 beteg, szaporodás 857, csökkenés 807, maradt e hét végén 3084 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi szept. 13-dikától szeptember 19-dikéig terjedő 37. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 20 (29), vörheny 67 (69), álh gége- és roncsoló toroklob 43 (49), hökhurut 10 (18), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 14 (12), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 18 (7), vérhas 0 (4), orbáncz 21 (18), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 1 (0), trachoma 8 (0), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

∞ **Kitüntetés.** Idősb *Bodnár Sándor* dr. tb. megyei főorvosnak valamint törvényes utódainak ő Felsége régi magyar nemességük épségben tartása mellett az aszalai előnevet adományozta.

⊥ **Kinevezések.** Maros-Vásárhely tiszti-főorvosává *Berger Ferencz* dr. nyugalomba vonulásával, a főispán *Hähn Dávid* dr.-t nevezte ki, tiszteletbeli főorvossá pedig *Weisz Adolf* dr.-t. *Meer Samu* dr. nagyváradi orvost a belügyminister az ottani gyermekmenhely második orvosává nevezte ki.

ⓘ **Felszólítás.** Azon t. kartárs urakat, kik az 1863. év október havában az orvosi tanfolyamra beiratkoztak, kérjük, hogy a tervbe vett 40 éves találkozási ünnepélyen résztvétel czéljából *Klein Fülöp* dr. (VI., Andrássy-út 13. sz.) ügyvivő kartársunkkal érintkezésbe lépni szíveskedjenek. Az *intéző bizottság.*

□ **Magánassistensi állás 800 korona évi fizetéssel** betöltendő a budapesti egyetem *közegészségtani intézetében.* Megkivántatik jártasság chemiai laboratoriumi dolgozatokban. Azok, a kik ezt az állást elfoglalni kivánják, felkéretnek, hogy az intézet igazgatójánál, *Liebermann Leo* egyet. tanárnál jelentkezzenek.

Ugyanezen intézetben egy *gyakornoki állás* van üresedésben, mely *díjazatlan,* de előléptetés esetén ugyancsak 800 korona évi fizetéssel fog járni. Az ezen állásra pályázók szíveskedjenek folyamodványaikat az orvoskari dekáni hivatalnál benyujtani.

△ **Gara Géza** dr. orvosi működését Meránban ismét megkezdette.

§ **Az országos orvosszövetség sorsjátékának** húzását okt. 10-dikén fogják megtartani. A sorsjáték intézősége ennélfogva felkéri mindazokat, kiknél sorsjegyek vannak, hogy azok árát, esetleg az el nem adott sorsjegyeket haladéktalanul küldjék be a sorsjegyirodába, IV., Váczi-utcza 17 szám.

+ **Az orvostanhallgatók segélyző- és önképző-egyesülete** a mult héten tartotta ezidei tisztikar választó közgyülését. Az új tisztikar a következőképen alakult meg: Elnök: Zsigmondy Zoltán; alelnök: Kortsák Rezső; önképző alosztály elnöke: Liebermann Leó; pénztáros: Kern Tibor; ellenőr: Tóthfalussy Imre; I. titkár: Toldy Loránt; II. titkár: Hampel Ferencz; főkönyvtáros: Mező Béla; könyvtárosok: Boytha Lajos és Angyán János; főjegyző: Mitterdorfer Aurél; jegyzők: Bókay Zoltán és Kerlink Károly; háznagy: Zoltán Elek.

= **Az orvoskari tanártestület** legutóbbi ülésén megválaszttattak: *Krompecher Ödön* dr. magántanár adjunctussá a II. kórboncztani intézet mellé (meghosszabbítás); *Horváth Béla* dr. díjazott gyakornokká az élet- és kórvegytani intézet mellé; *Brokés Győző* dr. és *Nádosy István* dr. díjazatlan gyakornokká az I. szülőklinika mellé. *Zsigmondy Zoltán* dr. díjazatlan gyakornokká a II. kórboncztani intézet mellé; *Kallós Arnold* és *Bosányi Andor* III. éves orvostanhallgatók díjazatlan demonstratorrá a II. anatomiai intézet mellé.

ⓘ **Védekezés a pestis ellen.** Tekintettel a pestisnek Marseilleben történt fellépésére, a kereskedelmi minister a Velenczében kötött és törvénybe iktatott nemzetközi egészségügyi egyezmény alapján, a bel-, pénz- és földmivelésügyi ministerekkel, valamint az osztrák kormánynyal egyetértőleg, a következő áruknak és tárgyaknak Marseilleből való behozatalát és átvitelét tiltotta meg, illetve korlátozta:

1. fehérneműek és viselt ruhafélék (használatra szánt tárgyak) és használt ágyneműek. Midőn ezen tárgyak mint úti podgyász vagy lakhelyváltozás miatt szállittatnak (berendezési tárgyak), azok a határlépésnél az egészségrendőri vizsgálatra és eljárásra nézve fennálló külön határozatok alá esnek. 2. Rongyok és papirkészitésre szánt ócska rongyok (drilles), a hydraulikus erő által összesajtolt azon rongyokat sem véve ki, melyek mint áruk nagy csomagokban szállittatnak, 3. Ócska zsákok, szőnyegek, már használt hímzések; 4. nyers bőrök, cserzetlen bőrök, friss bőrök; 5. friss állatti részek, körmök, paták, sörény, szőr, nyers selyem és gyapju; 6. hajak. A felsorolt áruk és tárgyak átvitele az esetre, ha azoknak a szomszédos külföldi átviteli, illetve beviteli területre való beviteli engedélyezését igazolják, mindazonáltal meg van engedve, ha azok űrzár mellett oly módon vannak csomagolva, hogy útközben azoknak mindennemű kezelése lehetetlen. Ezen rendelet azonnal hatályba lép.

✳ **Az 1904. évben Párisban tartandó nemzetközi tuberculosis congressus** magyar nemzeti bizottsága okt. hó 12-dikén tartja meg alakuló ülését.

△ **Fürdőink személyforgalma.** *Szent Lukács-fürdő* IX/25. 861.

× **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** f. é. augusztus havában 269 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (240 magyarországi, 23 horvát és szlavoniai, 5 boszniai és herczegovinai és 1 galiczianyert antirabikus védőoltást. 243 egyént eb, 18-at macska, 1-et sertés, 2-őt ember, 3-at borjú, 1-et nyúl és 1-et majom inficiált. Évi folyó szám: 2031; egyetemes folyó szám: 21,698. Haláleset e hóban nem fordult elő.

+ **Az egyetemi I. számú női klinika** szülészeti poliklinikumának segítségét szept. havában 83 esetben vették igénybe 66 műtéttel.

< **Megjelentek.** *Kőrösy József* dr.: Budapest székesfőváros halandósága az 1901—1905. években és annak okai. Budapest, 1902. — *Grósz Emil* dr.: A trachomaellenes védekezés alapelvei. Orvosi Hetilap, 1903. — Ugyanattól: A sympathiás szemgyuladás. Ugyanott. — Emlékirat az istenes szent Jánosról nevezett irgalmasrend budai kórházának újjáépitése és ünnepélyes felavatása alkalmára. Budapest, 1903.

† **Elhunytak.** *Grünwald Mór* dr. 66 éves korában Belényesen. *Klein Ármin* dr. ezredorvos Budapesten, 30 évi szolgálat után. *Thomas Lajos* dr. 71 éves korában Kőszegen.

Rohitsch-Sauerbrunnban új hydro-, elektro- és mechano-therapeutikus gyógyintézet nyilik meg, melynek terveit a jenai Matthes professor is minden modern kivánalomnak megfelelőnek találta.

A karlsbadi vizek indicatioit és kitünő hatását ma már nemcsak minden orvos, hanem a müveltebb laikus közönség is eléggé ismeri. Ujabban a forrástermékek is nagyon kiterjedt alkalmazásra tettek szert. *A természetes karlsbadi só* — melyet a müvi termékek összetételükben és hatásukban meg nem közelitenek — *kristályos* és *poralakban* kerül forgalomba. A gyomor- és bélbántalmak egész seregénél, számos máj-, epe- és anyagcsere-bántalomnál magában, vagy karlsbadi vízben oldva jó felülmulatlan sikerrel alkalmazásba. A poralakú só előnyben részesül, mert izletesebb és nem folyik szét, mint a kristályos. A sóból czukorral vegyitve *„karlsbadi sprudelpastillák"* készülnek, melyek főleg hyperaciditás eseteiben adagoltatnak. Házi fürdőkúrákhoz a *„karlsbadi sprudellug"*, a *„karlsbadi sprudellugsó"* és a *„karlsbadi sprudelszappan"* alkalmazhatók, ezen segédszerekkel a karlsbadi fürdőzés legjobban pótolható.

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

„Fasor" (Dr. Herczel-féle) **sanatorium vízgyógyintézete.** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimeritő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

Mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Muzeum-körut 2., 1. emelet. (Lift.)
Teljes berendezésü mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. **Testegyenesités.** Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára.) Szénsavas fürdők. Vizgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20.
Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1902. évi deczember havi szakülés.) 630. l. — Szegedi Orvos-egyesület ülése. 640. l. — A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése. (1903. évi szeptember hó 5—10-dikéig.) 640. l.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1902. deczember havi szakülés.)

(Folyt.)

Május 30-dikáig, a szünni nem akaró gyomorégéstől eltekintve, jól érezte magát. E napon reggel már rosszul érezte magát, délután 1/24 órakor már azt panaszolta, hogy hasát puffadtnak érzi s hogy köldöke táján kolikaszerű fájdalmat érez. Vizsgálatnál a hasat tényleg puffadtnak találta, de nyomásra nem nagyon érzékenynek. A meteorismus miatt a máj nem volt jól kitapintható. Tanácsára a beteg ágyba feküdt, aqua carminativat vett és forró borogatásokat alkalmazott. Este nyolcz óráig az állapot nem javult, sőt rosszabbodott, mert az időközönként jelentkező kolikaszerű görcsök bántották a beteget, sőt hányási inger, sőt ismételt hányás is jelentkezett. A görcsök hol rövidebb, hol hosszabb ideig tartottak. Szelek egész délután nem távoztak, de reggel volt még székletéte. Ismételten adott csőrék hatástalanoknak bizonyultak, a forró borogatásokat is Priessnitz-borogatásokkal kellett felváltani, mert vértorlódást és szívdobogást okoztak.

Láz nem volt, az érlökések száma 78. Este 1/211 órakor másfél centigramm morphiumot fecskendezett a beteg bőre alá, mert a fájdalom nem szünt meg s a beteg igen nyugtalan volt.

Másnap délelőtt 1/210 órakor, nyugodtan töltött éj után, a beteg még rosszul van, bár a görcsök kevésbbé erősek s ritkábban ismétlődnek, mint az elmult napon. A hányás megszünt, de a hányásinger még tart. A beteg olykor felböfög, de szelek még mindig nem távoznak, a has még puffadt, de tapintásnál nem fájdalmas. Láz nincs, az érlökés rendes. A colon ascendensnek a colon transversumba való átmeneténél, a máj alatt mintegy gyermekökölnyi, kemény dag tapintható, a melyet könnyen mozgathatott.

A beteggel evőkanálnyi ricinus-olajat vétetett, 12 óra tájban több beöntést adott, de eredmény nélkül. Délután 3 és 4 óra közt a fájdalom ismét hevesebben és gyakrabban jelentkezett. 1/26 órakor egy liter Kaiserbrunn-vízzel adott magas beöntést, de a csövön visszaeresztett folyadék szennyes, sáros volt, de szelet nem indított meg. Közvetlenül ezután ismét másfél liter Kaiserbrunn-vizet öntött be. A beteg a beöntéseket jól tűrte, sőt utánuk jobban érezte magát, mert görcsei csaknem teljesen elmaradtak. 8 órakor este végre bő székletéte volt. Egy igen kemény résznek távozása után, a melyet állítólag még egy kisebb, hegyesebb rész követett, a beteg nagyon megkönnyebbült.

Az ürülékben mintegy kis tyúktojásnyi concrementumot talált, de kisebb részt nem.

A has puffadtsága megszünt s a még délelőtt tapintott dag nem volt többé található.

A talált feketés-barna, kőkemény concreme tumot első tekintetre bélsárkőnek tartotta, de a *Rosenstadt* által végzett vegyi és górcsői vizsgálat kétségtelenné tette, hogy epekő.

A mérsékelt keménységű, gombaalakú kő megszáradva 13·71 gm. súlyú volt és 4·2 cm. hosszú. A megvastagodott rész kerülete 8·3 cm., a vékonyabb részé 6·2 cm. A gombaszerűen megvastagodott rész közepe táján egy szélesebb, mélyebben fekvő sáv húzódik, a mely apró csillámló pontokból áll és elüt a kétoldalt levő málnaszerű lerakodásoktól. A csillámló pontokból képezett sávot nagyító üveggel vizsgálva, a pontok szépen kifejlődött cholesterin-jegeczeknek mutatkoztak, a mit a vegyi és górcsői vizsgálat megerősített. A málnaszerű lerakódások is nagyobbrészt cholesterin-jegeczekből állnak, a melyekkel alaktalan bilirubin van vegyülve. A vékonyabb, homokkőszerű rész szintén cholesterin-jegeczekből és bilirubinmészből áll. A kő különböző részeit, főleg a vörösesbarna részeket sejtes elemekre is megvizsgálták, de az eredmény negativ volt.

Másnap, julius 1-én, a beteg már teljesen jól érezte magát, csak gyenge volt. A colon említett részén azonban még kis nyomást érez. Reggel már a forrásnál itta a Kaiserbrunn-vizet.

Elővigyázatból még visszafektette az ágyba és Priessnitz-borogatásokat tétetett. Az étvágy jelentkezik és önként székürülései vannak. 2—3 nap után elhagyja az ágyat.

A nyomás érzése a colon említett táján, főkép állás és járás közben, még julius 16-dikán is érezhető. Ekkor egy heti üdülésre a teljesen helyreállt beteg, a ki testsúlyából három kgm.-ot vesztett, Marienbadba távozott. Az utolsó vizsgálatnál a májnak nyelvszerű nyulványa még tapintható, bár jóval kisebb és puhább. A gyomorégés még nem szünt meg teljesen.

Az esetben az a figyelemreméltó, hogy ily nagy idegen test tiz évig volt a beteg testében, a nélkül, hogy kellemetlenséget okozott volna, mert kétségtelen, hogy 1892-ben az 5—6 hétig tartó betegséget a már akkor meglevő epekő okozta.

Kezdetben azt vélte, hogy az epekő eltávozása után, a mint azt többször észlelte, a gyomorégés is meg fog szünni, de mert ez a kő eltávozása után, daczára a karlsbadi gyógymódnak és szigorú étrendnek nem következett be, feltehető, hogy a már tiz év előtt lefolyt cholecystitis-cholangitis-perihepatitis lefolyása alatt a gyomorfallal összenövések jöttek létre, a melyek a gyomor falát állandóan vongálják s így állandó ingert gyakorolva, gyomorégést okoznak.

Feltünő a kőnek gombaszerű megvastagodása. Nem valószinű, hogy ez már az epehólyagban jött volna létre, bár a legtöbb szerző szerint az epekövek a bélben nem igen szoktak elváltozni. Megtörténik ugyan, ha több epekő van együtt, hogy azok a bélösszehúzódások következtében összemorzsoltatnak vagy a mi ritkább eset, hogy több epekő összeállása a bél teljes elzáródását eredményezi. Volt eset, hogy az így csoportosult epekövek az intest. jejunumban tömör hengert alkottak s azt teljesen elzárták. Ez a henger kiszáradás után több részre hullt széjjel.

Az, hogy az epekövek növekedhetnek-e a bélben epealkatrészek, főkép cholesterinrétegek lerakódása útján, rendes viszonyok közt kétséges. Ez csak úgy volna lehetséges, ha az epe változatlanul, vegyileg tisztán volna a bélben, a melynek peristaltikus mozgása akadályozza a cholesterin kijegeczedését. A kő növekedésére azonban kedvező a helyzet Schüppel szerint, ha az epekő véletlenül a bélfalnak a papilla duodenalis mellett levő zsákszerű kitüremkedésébe jut, a hol az epe összegyül és pang.

Az ismertetett esetben a kő nem egyszerre jutott a bélbe. Egy ideig csak egy része ért a bélbe. Ha a kőnek megvastagodott része nézett a bél felé, akkor Schüppel ritka esete forogna fenn, de az sem lehetetlen, hogy a kőnek eredetileg vastagabb része vékonyodott el, belenyúlván a bélbe lecsiszolódott.

Az esethez *Berkovits Miklós* fűzött néhány megjegyzést. Szerinte az eset nemcsak a kőnek ritka nagysága miatt érdekes, hanem azért is, mert tanulságos annak eldöntése, hogy a kő hol tartózkodott és hogyan távozott el. Bizonyos, hogy az epehólyagból nem a ductus choledochuson át távozott. Valószinűleg a tiz év előtti roham alkalmával tört át az epehólyag falán, adhaesiv-lobot okozva, belejutott a duodenumba s azóta ennek egyik recessusában tartózkodott. A közeli epehólyagból odajutott epe idézte elő a reárakódásokat.

Előadó előtte szólónak válaszolván kifejti, hogy ma már tarthatatlan az a nézet, hogy a karlsbadi gyógymód elősegiti az epefolyást s ez hajtaná ki az epeköveket. A lobos állapot készteti az epehólyagot összehúzódásra s a kövek kihajtására. Az ismertetett esetben nem lehet megállapitani, hogy a kő hol tartózkodott.

Révész Vilmos szerint a kő valahol be lehetett tokolva és csak most, tiz év után, az újabb lobos folyamat segitette elő a kő áttörését.

Bartha János szerint a karlsbadi gyógymód tényleges mozgásba hozza az epeköveket. Az epe meggyülemlése okozza a pangást és lobot s így a kettőnek combinatioja hajthatja ki a köveket.

2. **Konrád Béla** az októberi szakülésen már bemutatott beteget mutatja be ismét, a kinél azóta **koponya-trepanatiót** végeztek.

A bemutatott 11 éves fiú másfél éve beteg. Betegségének cardinalis tünetei voltak: A jobb facialis centralis typusu hüdése és jobb hypoglossus hüdés, paresis a jobb kézen, továbbá a hüdött területen kezdődő Jackson-féle epilepsiás rohamok. Ezekből arra a következtetésre jutott, hogy az agykéregben, a központi tekervények alsó harmadában valamely körülirt megbetegedés, valószinüleg solitaer tuberculum foglal helyet; megerősitette e felvételt a koponyának e tájon való körülirt kopogtatási és nyomási érzékenysége. Ennek alapján műtéti beavatkozást tartott indikáltnak.

A műtétet a budapesti szent Rókus-kórház I. sebészi osztályán *Fischer Aladár* folyó év október 29-dikén bemutató segédkezése mellett hajtotta végre.

A kérdéses agyrész projectioja a fej bőrére legegyszerűbben igy végezhető: az orrgyököt és a protuberantia occip. ext.-t összekötő vonal felezési pontja mögött 1 cm.-rel van a sulc. Rolando felső vége, maga a sulcus a sagittalis iránynyal előre nyilt 67°-ú szöget képezve halad lefelé 8·5 cm., a koponyán kivül mérve 10 cm. hosszúságban. A barázda alsó végpontjának környéke lett féltenyérnyi terjedelemben feltárva, osteoplastikus koponyacsont resectioval, a dura mater 3/4 körben való bemetszése és visszahajlitása után azonban a lágy agyburkok csekély tejszerű elhomályosodásán kivül egyéb kóros elváltozás az agy felületén nem volt megállapitható; a dura és a bőr-periostcsont lebeny visszavarrásával a műtét be lett fejezve, a seb per primam gyógyult.

A műtét óta a görcsös rohamok lényegesen ritkultak, a mit annak tulajdoníthatnak, hogy a resectio után visszamaradt kisebb anyaghiányok a koponyacsonton (a Doyen-féle fúrótól) a koponyűri nyomásingadozások kiegyenlitődését elősegitik (Kocher elmélete).

Bemutató hangsúlyozza, hogy agylocalisationál mindig készen kell lennünk meglepetésekre és az agybeli topikus diagnostika még csak valószinűségi következtetésekre jogosit, azonban a bemutatott esetben oly nagy valószinűséggel volt a localisatio megejthető, a szóban forgó hely sebészi feltárásra annyira alkalmas és a beteg akkori állapota és előrelátható jövője annyira kétségbe ejtő, hogy a sebészi beavatkozás indicatiojának felállitását a posteriori is jogosultnak kell hogy tartsa.

A posteriori úgy véli, hogy a gócz vagy a kéreg alatti velőállományban foglal helyet és az agy felületén nem volt látható vagy thalamusbeli gócz mimelte a corticalis tüneteket, a mire első előadásában is utalt.

(Vége következik.)

Szegedi Orvosegyesület.

(XXXIX. szakülés 1903. május 13-dikán.)

(Vége.)

Azután felsorolta a Székelyföld ásványvizeit hatáscsoportok szerint, összehasonlítva azokat analytikailag a külföld hasonló hatású már nagy nevet kivivott gyógyvizeivel. Az *égrényes savanyúvizek* csoportjából a *bodoki*, *répáti* és *kászoni* vizeket a vichy-i, giessbübli és a krondorfi vizzel; a hallgatóság között kiosztott analytikai táblákon összehasonlítást téve, őket meggyőzni igyekezett arról, hogy kettedszénsavas natron, magnesium és mész tekintetében a vichy-ivel egy niveaun állnak, de felülmulják a giesshüblit és krondorfit, s valamennyi székely víz egy vonalon áll az utóbbiakkal. Szabad szénsav tekintetében szintén. Különösen figyelmeztette kartársait a kászoni vizek jod- és deget- (kátrány) tartalmára, s azok nagy becsére az emésztőcsatorna és légcső bántalmainál. Az *égrényes sós savanyúvizek* között is a kovásznai Horgos- és Hankó-forrás, továbbá a málnási Mária-forrás is túltesz Ems-en, Gleichenberg-en és Selters-en, stb. stb. A Horgász azt a hatást gyakorolja, a mit Marienbad.

A székely gyógyfürdőket ismertetve a mai neves Előpatak, Tusnád és Borszéken kivül kiemeli Korondot, Homoródot, Málnást, Kovásznát, Torját és Kászont, mint megannyi fürdőpoliklinikát, a hol egyidőben talál gyógyulást a gyomorbajos és csúzos apa, a vérszegény és kimerült anya, az angolkóros gyermek és a bőrbajos, görvélyes testvér. A konyhasós hévvizek között só- és vastartalom, továbbá hőmérsék tekintetében Szováta okvetlenül fel fogja venni Hallal a versenyt. De őszintén kimondja azt is, hogy a kisebb székely fürdőkben comfort nincs, sem titkos turbékolásra való repkény lugasok, de találni ott tiszta parasztházat, hamisítatlan tápanyagot, talál a szem és a szív gyönyörűséget, a lélek emelkedést és enyhületet. Ezért hát e fürdők ma még csak kevésbbé módos, igénytelenebb betegeknek való.

Kelen József (vendég): Mindenben megerősíti Kovács adatait és ajánlja, hogy az elhangzott értekezés sokszorosittassék.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése.

(1903. szeptember 5—10-dikéig.)

I. Belgyógyászati szakosztály.

(Első ülés 1903. szeptember 7-dikén délután.)

Elnök: **Lőte József.** Jegyző: **Szilágyi György.**

(Folytatás.)

Sarbó Arthur: Az „Achillesinreflex diagnostikus jelentőségéről".

Röviden utal azon jelenségre, hogy csodálatos módon ezen inreflex diagnostikai jelentősége teljesen negligálva lett, csak az utóbbi időben fordult ismét feléje a figyelem. Hivatkozik e tárgygyal foglalkozó nagyobb dolgozatára és annak megerősitését képező újabbi vizsgálatokról számol be. A reflex vizsgálati módjául a térdelő helyzetben megejtendő vizsgálati módot ajánlja és csak, ha ez nem jár eredménynyel, vizsgál fekvő helyzetben. Idegegészséges egyéneknél ezen reflex mindig jelen van (429 eset), viselkedése teljesen megegyező a térdreflexével. Azon idegbetegségeknél, melyekben a reflexet közvetítő idegekben, avagy a gerinczagyi reflexáttevődő központban valamelyes bántalomzavar van, az Achillesinreflex is változást mutat. Vizsgálati anyagát **2096** idegeset képezte.

Quantitativ eltérések az egyes idegbetegségek csoportjainál előfordulnak, a nélkül, hogy ennek különösebb pathologiai jelentősége volna; igy a functionalis neurosisok, az alkoholismus, paralysis progressiva és végül a vérszegénységgel járó ideges zavarok mellett az esetek nagy részében ezen reflex is igen élénk, vele párhuzamosan igen élénknek találta a térdtünetet is. A reflex élénk voltának specialis diagnostikai jelentősége azonban nincsen, megtaláljuk azt teljesen idegegészséges egyénnél is, nem egyéb, mint a többi tünettel kapcsolatban a felsorolt betegségeknél előforduló fokozott reflexingerlékenységnek kisérő jele. Ha ezen Achilles inreflexbeli élénkség a lábclonussal kapcsolatosan található, úgy pathologiai jelentősége is van — pyramisdegeneratio jele. Hemiplegia, malum Potti, diplegia cerebralis, myelitis dorsalis, paralysis spinalis spastica, syringomyelia eseteiben leltük fel, ezenkivül lues cerebri és tumor pontis egy esetében — valamennyi esetben a térdtünet rendkivül élénksége is jelen volt.

A csökkenés, illetve teljes hiány irányában megváltozik az Achillesinreflex, ha a reflexet vezető idegek, avagy a gerinczagyi reflexközpont van bántalmazva. Ezen esetekben ép úgy, mint a térdtünetnél, csökkenés, egyoldali vagy kétoldali hiány lehet jelen. Nagyban és egészben az Achillesinreflex teljes párhuzamosságban halad viselkedésével a térdtünettel, de azért vannak esetek, melyekben a betegség különböző stadiumaiban e két reflex különböző módon viselkedik — és ebben rejlik az Achillesinreflex fontos diagnostikai jelentősége.

Vannak gerinczagyi megbetegedések esetei, melyben csak az Achillesinreflex tünik el, a térdtünet pedig megmarad; vannak esetek, melyekben a betegség lefolyásában az Achillesinreflex sokkal előbb tünik el, mint a térdtünet. Igy 142 tabes-eset közül a térdtünet hiányzott, illetve nehezen volt kiváltható *115* esetben, mig az Achillesinreflex 125 esetben mutatta ezen viselkedést. A tabes esetek elég nagy százalékában (13%) az Achillesinreflex előbb tünik el, mint a térdtünet. Hasonlóképp állanak a viszonyok a paralysis progressivát illetőleg — ennél is gyakrabban találjuk hiányzónak az Achillesinreflexet, mint a térdtünetet.

Úgy a tabes, mint a paralysis progressiva korai diagnosisának fontos segédeszköze tehát az Achillesinreflex vizsgálata.

Az Achillesinreflex hiányát találjuk relative gyakran és absolute sokkal gyakrabban, mint a térdtünet hiányát, az alkoholismusnál is. 82 eset közül a térdtünet három esetben volt nehezen kiváltható, egy izben féloldalt hiányzott, míg az Achillesinreflex egy esetben féloldalt, négy esetben pedig kétoldalt nem volt kiváltható. Úgy mint az alkoholismusnál a neuritis jelének tartjuk e reflex hiányát, ugyenezen okból hiányzik az az ischias bizonyos eseteiben, a hol szintén gyakoribb a hiánya, mint a térdtüneté.

Gerinczagyi elváltozások a reflex áttevődése helyén szintén Achillesinreflex hiányához vezetnek, igy myelitis lumbalis két esetében kétoldalilag, poliomyelitis öt esetében féloldalilag hiányzott e reflex. Gerinczagyvelői megbetegedés esetében a térdtünet és Achillesinreflex viselkedésének egybevetése localisatorius értékkel is bir, pl. ha a térdtünet megvan és az Achillesinreflex hiányzik, úgy joggal következtetünk arra, hogy a gerinczvelő azon helye, melyben a térdreflex áttevődik, rendben van, mig az Achillesinreflex áttevődés helye (5. ágyéki és első sacralis gyök magassága Oppenheim szerint) bántalmazva van. Ezen viselkedés gerinczagyi tumorok localisatiojánál jövőben figyelembe lesz veendő.

Összefoglalva a következő tételeket állithatjuk fel:

1. Az Achillesinreflex, úgy, miként a térdtünet, egészséges egyéneknél mindig jelen van; viselkedésük párhuzamos jellegű.

2. Az Achillesinreflex élénksége főleg functionalis neurosisoknál, alkoholismus, progressiv paralysis és anaemia által feltételezett vagy azzal és rossz táplálkozási viszonyokkal járó ideges zavarok mellett fordul elő; de előfordul teljesen idegegészséges egyéneknél is. Kórismészeti szempontból a reflex ezen élénkségének ép oly kevés a jelentősége, mint a térdtünet élénkségének; más ideges tünetekkel való kapcsolódása esetén a fokozott reflexingerlékenységnek támogató jele.

Az Achillesinreflex túlélénksége, lábclonussal kapcsolatban, pyramis-degeneratio jele.

3. Észlelhetők agyi vérzések esetei, melyekben a hűdött oldal Achillesinreflexe már fokozódást mutat, mielőtt még a megfelelő térdtünet ezen fokozódást mutatja; valószinű, hogy egyéb agybántalmaknál (tumorok) reáterelt figyelem mellett hasonló viselkedés lesz észlelhető.

4. Az Achillesinreflex hiányának ugyanazon jelentősége van, mint a térdtünet hiányának, és pedig: *a)* féloldali hiánya ceteris paribus inkább szól neuritis (ischias, neuritis alkoholica, luetica stb.) vagy poliomyelitis mellett (vagy féloldali, disseminált gerinczagyi vagy gyöki bántalom), utóbbi esetben a gerinczagyi reflexáttevődés magasságában székelő bántalmazottság jele; *b)* kétoldali hiánya ceteris paribus tabes és paralysis progressiva, majd polyneuritis és végül myelitis lumbosacralis mellett szól. Utóbbi esetben a térdtünet viselkedésével egybevetve localisatorius jelentőséggel is bir. Megjegyezzük, hogy úgy a tabesnél, mint a paralysis progressivánál a bekezdési szakban féloldali reflexhiány is előfordul.

5. Úgy a tabes, mint a paralysis progressiva nem elhanyagolható számú eseteiben az Achillesinreflex előbb tünik el, mint a térdtünet, úgy hogy vizsgálata e bántalmak korai diagnostizálhatóságát lényegesen előmozdithatja.

6. Az alsó végtagok neuritise eseteiben az Achillesinreflex viselkedése prognostikai szempontból fontos.

7. Vannak esetek, melyekben a térdtünet vizsgálata (túlkövér egyéneknél, nőknél) meg van nehezitve, mig az Achillesinreflex ezeknél is könnyen vizsgálható.

8. Minden neurologiai vizsgálatnál az Achillesinreflex vizsgálata csakúgy megejtendő, mint a térdtünet vizsgálata.

Grósz Gyula: A gyermekkori typhus abdominalis.

Ezen előadásban a Bródy Adél-gyermekkórházban az elmult 6 év alatt észlelt 73 typhus-eset kapcsán tett tapasztalatait úgy a pathologiára, mint a therapiára vonatkozólag előadja. A 73 eset közül 5 elhalt, a mi 6·84%-nak felel meg. A typhus-eseteket, a tünemények intensitását és a lefolyás tartamát illetőleg, 3 csoportba osztja: 1. *Könnyű lefolyású esetek*, ilyen volt 14, a melyekben a lázmenet 8—14 napig tartott. 2. *Középsúlyos esetek*, a melyekben a lázmenet 2—3 hétig tartott. Ezen csoportba tartozik 31 eset. 3. *Súlyos esetek*, súlyos tünetekkel, hosszas lefolyással (a lázmenet 3 hétnél tovább tartott); többnyire complicatiókkal voltak egybekötve. Ilyen eset volt 28. Az 5 elhalt eset közül csak 4 esetben végezhettek bonczolatot, a mely értékes adatokat derített fel. Ezek után az egyes klinikai tüneményeket tárgyalta, különösen behatóan a lázmenetet, továbbá a szövődményeket, ezek között figyelemre méltók a súlyos psychikus zavarok, pneumoniák és a bőrön észlelt genyedő folyamatok. Recidiva 8 esetben lépett fel, ezek közül 1 halálosan végződött. Végül előadó a therapiára vonatkozó tapasztalatait behatóan tárgyalta.

Gerlóczy Zsigmond: Előadó említette volt, hogy a Widal-féle reactiót exercitii causa végezik, és azt is mondotta, hogy a Widal-reactionak különben sem tulajdonit nagy diagnostikus értéket. Erre vonatkozólag az előadóval szemben ellentétes nézete van. Épen a gyermekkori typhosus megbetegedésekben van különösen értéke a Widal-reactionak, mert gyermekeknél positiv reactio legnagyobb valószinűséggel szól typhus mellett olyan kétes esetekben, a melyekben a typhosus lázakon kivül más jellegzetes symptoma typh abd.-ra nincsen; értékes ez azért, mert a positiv reactio gyermekbetegnél csak a legritkább esetben lehet következménye egy már régebben lefolyt typhus abd.-nak. Szóló a székesfővárosi szt. László-kórházban, ha jól emlékszik 1897 óta, minden typhosus betegnél kivétel nélkül végeztette a Widal-féle reactiót, és ha nem is mondhatja azt, hogy az feltétlenül biztossá teszi a diagnosist, a sok száz esetben végzett reactioból azt a következtetést határozottan meri állitani, hogy a Widal féle reactioban a typhus abd. diagnosisának igen értékes segédeszközével rendelkezünk, a melyet tehát kórházi beteganyagon okvetlenül alkalmaznunk kell. Ha előadó nem csupán exercitii causa fogja alkalmazni a reactiót, hanem minden egyes *typhosus* megbetegedés esetében, származzék az typhus abdominalistól, meningitistől vagy más, mikroorganismusoktól előidézett lázas megbetegedésektől, úgy bizonyára meg fog győződni arról, hogy épen a gyermekkorban észlelhető ilyen lázas megbetegedésekben nagy értéke van a reactionak, a melynek azonban conditio sine qua non-ja az, hogy minden tekintetben kifogástalan bouillon álljon rendelkezésünkre és hogy egyebekben is a reactio végzésének szigorú szabályait szemünk elől ne tévesszük.

Vas Bernát csatlakozik Gerlóczy véleményéhez a Widal-féle reactio értékét illetőleg. Különösen hangsúlyozza annak fontosságát a gyermekgyakorlatban, a hol esetleg egy enyhén lefolyt esetben a kétes diagnosist biztossá tenni képes, a mi egyebeken kivül a megszabandó diaeta szempontjából igen fontos. A kivitelnél fontos az, hogy friss culturát használjunk és hogy a vérserum higitását lehetőleg quantitative végezzük.

Benedict Henrik: Az előtte történt felszólalásokhoz kiegészitésképen hozzá akarja tenni, hogy a Widal-féle reactiót hosszabb időn keresztül kell végezni, mert néha ezek a betegség vége felé, sőt bizonyos esetekben csak a recidiva alkalmával lép fel. Mennyire fontos a reactio, mutatja azon érdekes boncz lelet, melyben endocarditis ulcerosa lett kimutatva; a typhusra való kórboncztani jelek, melyeket az előadó felemlített, igen sokértelmüek és tekintettel arra, hogy a typhusos ulcerosus endocarditisek felette ritkák, a diagnosisnak lehető correct kivitele az összes rendelkezésünkre álló műszerek igénybevétele mellett felette kivánatos lett volna. Kérdi, végeztetett e legalább post mortem az endocarditis bakteriologikus vizsgálata? A Widal-féle reactio néha azokban az esetekben negativ, melyekben nem typhusbacillusok, hanem paratyphusbacillusok okozták az infectiót; ilyenkor a paratyphusbacillusok agglutináltatnak, a typhusbacillusok nem. A paratyphus klinikájának megállapitása is kivánatossá teszi, hogy klinice vezetett osztályokon a reactio rendszeresen végeztessék.

Purjesz Zsigmond: Azt hiszi, hogy előadó félre lett értve, mivel ő nem mondotta azt, hogy a Widal-reactio értéktelen diagnostikai szempontból, ezt ő sem helyeselné, de másrészt azt sem erősitheti meg, hogy Widal-reactio nélkül nincsen typhus. Mert bármily értékes jel is a Widal-reactio, mégis kénytelen azt mondani, hogy észlelt typhuseseteket, melyekben a reactio ismételten lett negativ eredménynyel végezve, noha a sectio is igazolta a többi jellegzetes tünetek alapján felállitott kórismét. Ebből azonban nem az következik, hogy a Widal-reactio nem volna felette fontos diagn. jel, hanem az, hogy ez is olyan tünet, mely egyszer-máskor hiányozhatik.

Torday Árpád: A Widal-féle reactiót nagyon fontos diagnostikai momentumnak tartja, a melyet a II. belgyógyászati klinikán minden typhusra gyanus esetben végeznek. A melyeknél a lelet negativ s a klinikai tünetek alapján typhusra kell tennünk a diagnosist, a vérserum agglutináló képességét újból és újból megvizsgáljuk s alig tud olyan esetről, a melynél később nem lett volna a lelet positiv.

Grósz Gyula: Az idő rövidsége miatt a felszólalóknak csak röviden válaszol. Mindenekelőtt kijelenti, hogy *Gerlóczy* — úgy látszik — nem értette meg előadót, a mennyiben csak azt állitotta, hogy a Widal-reactio némely kétes esetben negativ eredményű volt. Nagyon is fontosnak tartja a Widal-reactio megkisérlését. Ugyanezt válaszolja *Vas*-nak, a ki szintén félreértette előadót. *Purjesz* helyesen fogta fel azt, a mit előadó mondott. Tény az, hogy többször kell megejteni a Widal-reactiót és friss anyaggal kell dolgozni. *Benedikt*-nek pedig azt mondja, hogy az endocarditis csak mint complicatio lépett fel és a bonczjegyzőkönyv ismételt felolvasásából kitünik, hogy a typhus felvétele kórboncztanilag is igazolva lett.

Benedict Henrik: Félreértett szavai helyreigazítása czéljából említi, hogy a szóban forgó eset bonczjegyzőkönyvében az előadó nem tett említést a typhusos ulcusokról. Scepticismusa tehát jogos volt.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

Az Erzsébet Királyné-Sanatoriumban a II. segédorvosi állásra pályázat hirdettetik. Az állás javadalmazása évi 1200 korona fizetés, szabad lakás a sanatoriumban és teljes ellátás. Az állásért pályázó orvosdoktorok folyamodásaikat folyó évi **október hó 15-dikéig** a „Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesületé"-nek titkárságához (Budapest, VI., Andrássy-út 46) nyujtsák be.

Az Erzsébet Királyné-Sanatorium Igazgatósága.

187/1903. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál egy 800 korona évi fizetés, egy szobából álló butorozott lakás, fütés, világitás, teljes élelmezés és kiszolgálással javadalmazott **segédorvosi állás** lemondás folytán megüresedett.

Felkérem a t. pályázni óhajtó orvostudor, esetleg szigorló orvos urakat, hogy pályázati kérvényüket hozzám **1903. évi október hó 10-dikéig** adják be.

Nagy-Várad, 1903. szeptember hó 30-dikán.

Fráter Imre dr.,
a biharvármegyei közkórház igazgató-főorvosa.

2706/903. sz.

Arad vármegye eleki járásához tartozó **Ottlaka** községben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 1600 korona fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási dij, a halottkémlésért pedig 40 fillér. A vágatási biztosi teendők elvállalása esetén a szokott dijazás.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy kérvényüket, melyhez az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló, valamint eddigi alkalmaztatásukról és nyelvismereteikről szóló okmányok mellékelendők, hozzám **október 14-dikéig** terjeszszék be.

A választás október 15-dikén délután 4 órakor fog megejtetni.

Elek, 1903. szeptember 29-dikén.

Salacz, szolgabiró.

4052/1903. sz.

Borsod vármegye miskolczi járásához tartozó **harsányi körorvosi állás** elhalálozás folytán megüresedvén, annak betöltésére ezennel pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket **folyó évi szeptember hó 30-dikáig** annál is inkább nyujtsák be hozzám, mivel a később beérkezettek figyelembe vétetni nem fognak.

A körorvosi állás javadalmazása áll: 1459 korona 14 fillér évi fizetésből s ezenkivül a szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijakból. A fizetés előleges negyedévi részletekben a miskolczi m. kir. adóhivatalnál vehető fel.

A körhöz tartozó községek Harsány székhelyen kivül: Aranyos, Kis-Győr, Geszt és Vatta.

A választás folyó évi október hó 8-dikán délelőtt 9 órakor Harsány községházánál fog megtartatni.

Miskolcz, 1903. évi szeptember hó 10-dikén.

3—3 *Nagy Imre*, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
azonnal	alorvos	Budapest-Bethesdakórh.	800 k., ellátás	Igazgatóság.
okt. 4	közs. o.	Gyimesbükk	1800 k.	Fehér Sándor fszb., Csikszereda.
„ 5	körorvos	Lébeny (Mosony)	1000 k., 360 k. lakbér, 400 k. uradalom, 400 k. mint vágóbiztos, 240 k. betegs. pénztár.	Hegyi főszolgabiró, Magyar-Óvár.
„ 14	körorvos	Makfalu	1600 k., 400 k. úti át.	Nagy József fszb., Nyárád-Szereda.
„ 15	körorvos	Krajna	1824 k. 80 f., kézi gyógytár	Vinkler főszolgabiró, Miava.
„ 15	körorvos	Kápolna	1200 k.	Héringh főszolgabiró, Eger.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, **húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál,** továbbá a **légző- és emésztési** szervek **hurutainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás Igazgatóságánál Eparjesen.

Értékes régi orvosi műszerek, bútorok eladók.

Czim: Lefkovits Arthur, órás, Debreczen.

CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymi „BAYER".)

Szamárhurut, gégefő és bronchialcatarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készitő

BAYER ANTAL gyógyszerész,

BUDAPEST, VI., Andrássy-út 84

Minden gyógyszertárban kapható. — Ára 1 korona 40 fillér.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Pénzt, sok pénzt,

havonként 1000 koronáig kereshet mindenki tisztességesen minden szakismeret nélkül. Küldje be czimét „E. 91“ jelige alatt a következő czimre: **Annoncen-Abtheilung des „Merkur“ Mannheim,** Meerfeldstrasse.

Dr. Römpler-féle sanatorium

tüdőbetegek részére Görbersdorf (Szilézia).

Vezető orvos: **Dr. Joel.** Elsőrangú intézet remek hegyi fekvéssel, a modern hygiena minden kényelmével berendezve. **Központi fütés, villamos világitás. Lift.** Képes prospektusok.

Nyári és téli kúra. Magyar orvos: **Dr. Bozóky.**

Védjegy:

CHINOSOL **D. R. P. 88.520. sz.**

1, 1/2, 1/4 gr. tablettákban és poralakban.

Kitünő sikerrel alkalmaztatott a transvaali háborúban!

A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.

Gyorsan ható **stypticum** és **váladékmegszorító**

(l. „Deutsche Med. Wochenschrift“ 1901. 33. sz. 566. oldal).

Javallatok: **Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, nemi** és **bőrbajok, torok-, orr-** és **fülbetegségek, antiseptikus irrigatiók, prophylaetikus gargarizálás, a kéz fertötlenitése, a betegszobák fertötlenitése részére,** továbbá **pathisis, gümökór, lepra** stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagybani eladásra Ausztria-Magyarország részére:

WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.

Xeroform

A jodoform jó és olcsó pótszere.

Használatnál szagtalan, méregtelen, még nagyobb adagok belső használatánál is, mint bélantisepticum. Fájdalom- és vérzéscsillapító, nem izgat, nem okoz izzagot. Szagtalanítja az eves váladékot, kitünően szárit és gyorsan csökkenti a genyképződést. Kitünően szárit- és felhám képzésében felülmulhatatlan. **Specifikus hatást gyakorol ulcus cruris és nedvező eczemáknál** (intertrigo stb.). **Bruns-féle Xeroform-kenőcs!** (4 OH)

Minták és irodalmi közlemények költségmentesen:

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Tamar Indien Grillon

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

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

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyösen alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemü drastikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készitve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A **Tamar Indien Grillon** Franczia-ország első tekintélyei által javaltatik s a budapesti egyetemi tanárok, s elökelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-u. 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Dr. Brehmer-féle

gyógyintézet tüdőbetegek számára

Görbersdorf—Schlesien.

Főorvos: **Dr. v. Hahn.** — **Prospektusok ingyen.**

CARBONID. Szénsavas fürdősó.

Dr. BUDAI EMIL gyógyszerésztől BUDAPESTEN.

(Magyarországban, Ausztriában és Németországban szabadalmazva.)

A **CARBONID** fürdősóval, bárki is, minden segédkezés nélkül önmaga, tetszés szerinti erősségben állithatja elő szénsavas fürdőjét. Ajánlva **neurastheniánál, szivbántalmaknál** és rheumánál. Egy közepérősségü fürdő **2** koronába jö.

Kapható Budapesten a „Városi gyógyszertárban“ Váczi- és Kigyó-utcza sarok.

LASSNITZHÖHE G az mellett, az államvasút mentén, **gyógyintézet** egész éven át nyitva, remek fekvés, nagy erdök, dús gyógyeszközök, összes vízgyógymód, villamos kezelés, massage, inhalatio, diaet- és terepkúra; fény-, lég- és napfürdök, Fangogöngyölések, szénsavas fürdök stb. Állandó orvos, jó ellátás olcsó árak mellett. Idegbajosok és belbetegek és füdülök részére. A dependancokban **nyári lakások** is kiadatnak. Bövebb értesitést ad a **kezelőség** vagy a vezető főorvos **Dr. Miglitz,** Graz, Albrechtgasse 9.

Vegyi, górosövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvétetnek férfi- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hizlaló kúrák; tabeses betegek gyógyitása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetése alatt. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy specziálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis

Kapható minden gyógyszertárban.

Keleti J. orvosi műszergyáros **BUDAPEST.**

Főraktár: **IV., Koronaherczeg-utcza 17. szám.**

Gyár: **Központi városháza.**

Ajánlja legújabb szerkezetű orvosi műszereit,

elismert legjobb kivitelben, legolcsóbb árak mellett!

Kezdő orvos uraknak teljes műszerberendezéseket szállit részletfizetés ellen.

Eszközök javitásai, nikkelezései, müköszörülései jutányos áron elvállaltatnak.

Legújabb 1903. évre szóló árjegyzék ingyen és bérmentve.

! Pártoljuk a magyar ipart! Ár és minőség fölülmúl minden külföldi gyártmányt. !

Negyvenhetedik évfolyam. 41. szám. *Budapest, 1903. október 11.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Zirkelbach Antal: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) Az echinococcus-tömlők punctiojának veszélyeiről. 642. lap.

Friedrich Vilmos: A hernia epigastricáról belgyógyászati szempontból. 644. lap.

Gergő Imre: A malaria-parasiták endogen fejlődési menete, észlelt esetek kapcsán. 646. lap.

Ónodi Adolf és **Zirkelbach Antal**: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) A szagláshiány kórtanáról. 647. lap.

Tárcza. Szegedy-Maszák Elemér: A bruxellesi nemzetközi hygieniai és demographiai congressus. 650. lap.

Közegészségügy. A pestis behurczolásának megakadályozása végett elrendelt forgalmi korlátozások. 650. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Marikovszky György**: A dysenteria aetiologiájáról. 650. lap. — *Könyvismertetés. Havelock Ellis*: Das Geschlechtsgefühl. Eine biologische Studie. (Ráskai.) — *Lapszemle. Belgyógyászat. Tallqvist*: A diabetes insipidus gyógyitása. — *Hágyszervi betegségek. Francis Munch*: A prostatectomia állása az Egyesült-Államokban. (Picker Rezső.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Manasse*: Ferratose és jodferratose. — Theocin. — *Folyóiratok átnézete.* 652—653. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetések. — Kinevezés. — Balog Lajos. — Oklevél bemutatás. — Hőgyes tanár Pasteur-intézete. — A budapesti általános poliklinika. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Megjelent. — Elhunyt. 653. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Az echinococcus-tömlők punctiojának veszélyeiről.

(Két eset kapcsán.)

Irta: *Zirkelbach Antal* dr., tanársegéd.

Az alábbiakban mélyen tisztelt főnököm, *Kétly* tanár úr szíves megbizásából óhajtom, részint a vezetése alatt álló klinikán szerzett tapasztalatok, részint irodalmi adatok alapján az orvos urak figyelmét felhivni ama veszélyekre, a melyekkel az echinococcus-tömlők próbapungálása járhat.

A szervezetben székelő echinococcus-tömlők előfordulási helyüket tekintve legtöbbször a májban (50%), vesékben (29%), koponyűrben (7·5%) és tüdőkben (7·4%) fordulnak elő, mint ezt *Neisser*-nek 900 esetből összeállított statistikája bizonyitja. A test eme különféle organumaiban elhelyezett tömlők kórismézése gyakran már a körelőzmény kellő méltánylása s a physikalis vizsgálatok alapján nyert tünetek mérlegelése által is nagy valószinűséggel történhetik, biztos, minden kétséget kizáró diagnosis azonban csakis a tömlő próbaszúrcsapolása után és alapján állítható fel (feltéve persze, hogy ez helyzeténél fogva eme beavatkozásra hozzáférhető), mert mint ismeretes, az echinococcus-tömlők tartalmának vannak oly physicai és chemiai tulajdonságai, melyek a féregre jellegzetesek s melyek annak jelenlétét biztonsággal mutatják.

Igy tudjuk a hólyagba zárt folyadékról, hogy az rendszerint viztiszta, kissé opalizáló, többnyire közömbös vegyhatású, alacsony, 1009—1015 fajsúlyú és benne górcső alatt az echinococcusra kiválóan charakteristikus részek, scolexek és horgok láthatók, melyek az elhalt féregtől származnak. Ha most a tömlő tartalmát chemiai vizsgálatnak vetjük alá, úgy azt fogjuk találni, miszerint a folyadék bőven tartalmaz konyhasót, míg fehérjét nem, vagy legfeljebb csak nyomokban, további alkotórészként a borostyánkősavat lelhetjük fel, még pedig részint tisztán, részint natriumhoz vagy mészhez kötve, kimutatható még benne inosit, ritkábban leucin, tyrosin és cholestearin.

A buroktömlőnek próbaszúrcsapolása azonban korántsem közömbös a betegre nézve, mert a beavatkozást, mint egyáltalában a tömlő minden sérülését, az esetek túlnyomó többségében többékevésbbé komoly mellékjelenségek szokták kisérni. Egyik leggyakoribb melléktünet, mely a tömlő próbaszúrására felléphet, a köztakarónak egy urticariaszerű kiütése, máskor a sérülést heves fájdalmak, hőemelkedések, hányás, dyspnoë, ájulás, collapsus követheti. Még súlyosabb complicatio szokott az eredménye lenni annak, ha a beszúrás alkalmával levegő s ezzel együtt bacteriumok jutnak a tömlőbe, ezek behatására azután a cysta benneke bomlik, zavarossá, esetleg genyessé alakul át s úgy a cystában, mint kiszivárogva a környéken is gyuladások (pl. peritonitis), genyedések keletkezhetnek, melyek végeredményükben halálhoz vezethetnek. Egy még további veszélyt az által rejt a tömlő megszúrása magában, hogy az utószivárgás lehetővé teszi az echinococcus csiráinak intraperitonealis szétterjedését s ez által új hólyagok képződését. Erre először *Volkmann* hivta fel a IV-dik berlini sebész-congressuson az orvosok figyelmét s azóta számos klinikus megfigyelése megerősíté azt. Igy *Pean*, azután *Riemann*, ki négy a peritoneumon székelő multiplex echinococcus esetét irja le, melyekről ki volt mutatható, hogy azok egy elsődleges májtömlőből akként keletkeztek, miszerint punctio útján jutott a kórokozó csira a hasűrbe s ott újabb fertőzést hozott azután létre. Hogy a peritonealis űrbe jutott echinococcus-folyadék ott valóban új hólyagcsák képződésére vezethet, azt a klinikai tapasz-

talatok mellett *Alexinsky, Garré* állatkisérletei is bizonyítják minden kétséget kizárólag, az említett két búvár u. i. a tömlő bennékét állatok hasüregébe injiciálta s ez által ott tömlők képződését volt képes előidézni.

Az eddig leirtakon kivül van azonban még a tömlő punctiojának egy szerencsére csak ritkán előforduló, de igen súlyos következménye, s ez az, mikor a punctiót azonnal vagy rövid idő elteltével a beteg elhalálozása követi. Az irodalomban csak kevés erre vonatkozó eset van felemlítve, nevezetesen *Jenkins* említi, hogy egy betege a tömlő megcsapolása után collapsus tünetei közt hirtelen halt el, hasonló történt *Martineau* egy betegével is, csakhogy ez még a punctio közben exitált syncope folytán, *Bryant*-tal pedig ama malheur esett meg, miszerint egy a hasban székelő echinococcushólyag csapolása alkalmával a verőczeret is megsértette s a patiens 5 percz leforgása alatt epilepsiaszerű görcsök kiséretében hunyt el. Az előbbi két esetben az autopsia semmi positiv elváltozást sem tudott halálokul kimutatni, míg az utóbbiban a cystában jelentéktelen vérömlenyt találtak, e mellett azonban a verőczér olyan sérülését is észlelték, mely lehetővé tette azt, hogy a beszúrásra használt stilet visszahúzása után a cysta tartalma a sérült verőczérbe folyhatott.

A tömlő falának azonban nem minden sérülése complicálódik az említett kellemetlen melléktünetek egyik vagy másikával, hanem mint *Förster, Imrédy, König* stb. közlései bizonyítják, még a hasürbe nagyobb mennyiségben ömlő cysta-folyadék mellett is felgyógyulhat a beteg, számos esetben pedig, mint a tapasztalat mutatja, a kiszivárgó folyadék egyáltalában nem okoz semmiféle objectiv vagy subjectiv tünetet. Hogy azonban az echinococcustömlők próbacsapolását legtöbbször mégis csak kisebb-nagyobb kellemetlenségek kisérik, annak igazolására felemlítem, hogy *Korányi Frigyes* 18 punctio közül 6 izben urticariát, 8 izben pedig 2—8 napig tartó lázat látott fellépni, *Imrédy Béla* pedig a II. belklinikán az általa végzett 11 punctio közül complicatioktól ment lefolyást csak 4 esetben észlelt, míg a többi 7 esetben láz, csalánkiütés, fájdalmak, egyszer pedig körülirt hashártyagyuladás kisérte a beavatkozást. Mi a II. sz. belklinikán 1897 óta újból 11 echinococcusban szenvedő betegnél végeztünk próbaszúrcsapolást (ezek közül 4-szer a tüdőben, 7-szer pedig a májban székelt a tömlő), közülök 6 esetben simán ment a dolog, három izben csak kis, néhány napig tartó hőemelkedést láttunk, két esetben azonban, mint az alább közölt kórrajzaink is igazolják, igen súlyos következményei voltak beavatkozásunknak.

Ha már most felvetjük ama kérdést, hogy mi okozza az echinococcus-tömlők punctioját követő ama complicatiokat, melyek egyes esetekben a szervezetben csak enyhébb (láz, urticaria), más esetekben súlyosabb (dyspnoë, collapsus stb.) reactio képében lépnek fel, úgy klinikai tapasztalatok és állatkisérletek alapján fel kell vennünk azt, hogy magában az echinococcus tömlőjének folyadékában kell lenni oly toxikus anyagoknak, melyek felszivódásra jutva, képesek mérgező voltuknál fogva a már említett kellemetlen tüneteket létrehozni. Hogy eme állitás megfelel a valóságnak, annak bizonyitására szolgál *Humphry* kisérlete, ki állatokon mutatta ki a cysta-folyadék mérgező voltát. *Debove* ugyanezt embereken észlelte, ő u. i. átszürt echinococcus folyadékot injiciált subcutan emberekbe s azokon nem sokára urticariaszerű bőrkiütéseket látott fellépni. *Mourson* és *Schlagdenhauffen* bárányok echinococcus-folyadékában mérges ptomainokat mutattak ki, *Brieger* is talált a tömlő folyadékában egy bizonyos anyagot, mit, ha egerekbe fecskendett, úgy azok rövid kinlódás után eldöglöttek.

Az elmondottak alapján tehát állithajuk, miszerint az echinococcus-folyadék tényleg tartalmaz toxicus anyagokat, melyek, ha a tömlőből akár müvi beavatkozás, akár spontan megrepedés folytán kiszabadulnak, úgy mérgezési tüneteket képesek előidézni, de, mint a tapasztalat mutatja, nem minden esetben. Ennek okát abban keresem, miszerint a folyadék toxintartalma s mérgezőképességének intensitása nem egyforma, hanem hol nagyobb, hol kisebb, de a mellett számba kell venni az egyén ellentállási képességét is annyiban, hogy egyesek talán nagyobb ellentállási képességgel birnak a méreggel szemben, mint mások. Nem lehetetlen végül *Linossier*-nek ama felvétele sem, hogy a toxinképződés a tömlő fejlődésének bizonyos fokához van kötve. (A párisi Société médical des hôpitaux 1901. deczember 7-diki ülése.)

Az alábbiakban két a II. sz. belklinikán eszközölt és súlyos tünetekkel járó próbacsapolás lefolyását ismertetem, melyek egyike a tüdőben, a másika pedig a májban székelő echinococcus tömlő csapolását követte. Az első esetet *Kétly László* dr. a budapesti orvos-egylet egyik 1902-ben tartott ülésén referálta, míg a másik a f. év május havában került észlelésünk alá.

Az első esetben a 36 esztendős, erősen lesoványodott s nagy fokban vérszegény beteg 1902. január 30-dikán kereste fel a II. sz. belklinikát ama panaszszal, miszerint 1896 óta köhög, több izben vért köpött s igen elgyengült. Utólag azt is említé, hogy jobb mellkas felében erös szúrásai s tompa fájdalmai vannak.

A beteg megvizsgálásánál *Kétly László* dr. tanársegéd azt találta, hogy a jobb mellkasfél középső és alsó része tágabb, mint a balé (a jobb mellkasfél tágulata a bimbó alatt 4 cm.-nél volt nagyobb) s hogy e részek a légzésnél elmaradnak. A mellkas kopogtatásánál a jobb tüdőcsúcs felett tompulatot észlelt, mely hátul a lapoczvonalban a IX., mellül pedig a II. bordáig terjedt, a hol a tompa hang metallikus szinezetű tompult dobos hangba ment át. A III. bordától lefelé mellül s oldalt is, ismét absolut tompa hangot kapott. A tompulat felett a légzés, a pectoral fremitus s bronchophonia hiányzott. A jobb tüdőcsúcs felett a határozotlan alaplégzés mellett néhány szörcszörej volt hallható. A bal tüdő ép. Szív kissé áttolva; hangjai tiszták. A has a rendes viszonyoktól csak abban tért el, hogy a máj mintegy két harántujjnyira le volt tolva. Vizelet rendes; köpetben Koch-féle tuberculosisbacillusok nem voltak fellelhetők.

A tompulat még az nap a scapularis vonal táján a jobb VII. bordaközben meg lett próbapungálva, melynek eredménye egy konyhasót bőven, fehérjét csak alig kimutatható mennyiségben tartalmazó, víztiszta, 1011 fajsúlyt mutató folyadék volt. 1902. február 1-jén délelőtt 10 órakor az echinococcus-tömlő helyének s nagyságának pontosabb megállapítása czéljából újabb punctio s ekkor 1700 kcm. víztiszta, kissé opalizáló, echinococcus horgokat, konyhasót bőven tartalmazó folyadék ürült ki, mely után a jobb mellkasfélben fennállott physikalis viszonyok akként változtak meg, hogy hátul a tompulatot dobos kopogtatási hang váltotta fel, s hogy a beteg erősebb megrázásánál hippokratesi locsocsanás volt hallható. Miután pedig a beteg köpetében echinococcus-horgok voltak kimutathatók, fel kellett vennünk, hogy az echinococcus-tömlő a hörgökkel is közlekedett.

A beteg légzési nehézségei a punctio után főleg a déli órákban fokozódtak, fulladt, hányási ingerek lepték meg, ajkai cyanoticusak lettek, ütérlökése szapora és felületes. A patiens állapota a délutáni órákban mind súlyosabbra fordult, somnolentia, hőemelkedés (maximum 39° C.) lépett fel s este 7 órakor meghalt. A sectio a jobb tüdő alsó lebenyében székelő s a hörggel közlekedő egy nagy tömlőből álló echinococcust mutatott ki, pneumothoraxnak vagy tuberculosisnak nyoma sem volt. Halál okul semmi biztosat sem lehetett kimutatni.

Második esetünk egy 25 esztendős férfi-betegre vonatkozik, ki 1903. május 7-dikén vétetett fel a klinikára a következő panaszokkal:

Betegsége 1902. márcziusban kezdődött, mikor is jobb oldalán főleg a bordaív alatt szúrások s tompa fájdalmak léptek fel, e mellett soványodik, gyengül, az utóbbi hónapokban hasának felső részében a jobb bordaív alatt egy lassan növekedő daganatot vesz észre.

Felvételkor a középtermetű, mérsékelten táplált s fejlett férfi beteg bőrét, köt- s nyákhártyáját halványnak, a bőr alatti zsirszövetet pedig megfogyottnak találtuk. Izomzat közép térfogatú s tömöttségű, csont-izületrendszer ép. Érzékszervekben eltérés nincs. A jobb mellkasfél alsórésze tágabb a túloldalinál, a bordaközök szélesebbek s e rész a légzésnél elmarad. Kopogtatásnál a jobb tüdő alsó határát a szegy melletti s bimbóvonalakban az V., a középső honaljvonalakban a VI., a lapoczvonalban a IX., a gerincz melletti vonalban pedig a X. borda alsó szélénél találtuk. A bal tüdő határai a normalistól eltérést nem mutattak, a tüdők felett sejtes alaplégzés volt hallható. A szivcsúcslökés a bal V-dik bordaközben a bimbóvonalban volt tapintható. A szívcsúcslökés felső határa a IV. borda, befelé a bal szegyszél, ki- és lefelé a csúcslökés. A szív s nagy edények hangjai tiszták.

Maga a has egyenlőtlenül előredomborodó, a mennyiben a jobb epi- és mesogastrium erősebben kitöltött, mint a bal. Az előredomborodásnak megfelelően egy a jobb bordaiv alul kiinduló, a légzési mozgásokat jól követő képlet tapintható, mely képleten a meghosszabbított bimbóvonalban egy gyermekökölnyi, hullámzást mutató kidomborodás van, ettől eltekintve a terimenagyobbodás sima felületű, középtömött,

legömbölyített szélű s alsó határa a bimbóvonalban hat harántujjnyira van a bordaív szélétől. A lép felső határa a bal középső honaljvonalban a IX. borda, alsó széle mély légvételnél sem tapintható. Vizelet rendes.

A beteg felvétetve a klinikára, május 7—15-dike közt jól érezte magát, hőemelkedései nem voltak, oldalszúrásai pedig Priessnitz-borogatásra enyhültek.

A beteg május 15-dikén a meghosszabbított bimbó és szegy melletti vonalak között, a bordaív alatt, a fluctuatio legkifejezettebb helyén meg lett próbapungálva s ez alkalommal víztiszta, kissé opalizáló, 1009 fajsúlyú, konyhasót bőven tartalmazó folyadékot nyertünk. A punctio után a beteg hirtelen rosszul kezdte magát érezni, hányási ingerek lepték meg, majd eszméletét elvesztve, légzése kihagyóvá, pulsusa pedig filiformissá lett, végtagjai, orra, fülei elkékültek s hidegekké lettek.

A beteg csak másfél órán át szakadatlanul folytatott mesterséges légzésre, továbbá camphor- és aether-injectiók, valamint oxygen belégzés alkalmazására tért magához, mely után azonnal áttettük a II. sz. sebklinikumra, hol rögtön megoperálták. Műtét alkalmával ott egy a jobb májlebenyben székelő, egészben egy fehér hólyagot képező emberfejnyi összeesett echinococcus-tömlőt találtak. A hasürben szabad savó vagy vér nem volt. Megjegyzem, hogy a műtét a beteg nagy fokú gyengeségére való tekintetből *Schleich*-hel történt s hogy a beteg még műtét közben 300 kcm. konyhasó-infusiót kapott az alszár bőre alá.

A beteg a műtét után is apathiás, cyanotikus, pulsusa nem volt tapintható. Hőmérséke este 38·2 C. volt. Újabb infusio az alszár bőre alá.

Május 16. A beteg nyugtalan, apathiás, időnként félrebeszél, a befecskendések helyén és a megduzzadt jobb alszáron tallérnyi vörös foltok keletkeztek. A műtéti seb kissé duzzadt, vörös, a sebüregből pedig számos apró hólyag ürül ki. Pulsus igen gyengén érezhető, 120. Hőmérsék 38·3—39·0 C.

Május 17. A beteg elesett, közérzet rossz. A jobb alszár erősen feszült s duzzadt, nyomásra serczeg, az alszár két oldalán s a tibia élén 10 cm. hosszú incisio, mire kénhydrogen szagú gáz sisteregve szabadul ki. Az izmok petyhüdtek, piszkos szürkés-barnák és szakadékonyak. Pulsus filiformis, 132. Hőmérsék 39·0—39·2 C.

Május 18. A beteg igen összeesett, nyelve száraz, félrebeszél. Pulsus alig tapintható, 140. Hőmérsék 39·0—39·7 C. A hasseb varratai az izomvarratokig ki lettek szedve. A sebajkak duzzadtak, piszkos-szürkék, bőven ürülnek hólyagcsák. A jobb alszár izmai szétesnek s bűzös evvé folynak szét.

Május 19. Collapsus fokozott, nyelv száraz, kemény, a beteg sokat csuklik, egy izben hány, székét maga alá bocsátja. Has kissé érzékeny. Alig tapintható irregularis pulsus, 140. Hőmérsék 38·0—37·9 C.

Május 20. Légzés egész napon át hörgő, pulsus nem tapintható, a sensorium elborult s d. u. 5 órakor a beteg *elhalt*.

* * *

Mint a két kórrajzból látjuk, mindkét esetben igen súlyos tünetek követték az echinococcus-tömlő punctioját, még pedig az első esetben a beavatkozást mintegy 1 óra elteltével követte a fulladás, dyspnoë, hányási inger s a szívműködés gyengülése, majd hőemelkedés lépett fel somnolentia kiséretében s a beteg a csapolástól számított 9 óra elmultával meghalt. Második esetünkben még a fent leirtaknál is súlyosabb tünetek úgy szólván mindjárt követték a punctiót s daczára, hogy a beteg azonnal operálva lett, a tünetek mégsem enyhültek, hanem növekedve az 5-dik napon a beteg halálához vezettek. Minthogy pedig a punctio a tisztaság legmesszebbre menő követelményeinek szigorú betartásával történt mindkét esetben, s minthogy a sectio egyik esetben sem tudott az organismusban oly positiv elváltozást kimutatni, mely halálokul szerepelhetett volna (csak második esetünkben voltak a bonczolásnál elsajtosodott mirigyek láthatók), fel kell venni azt, hogy úgy a súlyos tüneteket, mint a halált, az echinococcus folyadékának toxicitása hozta létre olyanformán, hogy a tömlő megszúrása folytán keletkezett lyuk nem záródott, hanem a bent lévő folyadék feszülése folytán még inkább tágult s az így kiszivárgó folyadék első esetben a mell, a második esetben pedig a hasürbe jutva, onnét felszivódásra került s toxicitásánál fogva a leirt súlyos tünetek kiséretében idézte elő a halált.

Már most mérlegelve egyrészről ama különféle veszélyeket, melyekkel az echinococcus-tömlő bármiféle megsértése járhat, másrészről pedig tekintetbe véve a hólyag punctiojának kiváló diagnostikai jelentőségét, véleményem szerint ez utóbbi beavatkozás esetleges súlyossága egyáltalában nem állván arányban az oly gyakran fellépő kellemetlen incidensekkel, azért ezek alapján ajánlatosnak tartom, hogy a praxisban egyáltalában tartózkodjunk az echinococcus-tömlő punctiojától, s klinikákon, kórházakban is csak kétes esetekben és csak akkor végezzünk próbacsapolást, ha meg van adva annak a lehetősége, hogy beavatkozásunkat azonnal gyökeres sebészi műtét követheti.

Irodalom. 1. *Alexinsky:* Experimentelle Untersuchungen über die Verimpfung der multiplen Echinococcen in die Bauchhöhle. Archiv f. klin. Chir. 56. k., 4—6. f. — 2. *Byrant:* Transact. of the clin. soc. 1877—78. 9. k. 230. l. — 3. *Garré:* Ueber erfolgreiche intraperitoneale Verimpfung von Echinococcen auf Thiere. Langenb. Arch. 59. k. — 4. *Genersich Antal* és *Kétly László* hozzászólásai az echinococcus-tömlőknek sublimattal való gyógykezeléséhez. Orvosi Hetilap. 1902. 144. l. — 5. *Humphry*: An inquiry in to the severe symptoms occasionelly foll owing puncture of hydatids of the liver. Lancet. 1886. — 6. *Imrédy Béla*: Egyes adatok a máj s vese echinococcusáról 12 eset kapcsán. Orvosi Hetilap. 1896. — 7. *Jenkins:* Austral. med. Gaz. 1885—86. 5. k. 246. l. — 8. *Korányi Frigyes:* Májechinococcus. A belgyógyászat kézikönyve. 3. k. 1034. l. — 9. *König:* Der cystische Echinococcus. Inaug. Diss. Göttingen. 1890. — 10. *Langenbuch*: Der Echinococcus und seine Chirurgie. Stuttgart, 1890. — 11. *Mosler* és *Peiper:* Thierische Parasiten. Wien, 1894. Nothnagel's Spec. Path. u. Therap. 6. k. — 12. *Most:* Ein Beitrag zur Lehre von den Echinococcengeschwülsten der Abdominalhöhle. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 148. k. — 13. *Mourson, Schlagdenhauffen*: Nouv. rech. clin. et phys. sur quelques liquides organ. C. R. Acad. des scienc. 1882. október. — 14. *Riemann:* Ueber die Keimzerstreuung des Echinococc. im Peritoneum. Klin. u. experim. Untersuchungen. Beiträge z. klin. Chir. 24. k.

A hernia epigastrica belgyógyászati szempontból.

Közli: *Friedrich Vilmos* dr., egyet. m. tanár, a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosa.

(Folytatás.)

26. B. A., 33 éves, napszámos. Állítása szerint 4 nap előtt hirtelen keletkezett köhögési roham közben a proc. xyphoideus alatt 5 ujjnyira egy kis diónyi, nyomásra nem érzékeny, panaszokra okot nem szolgáló terimenagyobbodás.

Kórisme: Bronchitis, hernia epigastrica.

27. M. F., 42 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt 4 cm.-nyire egy diónyi, visszanyomható, nyomásra nem fájdalmas, s ez alatt 2 cm.-nyire egy vissza nem tolható, nyomásra szerfelett érzékeny, mogyorónyi daganat; a felső nagyobb visszanyomásakor egy körkörös gyűrű érezhető a hasfalban; a dag felett köhögéskor fröcscsenés érezhető. E dag 3 hó előtt mutatkozott először, a második kisebbről nincs tudomása. Nehány hét óta heves gyomorfájdalmai vannak, melyek az étkezéstől függetlenül rohamszerüen jelentkeznek, a hátba s mellkasba s a has felső harmadába kisugároznak, székletéte renyhe, fekete. Gyomortáj nyomásra nem érzékeny. Gyomorlelet s székletét lelete negativ (vért nem tartalmaz).

Kórisme: Hernia epig., noduli haemorrhoidales.

A fájdalmak narcoticumok daczára nem szünnek, úgy hogy néhány heti megfigyelés után műtétre határozta el magát, mely egy fővárosi közkórházban eszközöltetett, honnan 12 nap mulva kibocsátva, fájdalmakról nem tesz említést, 18 nap mulva könnyű munkára képes.

28. G. F., 38 éves, betűszedő. A köldök felett 3 ujjnyira a középvonalban mogyorónyi, köhögésnél erősen előreugró, nem fájdalmas daganat. Köhög, izzad, lázas.

Kórisme: Cat. apic. utriusque, hernia epigastr.

29. K. F., 35 éves, czipész. A proc. xyphoideus alatt 6 ujjnyira kiemelkedő, igen érzékeny, nyomásra igen fájdalmas, mogyorónyi, köhögésnél nagyobbodva kiemelkedő terimenagyobdodás mely felett köhögéskor fröcscsenés érezhető, s melynek keletkezéséről nem tud semmit. Néhány hét óta gyakran van hányása, s főleg reggel hányingere. A sok folyadékot s ételt tartalmazó hányás az étkezés után néhány órával lép fel; időnként savanyú felböfögés, puffadt has s székrenyheség. Ez idő óta gyakran szédül s szíve dobog. Physikalis vizsgálat negativ. Gyomortágulásnak nyoma sincs. A gyomorbennék hyperacid.

Kórisme: Hernia epigastrica (műtét előtt eltünik).

30. B. M., 29 éves, czipész. A középvonalban a processus xyphoideus alatt 1 ujjnyira kezdődő, kis lencsényi, nyomásra s

köhögéskor érzékeny hern. epigastrica. Gyomorpanaszok s fejfájás, szédülés.

Kórisme: Myorheuma. Hernia inguinalis et hernia epigastr.

31. H. F., 28 éves, kovács. A proc. xyphoid. alatt 4 ujjnyira diónyi, csak nyomásra fájdalmas dag, mely panaszokra okot nem ad. Keletkezéséről nem tud semmit.

Kórisme: Hernia epigastrica.

Az 1899. év február 23-dikától 1901 november 15-dikéig vizsgálatra került 10,557 beteg közül hernia epigastrica következőknél volt:

1. B. F., 36 éves, napszámos. A középvonaltól balra, a proc. xyphoideus alatt 5 cm.-nyire van egy tyúktojásnyi s ez alatt egy kisebb daganat, melyek állítólag két hó előtt jelentkeztek. A felső nagyobb, puhább tapintatú, könnyen visszatolható, (mikor is a hasfalban körkörös gyűrű tapintható) nyomásra nem érzékeny, köhögéskor felette fröcscsenés tapintható; az alsó kisebb, vissza nem tolható, nyomásra fájdalmas. Étvágya jó, csak 2—3 naponként jelentkeznek heves, órákig tartó görcsök, melyek jelentkezése alatt rosszul van s hány. Gyomorlelet negativ.

A hernia epigastr. kórismét igazolja, hogy a megejtett műtét után 4 héttel a gyomorpanaszok már nem jelentkeznek.

2. W. A.-né, 29 éves, pinczér neje. A középvonalban a köldök s proc. xyphoideus közti tájon diónyi, visszahelyezhető, nyomásra nem érzékeny daganat, melynek létezéséről tudomása sincsen. Panaszai nincsenek. Gyermekkora óta van egy czombsérve.

Kórisme: Anaemia et hernia epigastrica.

3. T. F., 30 éves, szolga. A köldök felett 1 cm.-nyire a középvonaltól balra egy mandolanagyságú, vissza nem helyezhető terimenagyobbodás.

Kórisme: Polyarthritis, hernia epigastr. et hernia inguinalis lat. utriusque.

4. D. Zs., 21 éves, szeneslegény. A középvonalban a proc. xyphoideus alatt 4 cm.-nyire, mélyen a zsírpárna alatt fekvő, borsónyi, vissza nem helyezhető, nyomásra fájdalmas daganat. Két hó előtt lázzal s gyomorfájással feküdt a kórházban; e betegség után fülbaj lépett fel; a kórházból távozása után vette észre e csomót, s azóta vannak néha kisugárzó fájdalmai az alhasba s hólyagba; evés után gyakrabban jelentkeznek e fájdalmak.

Kórisme: Hernia epigastrica (lesoványodás következménye?).

5. B. T., 34 éves, czipész. A proc. xyphoideus alatt 2 cm.-nyire a középvonalban egy tömött, borsónyi, vissza nem helyezhető, érzékeny, nyomásra fájdalmas, fillérnyi, lapos, köhögéskor ki nem emelkedő terimenagyobbodás, mely 6 hó előtt köhögési roham s hányinger közben keletkezett. Néhány hó óta étvágytalan. Étkezés után hányás szokott fellépni, a mikor a köldök irányában tartó kínzó fájdalmak jelentkeznek, melyek a hányás után megszünnek.

Kórisme: Bronchitis diffusa, hernia epigastr.

A hörghurut tüneteinek elmulásával műtétnek vetette alá magát, s már 3 hétre újból teljesen munkaképes volt és panaszok nélküli.

6. H. M., 24 éves, tüzilegény. A proc. xyphoideus alatt 2 ujjnyira egy mogyorónyi, nyomásra nem érzékeny, vissza nem tolható hernia epigastrica. Keletkezési ideje s módja előtte ismeretlen. Négy hét óta étkezés után erős gyomorégése s szédülése van.

7. B. A., 38 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt 4 ujjnyira a középvonalban egy mogyorónyi, nem fájdalmas, tüneteket nem okozó terimenagyobbodás.

Kórisme: Pes planus, hernia epigastrica.

8. F. F., 48 éves, utczaseprő. A középvonalban a proc. xyphoideus alatt 2 cm.-nyire egy fájdalmas, diónyi, nyomást alig türő, köhögésnél erősen előredomborodó, diónyi daganat, melyen köhögés alkalmával erős fröcscsenést lehet érezni. A hernia epig. keletkezéséről nem tud felvilágositást adni. Étvágy rossz, székletét renyhe, reggeli hányás. Gyomornedv hyperacid.

Kórisme: Alkoholismus chronicus, hernia epigastr.

9. K. A., 40 éves, pinczér. A köldök felett 1/4 cm.-nyire a középvonalban tyúktojásnyi, erősen kiemelkedő, puha tapintatú, könnyen visszanyomható, fájdalmatlan, köhögéskor erősen előreugró, s ilyenkor a fröcscsenés érzetét keltő terimenagyobbodás, mely nemrég éjjel erős köhögés alatt hirtelen támadt.

Kórisme: Ektasia pulmonum; bronchitis diffusa; hernia epigastrica.

10. L. L, 26 éves, bolti szolga. A középvonalban, a proc. xyphoideus alatt 3 cm.-nyire mogyorónyi, érzékeny, tömött tapintatú daganat, mely 1 év óta áll fenn. Azóta étvágytalan, a gyomor táján folytonos nyomás érzete van, mely étkezés után erősbödik, puffadt, gyakori savanyú felböfögése és fejfájása van. Székletéte renyhe.

Kórisme: Hernia epigastrica (gyomorlelet negativ).

11. S. F., 24 éves, kocsis. A középvonalban a processus xyphoideus alatt 3 cm.-nyire borsónyi, gömbölyded, vissza nem tolható, fájdalmakra vagy panaszokra okot nem adó terimenagyobbodás.

Kórisme: Myorheuma, hernia epigastrica.

12. Cs. B., 44 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt 1 cm.-nyire egy igen fájdalmas, vissza nem tolható, kis diónyi terimenagyobbodás, mely 2 év előtt zsákok hordásánál keletkezett, mely miatt kénytelen volt e nehéz mesterséget abbanhagyni, mert teher emelése után igen erős, a hólyag tájára kisugárzó fájdalmak jelentkeztek. Étvágytalan, puffadt, savanyú felböfögésről s renyhe székletétről panaszkodik, valamint arról, hogy sok járás után igen hevesek a fájdalmak a hasban a daganat táján.

Kórisme: Lumbago et hernia inguinalis. Pihenés és 2 heti nyugalom után a gyomor s hasi panaszok háttérbe szorulnak, sőt a hernia epig. sem oly érzékeny.

13. M. F., 29 éves, gépkezelő. A középvonalban egy gyermekökölnyi, puha, nyomásra nem fájdalmas, visszanyomható terimenagyobbodás, mely egy év óta állandóan nő. Felböfögés, étvágytalanság, renyhe szék, lesoványodás.

Kórisme: Hepatitis hypertrophica, hernia epigastrica et hernia inguinalis l. sin.

14. H. K., 16 éves, tanoncz. A proc. xyphoideus alatt a középvonalban egy babszemnyi, tömött, nem fájdalmas, panaszokra okot nem adó hernia epigastrica, mely gyermekkora óta áll fenn.

Kórisme: Cat. ventriculi acutus, hernia epigastrica.

15. N. F., 41 éves, napszámos. A középvonalban a köldök felett 3 ujjnyira egy lencsényi, nem fájdalmas, köhögéskor nem nagyobbodó kitüremkedés, mely évek előtt munka közben keletkezett.

Kórisme: Dilatatio ventriculi cordis dextri et sinistri. Hern. inguinalis et hernia epigastrica.

16. L. F., (?) éves, gyári munkás. A proc. xyphoideus alatt egy diónyi, vissza nem nyomható, tömöttebb, köhögéskor nem kiemelkedő, rendkivül érzékeny, ütés után fellépett s attól eredő daganat. Ezen idő óta — 1/2—1 év — állandó gyomorpanaszai vannak szédüléssel s szivdobogással. Gyomor és szív lelete negativ.

Kórisme: Hernia epigastrica.

17. Sch. A., 30 éves, kifutó. A középvonalban a processus xyphoideus alatt 4 cm.-nyire egy galambtojásnyi, nem érzékeny daganat, mely nyomásra kevésbé, csakis visszahelyezési kisérlet alkalmából igen érzékeny. E dag 8—10 hét óta áll fenn, a mely időtől fogva állandók a gyomortáji fájdalmak, felböfögés, étvágytalanság. Nyugalomkor és fekvéskor e fájdalmak, melyek sok járás s lépcsőn szaladgálás után fokozódnak, enyhültek, úgy hogy 10 napi pihenés után (ther.: hashajtók) újból javulva nézhetett keresete után, a hernia epig. nem fájt, sőt nyomásra sem volt oly érzékeny.

18. W. Zs., (?) éves, bolti szolga. A proc. xyphoideus alatt 4 cm.-nyire a középvonalban egy tyúktojásnyi, panaszokra okot nem szolgáltató daganat, mely néhány hó előtt emelés közben hirtelen fejlödött. 6—8 hét óta fogy, mert nincs étvágya, s mert nem mer sokat enni, mivel étkezés után gyomra erősen puffad; e puffadás csak erős, savanyú izü böfögés után szünik, néha reggel bő nyálkát hány. A székletét renyhe. A gyomornevdben a hyperaciditáson kivül nincs eltérés. Natr. sulf., magn. sulf. és natr. bicarb.-nak használata után (kávéskanálnyi feloldva egy pohár vízben) a tünetek javulnak.

Kórisme: Hernia epigastrica.

19. N. A, 39 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt 5 cm.-nyire a középvonalban egy mogyorónyi, s ez alatt 2 ujjnyira egy diónyi, nem fájdalmas daganat, melyek utóbbika puhább tapintatú s fájdalom nélkül visszahelyezhető. Keletkezéséről nem tud felvilágosítást adni. Néhány hó óta vannak gyomorpanaszai.

Kórisme: Bronchitis diffusa et hernia epigastrica.

20. S. F., 27 éves, kalauz. A proc. xyphoideus alatt 7 cm.-nyire, s ez alatt 2 cm.-nyire a középvonalban egy-egy mogyorónyi, nem fájdalmas, tömött terimenagyobbodás, melynek keletkezéséről felvilágosítást nem tud adni, s melynek létele neki kellemetlenségeket nem okoz.

Kórisme: Myorheuma et hernia epigastrica.

21. A. F., 32 éves, napszámos. A proc. xyphoideus alatt 3 ujjnyira a középvonalban egy kis diónyi, puha tapintatú, nyomásra s érintésre egyaránt igen érzékeny, köhögéskor nagyobbodó daganat, mely a hasba visszanyomható, mikor a hasfalon egy ovalis lyuk érezhető. Köhögés alkalmával a daganaton fröcscsenés tapintható. A daganat fennállása óta — 4—6 hó óta veszi észre — folyton rosszul érzi magát, soványodik, étvágytalan, a gyomortájról kisugárzó fájdalmai vannak, melyeket egy hét óta a köldök tájára localizál; némely napon a görcsök csak beállott hányás után szünetelnek. A gyomor részéről negativ lelet. Két heti pihenés után a beteg mütétnek veti magát alá; 12 nap mulva elhagyja a kórházat, s 2 hét után a nehéz munkát újból birja minden panasz nélkül.

22. H. L., (?) éves, asztalos. A középvonalban a processus xyphoideus alatt babnyi, nem fájdalmas, nem reponálható, panaszokra okot nem szolgáltató hernia epigastrica.

Kórisme: Cat. apic. incipiens et hernia epigastrica.

23. V. Gy., éves, foglalkozás (?). A proc. xyphoideus alatt 10 cm.-nyire a középvonalban mogyorónyi, tömöttebb tapintatú, fájdalmas, visszahelyezhető daganat.

Kórisme: Hernia epigastrica, hernia inguinalis l. d.

(Folytatása következik.)

A malaria-parasiták endogen fejlődési menete, észlelt esetek kapcsán.

Irta: *Gergő Imre* dr.

(Folytatás.)

Az újabb kutatók közül nem egy emeli ki, hogy biztos malariadiagnosis csak festett készítmény alapján állítható.

A vázolt festési módokról véleményemet a következőkben foglalnám össze.

Az egyszerű methylenkék-festés előnye, hogy gyorsan kivihető, de hátránya, hogy a parasita magját meg nem festi. Felismerésének irányadó tényezője a parasita teste, de még inkább ennek pigmentje; már pedig ott, a hol pigment nincs, mint a parasita fejlődésének korai szakában, egyszerű methylenkék-festéssel absolut biztonságú diagnosis kissé merész. Biztos kórisme czéljából néha nem is tehetünk egyebet, mint hogy egy rohamot várunk be és az ennek kezdetén legnagyobb számban található kifejlett, pigmentes és sporulatiós parasita-alakokra kutassunk.

Ezzel ellentétben a Romanowsky-festés nagy előnye, hogy a parasiták magjának élénk feltüntetésével rendkivül megkönnyíti a parasiták keresését és fellelését még oly esetben is, hol pigment nincsen. A parasiták felismerésénél útmutatóul épen emez élesen feltünő chromatin-szemcsék szolgálnak, melyek biztosítják a diagnosist. És ha meggondoljuk, mily parányiak a legifjabb parasita-alakok, mily gyérek néha, hogy szinte örülünk, ha egyik-másik készítményben csak egyet is találunk, beláthatjuk teljesen a magfestés nagy horderejü fontosságát. Hátránya a Romanowsky-festésnek csak az, hogy körülményes kivitelt igényel és hosszadalmas.

Egyszerü diagnostikai festésként a gyorsan, néhány percz alatt kivihető methylenkék-festés előnyben részesitendő; ha azonban ezzel czélt nem érünk, részint a parasiták kifejlett alakjainak hiánya, részint azok gyér száma miatt, forduljunk a bár hosszadalmas, de biztos eredményü Romanowsky-festéshez, mely úgy egyszerű diagnosisra a legkönnyebben felismerhető képeket adja, valamint tudományos búvárlatra is a legtökéletesebb szöveti képeket.

* * *

A vizsgálati módszerek eme talán részletesnek tünő tárgyalása után, ezennel áttérek a malaria-parasiták morphologiájára és biologiájára.

A franczia Laveran, ki a parasitát 1880 november 6-dikán felfedezte; az olaszok közül Marchiafava és Celli (1886), Golgi (1887), Bastianelli és Bignami (1890), Grassi és Feletti (1891); a németek közül A. Plehn (1890), Ziemann (1898), Mannaberg (1899), de főleg Koch (1900) és Ruge (1901): ezek azon búvárok, kik a legkiválóbb érdemeket szerezték a parasiták endogen fejlődési menetének megállapításában.

Legczélszerübbnek vélem, ha sorba veszem az egyes különböző parasitákat, illetve egyenként vázolom fejlődési menetüket.

I. A febris tertiana parasitája, a haemamoeba vivax.

A febris tertiana klinikai képének lényege: 48 óra mulva ismétlődő lázparoxysmusok. Miért? Mert oly parasitával állunk szemben, mely fejlődési menetét 48 óra mulva fejezi be, melynek kifejlődése, illetve ennek biologiai időtartama merő véletlenségből ép az astronomiai időszámítással esik egybe.

A lázmenet tehát bizonyos meghatározott vonatkozásban áll a parasiták fejlődésével; ennek lényegét, vagyis a kettő között fennálló párhuzamot, észlelt vérleletekkel, illetve a vérvétel időpontjának megemlítésével jellegezhetem legjobban.

1. P. N., 22 éves. Felvétetett 1902. június 4-dikén, távozott 1902. junius 25-dikén.[1]

Kórelőzmény. 5 nap óta gyomorpanaszok; váltóláza soha sem volt.

Jelen állapot (felvételnél). Erőteljes egyén, ép mellkasi szervekkel. Nyelv mérsékelten bevont, gyomortáj érzékeny. Lépnagyobbodás a hátulsó hónaljvonalban a VII-dik bordától.

Lefolyás. Junius 5-dikén délben jellegzetes váltólázas rohama volt, 40° C. maximális hőmérsékkel. Lép a bordaív alatt tapintható.

Junius 6-dikán beteg láztalan.

Junius 7-dikén délben ismét váltólázas rohamot észlelünk, 40·7° C. maximális hőmérsékkel. Arczbőr icterikus elszineződést mutat; herpes labialis. Junius 9-dikén megkezdjük a chinintherapiát: eleinte harmad-, majd hetednaponként (folytatólagosan a csapatnál is három hónapon át) 1 gm. chinint kap. Több lázrohama nem volt.

Kórisme: febris tertiana, melyet a vérleletből még junius 5-dikén teljes biztonsággal állitottunk fel. Ugyanis a beteg vérét junius 5-dikén délután 4 órakor megvizsgálva Romanowsky-festéssel,[2] nagy számmal úgynevezett kis tertiana-gyürüket találtunk.

A kis tertiana-gyürü a fejlődésnek induló parasita legifjabb alakja. 1/6-a—1/5-e a vörös vérsejt nagyságának, tehát átlag 1—2 μ átmérővel bir, tojásdad alakú, egy szélesebb és egy finomabb polussal; azaz körzetének egyik fele erősebben festődik, mint közepe és a környi részlet néha felismerhetetlenségig finom másik fele, mely utóbbinak közepén a Romanowsky-festéssel piros színe által jól feltünő parasita-mag foglal helyet. A kis tertiana-gyürüt egyik környi részletének eme megvastagodása folytán találóan pecsétgyürühez hasonlítják; amoebuláknak vagy myxopodeseknek is hivják emez ifjú alakokat.

A parasitában pigment még nincsen, ennek folytán maga a vörös vérsejt, viszonyítva a többi vörös vérsejt színéhez, még nem halványult.

Hogy élről való beállítás vagy maczerálás folytán eme kép a végtelenségig változhatik, természetes. Ilyenkor lehet tojásdad-alakú vagy szalagalakú stb. a parasita teste, a chromatin-szemcse helye pedig megfelelően változó: a plasma centrumában fekhetik vagy látszólag nincs is vele összefüggésben.

A parasiták túlnyomórészt már endoglobularisok, vagyis a vörös vérsejteken belül fordulnak elő; gyérebb számban találhatók még ektoglobularis parasiták, azaz vörös vérsejtekbe be nem vándorolt úgynevezett spórák, valamint ritkább lelet két, sőt néha három ilyen endoglobularis parasita egy és ugyanazon vörös vérsejtben.

Az eddig vázolt kép, mint említém, megfelel a protozoon legkoraibb fejlődésének, átlag mondhatni: a lázrohamot követő első 12 órának. A parasita fejlődésében ezután beálló képet mutatja a következő esetem.

2. B. T., 21 éves. Felvétetett 1902 május 12-dikén, távozott 1902 május 31-dikén.

Kórelőzmény. Harmadnapos, ma reggel másodízben jelentkezett rázóhidegről panaszkodik, mely után erősen megizzad.

[1] Kivonatosan közlöm a kórtörténeteket, valamint a vizsgálati napló megfelelő részét.

[2] A közölt vizsgálatokat mind Romanowsky-festéssel eszközöltem; egyeseket azonkivül még egyszerű methylenkék-festéssel is.

*

Jelen állapot. Középerős egyén, egészséges mellkasi szervekkel. Lépnagyobbodás a VI-dik bordától, a lép a bordaiv alatt is tapintható.

Lefolyás. Május 14-dikén reggel lázrohama van, hőmérséke reggel 8 órakor 40° C.-ra ugrik fel; délelőtt bő izzadás jelentkezik, feje hevesen fáj.

Május 16-dikán: a chinintherapia megkezdése. Több lázrohama nem volt.

Kórisme: febris tertiana, melynek felvételére ugyan már maga a klasszikus kórkép is jogot adott, teljesen pedig a positiv vérvizsgálat igazolt be. A május 15-dikén délelőtt 10 órakor vett vérben nagyszámú parasita s pedig főleg úgynevezett nagy tertiana-gyűrű alakjában.

A nagy tertiana-gyűrű a fejlődő parasita második 12 órai időközének túlnyomó képeként szerepel.

A parasita ekkor nagyjában hasonlít még előző alakjához, a kis tertiana-gyűrűhöz, a mennyiben gyűrűalakú; csakhogy a gyűrű már nagyobb; mig amott 1/6-át—1/5-ét, itt 1/3-át—1/2-ét foglalja el a vörös vérsejtnek, mely a mellett maga megduzzadt, megnőtt, eredeti nagyságának másfél egész kétszeresére.

Kis és nagy gyűrűk a rohamot követő első 24 óra uralkodó képei.

A következő két eset a parasita változásait a lázrohamot követő 24. órától egész a 36. óráig mutatja.

3. P. J., 22 éves. Felvétetett 1902 május 12-dikén, távozott 1902 junius 20-dikán.

Kórelőzmény. Beteg pneumonia crouposa typikus képével vétetik fel. Ennek sima gyógyulása után május 26-dikán délben a beteget hirtelen kirázza a hideg; utána forrósága lép fel, miközben hőmérséke délután 2 órakor 40·2° C. maximumra szökik; bő izzadás kiséretében csökken azután estére a hőmérsék.

Betegnek előzőleg váltóláza nem volt; heteken át a várnak egy pinczeszerű, nedves helyiségében volt elszállásolva.

Jelen állapot május 26-dikán. A bal alsó lebeny felett, mely beszürődve volt, még egyes gyérszámú, apró hólyagú szörtyzörejek. Nyelv bevont, gyomortáj érzékeny; léptompulat a VII-dik bordánál kezdődik.

Lefolyás. Május 27-dikén beteg láztalan. Május 28-dikán délben betegnek ismét egy jellegzetes lázrohama volt; lép a bordaiv alatt tapintható.

Május 30-dikán chinin daczára ismétlődött lázrohama, bár gyengébb intensitásban. Ettől kezdve azonban rendszeres harmadnaponkénti 1—1 gm.-nyi chininadagolásokkal sikerült a további rohamokat megszüntetni és beteg kellő utasításokkal, hogy chinint még 3 hónapon át 10—10 napi időközökben továbbra is szedjen, gyógyultan távozott.

4. B. J., 20 éves. Felvétetett 1902 augusztus 3-dikán, távozott 1902 szeptember 17-dikén.

Kórelőzmény. Julius 28-dika óta harmadnapos lázrohamai vannak. Váltóláza előzőleg még nem volt.

Jelen állapot. Középerős egyén, kissé halvány bőrszinnel. Mellkasi szervek épek. Has puffadt, gyomortáj érzékeny. Léptompulat a VII-dik bordánál kezdődik, maga a megnagyobbodott lép a bordaiv alatt jól tapintható. Étvágy csökkent; több nap óta székrekedés áll fenn.

Lefolyás. Augusztus 3-dikán délben váltólázas roham, 40·2° C. maximummal. A székrekedés ellen ol. ricini-t adtunk, mig a további lázrohamokat harmadnapos reggeli 1—1 gm.-os chininadagokkal végleg megakasztanunk sikerült.

Kórisme: mindkét esetben (3. és 4.) febris tertiana volt, helyessége a vérvizsgálatban is beigazolást nyert.

A többizben megejtett vérvizsgálatokból azonban mindegyik esetnél csak egyet-egyet kivánok kiragadni, melyeknek eredménye feltünően megegyezik: a 3. sz. esetben a május 27-dikén délután 4 órakor, valamint a 4. sz. esetben az augusztus 4-dikén délután 4 órakor eszközölt vérleletet.

Mindkettőhöz az előző lázroham tetőpontja után 26, illetve 28 órával vett vér szolgált és a parasiták legnagyobb része jellegző képeit mutatta a 24 óránál idősebb parasita morphologiai változásainak.

Ezen változások főleg két irányban jellegzetesek. Az egyik: az eddigi szabályos gyűrűalak felcserélése a legbizarabb amoeboid alakokkal, a másik: a pigmentképzés.

A domináló kép tehát a következő. A parasiták a vörös vérsejtnek 1/3-át—1/2-ét foglalják el (mint a nagy tertiana-gyűrűnél), hol még a gyűrűalakot közelitik meg, hol meg erre már csak távolról vagy nem is emlékeztető, bizarr alakú, az amoebák változékony pseudopodiumaival analog nyúlványokkal ellátott alakokat mutatnak. A parasitákban több-kevesebb, legfinomabb, szemcsés vagy pálczikás, barnássárga egész barnásfekete pigment. A megtámadott vörös vérsejtek duzzadtak s a haemoglobinnak melaninpigmentté (Celli) történt átváltoztatása miatt egyúttal elhalványultak.

A 36-dik órán túl ritkák már a bizarr kinézésü kis amoeboid alakok. Mert míg a már pigmentet képező parasita ifjabb alakjai erősebb amoeboid mozgásaik folytán állandó configuratiót nem mutatnak, fejlődésük utolsó negyedében a parasiták előszeretettel veszik fel a golyóalakot.

Például a következő két esetnek vérlelete szolgáljon.

5. K. F., 20 éves. Felvétetett 1902 julius 31-dikén, távozott 1902 augusztus 31-dikén.

Kórelőzmény. Julius 27-dikén, majd julius 29-dikén a déli órákban lázrohama volt, előző hidegrázással s a forróságot követő izzadással.

Hidegelésben előzőleg nem szenvedett; az újabb várnak egy nyirkos helyiségében volt elszállásolva.

Jelen állapot. Középerős, kissé anaemikus külsejű egyén. Mellkasi szervek épek; has puffadt; léptájék érzékeny, maga a léptompulat a VII-dik bordánál kezdődik.

Csökkent étvágy, székrekedés.

Lefolyás. Julius 31-dikén délben váltólázas rohama volt, 40·6° C. maximális hőmérséklettel délután 4 órakor.

Augusztus 2-dikán délben újólag egy roham.

Augusztus 4-dikén megkezdjük a chinintherapiát, mire betegnek több lázrohama nem volt.

Kórisme: febris tertiana.

Vérvizsgálat, melyet augusztus 2-dikán reggel 8 órakor, valamint augusztus 4-dikén reggel ugyanakkor, szóval mindkét izben körülbelül 40 órával a megelőző lázroham után eszközöltem, a következő eredményt adta.

A parasiták, most már fejlődésük utolsó negyedében, javarészt 3/4 részét foglalják el a vörös vérsejteknek és mintegy összefüggő kék területet alkotnak, melyben sok a pigment.

A megtámadott vörös vérsejtek most már eredeti nagyságuknak majdnem kétszeresére duzzadtak meg és erősen halványultak, a mint azt az ép vörös vérsejtekkel való összehasonlítás mutatja.

(Folytatása következik.)

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

I.

A szagláshiány kórtanáról.

Irták: *Ónodi Adolf* dr. egyetemi tanár és *Zirkelbach Antal* dr. klinikai tanársegéd.

(Vége.)

Baloldali hemiplegiá-ban szenvedő 5 beteg közül 2 a IX. szagosztály közül az elsőt és harmadikat nem érezte, quantitative pedig az egyik a jonont, borneolt, scatolt 0-ról, az aethylbisulfidot bal oldalon 1·5-ről, jobb oldalon pedig 3-ról érezte, tehát e szaggal szemben kisebb fokú hyposmia volt jelen, még pedig jobb oldalon kifejezettebben, mint balon. A másiknál szintén hyposmia volt, még pedig a scatol kivételével minden szaggal szemben, a mennyiben a jonont bal oldalon 0·5, jobb oldalon 0-ról, a borneolt bal oldalon 2·5, jobb oldalon 1·0-ről, az aethylbisulfidot baloldalon 2·5, jobb oldalon 0·5-ről érezte, e betegnél tehát bal oldalon volt kifejezettebb a hyposmia. A másik három betegnél szaglási eltérést sem qualitative, sem quantitative nem találtunk. Valamint e betegeknél, úgy az általunk vizsgált *3 jobboldali hemiplegiás*-nál is, a rhinoscopiai vizsgálat csak egy esetben mutatott positiv elváltozást, t. i. rhinitis atrophicanst. Ez egyénnél jobboldali hemiplegia volt s a IX. szagclassis egyik szaganyagát sem érezte jobb oldalon, míg bal oldalon qualitative jól percipiálta a szagokat. Quantitative jobb oldalt a teljesen kihúzott szaghenger mellett sem szagolt, míg bal oldalon a jonont, scatolt 0-ról, a borneolt 3·5-röl, aethylbisulfidot pedig 4—5-ről szagolta, tehát a jobboldali anosmia itt kisfokú baloldali hyposmiával párosult. A többi két vizsgálatra került jobboldali hemiplegiás közül az egyiknek szaglása normalis volt, mig a másiknál hyposmia volt jelen és pedig jobb oldalon kifejezettebben, mint balon, u. i. a jonont bal oldalon 0·5, jobb oldalon 2·5, az aethylbisulfidot bal oldalon 3·0, jobb oldalon 6·7-ről, a borneolt bal oldalon 2·0, jobb oldalon 10-ről sem, a scatolt bal oldalon 0·5, jobb oldalon 1·0-röl érezte.

8 *tabeses* beteg közül 3 qualitative és quantitative jól szagolt, egynél a borneollal s aethylbisulfiddal szemben kisfokú hyposmia volt jelen mindkét oldalon, mert az előbbit 2·8, az utóbbit pedig 3·6 hengerállás mellett szagolta, egynél kifejezett baloldali hyposmiát találtunk (jonont 3·5, aethylbisulfidot 10-ről sem, borneolt 7·9, scatolt 1·4-ről bal oldalon) a bal alsó orrkagyló duzzadtságával és pirjával. Egy az orrsövény elferdülé-

sével párosult tabesnél mindkét oldali anosmiát észleltünk. Egy másik tabetikus, ki már gyermekkora óta rosszul szagolt, a IX szagclassis közül csak a 6., 8. és 9. osztály szaganyagát érezte, ezt is jobb oldalon gyengébben, mint balon. Quantitativ vizsgálatnál a jonont s aethylbisulfidot teljesen kihuzott szaghenger mellet sem jelezte, míg a borneolt bal oldalon 5·0, jobb oldalon 7·0-ről érezte, a scatolt pedig bal oldalon 2·4, jobboldalon 4·0-ről. Végül egy tabeses, kinél az orrnyálkahártya idült hurutját találtuk, a qualitativ vizsgálatra használt IX szag közül a cera flavát nem, míg a többit jól szagolta, quantitative a szagok percipiálása mindkét oldalon egyenletesen kissé csökkent.

4 hysteriás közül rhinoskopiailag egyiknél sem láttunk elváltozást, egyik teljes kétoldali anosmiát mutatott, kettőnél a szaglás normalis volt, egy pedig a cera flava szagát nem érezte, a többit azonban percipiálta, még pedig jobb oldalon kifejezettebben, mint balon. Jonon bal oldalon 10, jobb oldalon 8, borneol bal oldalon 7, jobb oldalon 5, aethylbisulfid bal oldalon 9·5, jobb oldalon 8, scatol bal oldalon 6, jobb oldalon 4, tehát kétoldali hyposmiája volt, bal oldalon erősebben kifejlődve.

Agytumoros 5 beteg közül egynél a szaglási képesség normalis volt, egynél, kinek a bal oldalán facialis, trigeminus, oculomotorius s abducens hűdés volt jelen, a szaglási képességet quantitative csökkentnek találtuk, még pedig bal oldalon kifejezettebben. U. i. a jonont jobb oldalon 0-ról, bal oldalon 1·3-ről, az aethylbisulfidot jobb oldalon 4·2-ről, bal oldalon 8·0-ról, a borneolt jobb oldalon 1·5, bal oldalon 3·7-ről, a scatolt úgy jobb- mint baloldalt 0-ról érzete. A gégevizsgálat baloldali hangszálag hűdést is kimutatott ennél. Harmadik esetünkben abducens, trigeminus, glosso-pharyngeus, hypoglossus és vagus hüdés is volt jelen, e betegnél mindkét oldalt egyenletesen csökkent quantitative a szaglási képesség. Negyedik betegünknél szintén csökkent a szaglási képesség, még pedig jobb oldalon kifejezettebben, mint balon. Ez az aethylbisulfidot egyik oldalon sem érezte, a borneolt jobb oldalon 9·5, bal oldalon 3·7-ről, a jonont jobb oldalon 5·3, bal oldalon 3·6-ról, a scatolt jobb oldalon 1·5, bal oldalon 0-ról.

Végül az ötödik agytumoros az I., III. és VII. classisba tartozó szagokat egyáltalában nem érezte, quantitative pedig mindkét oldalon csökkent volt a szaglás egyenletesen, így a jonont 0·3-ról, a borneolt 1·7-ről, az aethylbisulfidot 6 3-ról, a scatolt pedig 0-ról érezte.

Myelitisben szenvedő 4 betegnél a rhinoskopiai vizsgálat eltérést nem mutatott ki, háromnál a qualitativ szagvizsgálat normalis eredményt adott, egynél pedig az I. és III. szagclassissal szemben anosmia volt jelen, s a többi szagokat is csak gyengén érezte. Quantitativ vizsgálatnál e beteg csak a scatolt érezte, még pedig jobb oldalon 9·5, bal oldalon pedig 10·0-ről. Két myelitises egyén szaglása úgy qualitative, mint quantitative rendes volt. A 4-dik a jonont, borneolt, scatolt 0-ról, az aethylbisulfidot azonban mindkét oldalon csak 4·5-ről érezte. *2 sclerosis polyinsularisos* egyénnél qualitativ eltérés nem volt, quantitative az egyik a borneolt s scatolt mindkét oldalon 0-ról, a jonont bal oldalon 1, jobb oldalon 0-ról, az aethylbisulfidot pedig bal oldalon 7, jobb oldalon 2-ről érezte, a másik minden szagot 0-ról érzett, kivéve az aethylbisulfidot, ezt ugyanis bal oldalon 6·5, jobb oldalon 4·0-ről percipiálta. Egy *paralysis spinalis spasticaban* lévő egyén minden szagot gyengén érzett qualitative, főleg azonban a büdöseket, quantitative a jonont mindkét oldalon 0-ról, a scatolt 4·7-ről, a borneolt 10-ről, az aethylbisulfidot azonban egyáltalában nem érezte. *Syringomyelia* 1, és *epilepsia* 5 esetében elváltozást nem találtunk. Hasonló áll két *chorea minor*-ban szenvedő betegünkről is. Három *facialis bénulás* közül egyik hysteriával s süketséggel volt párosulva, ennél az orrnyálkahártyát belöveltnek és duzzadtnak láttuk, a szaglás pedig mindkét oldalt úgy qualitative mint quantitative egyenletesen csökkent volt. A másik kettőnél a szaglás a bénult oldalon kissé le volt fokozva: ugyanis az első a jonont jobb oldalon 0, bal oldalon 0·7-ről, a borneolt jobb oldalon 2, bal oldalon 7-ről, az aethylbisulfidet jobb oldalon 9·5-ről, bal oldalon egyáltalában nem érezte, a scatolt pedig jobb oldalon 0-ról, bal oldalon 0·5-ről. Körülbelül hasonló volt e viszony a harmadiknál is. *Atrophia nervi optici* két s *degeneratio grisea* egy esetében eltérést nem találtunk.

Két *dystrophia musculorum*-nál (két testvér) az orrban elváltozás nem volt, a szagokat mindkettő érezte, de jobboldalt valamivel erősebben, mint a balon. Igy az egyik a jonont bal oldalon 0·5, jobb oldalon 0-ról, a borneolt bal oldalon 1, jobb oldalon 0-ról, az aethylbisulfidot jobb oldalon 2·5, bal oldalon 5·4-ről, a scatolt bal oldalon 0·5, a jobb oldalon 0-ról, a másik a jonont bal oldalon 1·7, a jobb oldalon 0-ról, a borneolt bal oldalon 1·7, jobb oldalon 0-ról, az aethylbisulfidot bal oldalon 6, jobb oldalon 2·5-ről, a scatolt pedig mindkét oldalt 0-ról érezte. *3 ólombénulás* közül (radialis ideg) egyiknek a szaglása normalis volt, kettő pedig quantitative mindkét oldalon egyenletesen lefokozott. *4 morphinista* közül, kik erős fájdalmaik miatt már évek óta naponta 3—4-szer 0·02—0·08 gm. morphiumot kaptak, kettőnél a szaglás különösebb eltérést nem mutatott, egyiknél mindkét oldali hyposmia, a másiknál mindkét oldali teljes anosmia volt jelen, a nélkül, hogy az orrnyálkahártyán elváltozást láttunk volna. Egy *Banti-betegnél*, egy *Addison-kórnál* mindkét oldali hyposmiát, egy *májechinococcusnál* pedig teljes anosmiát láttunk, az utóbbinál rhinitis hypertrophica volt jelen. *Carcinoma hepatis* és baloldali *tüdőtályog* egy-egy esetében a szaglás mindkét oldalt kevéssé le volt fokozva.

Két *malariás* betegnél a láz alatt az orrnyálkahártya kisfokú duzzadtságát láttuk, továbbá a quantitativ szaglási képesség csökkenését, így az egyik a jonont a láz alatt 1·3, a borneolt 2·7, az aethylbisulfidot 6·7, a scatolt 0-ról érezte, míg a lázmentes időszakban az aethylbisulfid kivételével (ezt 0·5-ről) minden szagot 0-ról érzett. Teljesen hasonló áll két *pleuritis exsudativá*-ban szenvedő betegünkről, míg egy harmadik ily betegnél teljes anosmiát találtunk, ez azonban, mint mondja, mióta emlékszik, sohasem érzett szagot. Ugyancsak a szaglási képesség csökkenését láttuk még a következő bántalmaknál, a hőemelkedés tartama alatt: *polyarthritis rheumatica, pneumonia crouposa, peritonitis és phthisis tuberculosa pulmonum alatt.*

Vitium cordis négy esete közül kettőben nagyobb fokú oedemák is voltak jelen, az orrnyálkahártyák duzzadtságával és belövéltségével egyetemben. Mindkét betegnél csökkent a szaglási képesség egyenletesen úgy jobb, mint bal oldalon, u. i. az egyik a scatolt mindkét oldalt 0-ról, a jonont 0·7, a borneolt 6·4, az aethylbisulfidot pedig 10-ről érezte, a másik a jonont 3·5, az aethylbisulfidot bal oldalon 3, jobb oldalon 8-ról, a borneolt bal oldalon 6·3, jobb oldalon 10-ről, a scatolt bal oldalon 0, jobb oldalon 1·4-ről jelezte. A másik két esetben eltérés nem volt. Egy *diabetes insipidus*-ban szenvedő a szagok közül az V., VIII. és IX. osztályokat érezte, quantitative az aethylbisulfidot s borneolt 10-ről sem, a jonont bal oldalon 6, jobb oldalon 5 5, a scatolt pedig bal oldalon 7, jobb oldalon 4·5-ről érezte. Két *diabetes mellitus*-nál, egy *lues*-nél elváltozást nem találtunk. Két erős *anaemiá*-ban szenvedő beteg közül az egyiknél teljes anosmia volt, rhinitis atrophicanssal, a másik az I. és IV. osztályt nem szagolta, az aethylbisulfidet nem érezte 10-ről sem, míg a borneolt 7·9, a jonont 9, a scatolt pedig 3·7-ről percipiálta. Egy intézeti szolgánál, teljesen ép organismus s ép orrnyálkahártyák mellett, minden szaggal szemben fennálló anosmiát láttunk.

Már most vizsgálataink eredményét összegezve, az egyes kóralakokat illetőleg a következő szaglási eltéréseket találtuk: *18 hemiplegia* közül csupán egy esetben észleltünk az orrüregben rhinitis atrophicanst, e betegünknél a bénult oldalon anosmiát, a másik oldalon hyposmiát láttunk. A többi 17 hemiplegiás egyénnél eltérést a rhinoskopiai vizsgálat nem mutatott és a 17 eset közül 6 izben a szaglási képességben sem volt rendellenesség kimutatható. Három esetben egyoldali teljes anosmia volt jelen és pedig kétszer a bénulásnak megfelelő oldalon, egyszer az ellenkező oldalon, itt tehát keresztezett volt a szagláshiány. Öt esetben kétoldali hyposmiát észleltünk, négyszer a bénulásnak megfelelő oldalon, egyszer pedig az ép oldalon volt erősebben kifejezve a szaglóképesség csökkenése; végül 3 esetben egyoldali hyposmiát láttunk, még pedig két esetben a bénult, egy esetben az ép oldalon (keresztezett hyposmia). Ezen esetek tehát azt mutatják, miszerint *hemiplegiánál úgy az anosmia, mint a hyposmia leggyakrabban a bénult oldalon fordul elő.* Az irodalomból ismeretes és csekély számú idevonatkozó észlelet kórboncztani leletre nem támaszkodik s a mi vizsgálataink is csak klinikaiak, így nem volna indokolt, ha fejtegetésekbe bocsátkoznánk az ese-

teinkben tapasztalt különböző elváltozások okai felett. Kerüljük a czélhoz nem vezető feltevéseket, mert kórboncztani lelet nélkül a constatált anosmiát és hyposmiát különböző megjelenésében megfejteni nem tudjuk.

Az *agy daganataira* vonatkozó eseteink száma 6 volt, ezek közül bonczasztalra egy került. Ezen esetben a sarcoma a hypophysisből kiindulva, nagyobbára a nagy nyakszirti nyilásig a csontállományra szorítkozott és legutóbb mellfelé a rostacsontba és az orrüreg felső részére terjedt mindkét oldalon. A halál előtt két hónappal megejtett vizsgálatnál az orrüregben látható daganat nem volt, a baloldali normalis szaglóképesség mellett jobboldali hyposmia állott fenn, bizonynyal a nyákhártya alatt előrenövő sarcoma folytán. Egy esetben szaglási eltérés nem volt, négy esetben pedig kétoldali hyposmiát láttunk egyszer a jobb, egyszer a bal oldalon kifejezettebben, míg kétszer a szaglóképesség csökkenése mindkét oldalon egyforma volt.

Ama, az irodalomban csekély számmal közölt agytumor esetek kórboncztani lelete, melyeknél a szaglószerv állapotára is tekintettel voltak a sectionál, a szaglószerv központi részeinek sérülését mutatta és valószinüvé tette, hogy a szaglás centruma a gyrus hypocampi és a gyrus uncinatusban keresendő. Az agydaganatoknál felvett neuritis opticának megfelelően feltételezett neuritis olfactoria kell, hogy még további kórbonczolati vizsgálódás tárgyát képezze, bár tagadhatlanul úgy a koponyaüri nyomás emelkedésének, mint ama szoros összefüggésnek, mely a szaglóidegek neurilemmáját körülvevő nyirküregek és a subduralis és subarachnoidealis üregek között fennáll, szerepe van a körzeti szaglószerv működésének zavaraiban.

Az agy és agyacs daganatainál gyakran találták a nervus olfactorius sorvadását is és ezt a folyamatot másodlagos elváltozásnak tekintették, mely egyrészt a fokozott koponyaüri nyomásnak, másrészt a lágy agykéreg idült gyuladásának volna a folyománya.

Tabes dorsalis 18 esete közül nyolczszor szaglási eltérés nem volt kimutatható. Magának az orrnak vizsgálata csupán 3 esetben mutatott elváltozást, két kétoldali szagláshiány közül egyszer az orrkagyló duzzadtságát és az orrsövény elferdülését, egyszer csak az orrsövény elferdülését, egy baloldali hyposmiánál végül a bal alsó orrkagyló duzzadtságát láttuk. Három esetben kétoldali anosmia, öt esetben kétoldali hyposmia, egy-egy esetben pedig egy jobboldali s egy baloldali hyposmia volt jelen tabeses betegeinknél, tehát e bántalomnál kisebb-nagyobb eltérések a szaglószervben elég gyakran észlelhetők. Cerebralis tabesnél megejtett kórboncztani vizsgálatok a bulbus és nervus olfactorius sorvadását, valamint rostkieséseket mutattak a szaglóközpontban.

Paralysis progressivánál kétoldali hyposmiát láttunk, a rhinoskopiai vizsgálat negativ volt. Paralysis progressivában elhaltaknál különben észlelték sectióknál a tractus olfactorius sorvadását s nagy rostkiesést a gyrus uncinatusban és az Ammonszarvban. *Tetania* egy esetében a baloldali anosmia jobboldali hyposmiával párosult.

14 hysteria közül hatszor szaglási eltérés nem volt constatálható, a rhinoskopiai vizsgálat is csupán egy izben mutatott bal oldalon egy kis léczet az orrsövényen. Egy esetben kétoldali anosmiát, kétszer egyoldali anosmiát, egy esetben egyik oldalon anosmiát, a másikon hyposmiát láttunk. Három esetben kétoldali, egy esetben egyoldali hyposmia volt jelen, egyszer a fennforgó hemiplegiának megfelelő oldalon.

Különben az irodalomban is a hysteria számos esetében lett a szagláshiány és a szaglás zavara észlelve. Hysteriánál az asa foetidával szemben teljes vagy részleges szagláshiány észleltetett. Eseteinkben azonban az asa foetidával egy szagclassisba tartozó aethylbisulfiddal szemben teljes anosmiát csak akkor láttunk, ha az egyéb szagok irányában is megvolt. Oly esetekben, hol hyposmia volt jelen, a többi szaganyaggal összehasonlítva, az legkifejezettebb volt az aethylbisulfiddal szemben.

Egyéb idegbántalmaknál talált szaglási eltéréseket az alábbiakban adjuk: Neurasthenia két esetében hyposmiát, ép úgy sclerosis polyinsularis ugyanannyi esetében kétoldali hyposmiát találtunk; paralysis spinalis spastica két esete közül az egyiknél kétoldali hyposmiát, a másiknál rendes szaglást láttunk. Két syringomyeliásnál rendes volt a szaglás, hasonlóképen 3 myelitisesnél is, míg a negyediknél a szaglás nagymérvü lefokozása állott fenn. Az atrophia nervi optici két, a degeneratio grisea egy esetében szaglási eltérés nem volt, míg két dystrophia musculorumnál egyoldali hyposmiát észleltünk.

Az *idült mérgezéseknél* 4 ólommérgezés közül egy esetben nem láttunk abnormitást, egyszer anosmiát, kétszer kétoldali hyposmiát, 4 morphinista közül pedig egyszer anosmiát, egyszer kétoldali hyposmiát észleltünk, kétszer ellenben rendes volt a szaglószerv működése. Minthogy ez eseteinkben a rhinoskopiai vizsgálat negativ volt, valószinünek látszik ezen és egyéb idült mérgezéseknél annak a felvétele, hogy itt a véráram útján a szaglószervhez is eljutott méreg csökkenti annak működési képességét.

Lázas bántalmaknál, malariánál, pleuritisnél, pneumoniánál, peritonitisnél, phthisis tbc. pulmonumnál stb.-nél a hőemelkedések tartama alatt hyposmia volt jelen, okul szerepelhetett itt egyrészt az infectiót előidéző toxin, másrészt a szaglóközpontnak a láz alatt fellépő csökkent érzékenysége.

Vitium cordis 11 esetében négyszer rendes volt a szaglás, egyszer az orrsövény elferdülést mutatott anosmia jelenléte mellett. Három esetben kétoldali anosmia, három esetben kétoldali hyposmia volt jelen. E vitiumoknál észlelt szaglási zavarok nézetünk szerint valószinüleg a vérkeringés zavaraival függtek össze.

Nephritis 4 esete közül egyszer találtunk egyoldali hyposmiát, 2 diabetes mellitusos betegnek rendes volt a szaglása, míg diabetes insipidus, Addison-kór, Banti-féle bántalom, carcinoma hepatis egy-egy esetében kétoldali hyposmiát észleltünk. Májechinococcus egy esetében rhinitis hypertrophica mellett kétoldali anosmia, 3 icterus közül kettőnél kétoldali hyposmia, egy anaemiánál kétoldali hyposmia, egy másiknál pedig rhinitis atrophicans mellett kétoldali anosmia volt jelen.

4 otitis mediánál rendes volt a szaglás, 3 otitis media chronica bilateralis közül kettőnél rhinitis hypertrophica mellett anosmia, egynél az egyik oldalon hyposmia, a másik oldalon anosmia volt jelen. Otitis media suppurativa két, labyrinthitis egy esetében kétoldali hyposmiát találtunk.

Egy teljesen egészséges embernél teljes anosmiát észleltünk, az illető különben, mint előadta, sohasem érzett szagokat.

Ezekben foglaltuk össze vizsgálataink eredményeit, a melyek míg egyrészt klinikai ismereteinket kiegészítik, másrészt feltüntetik ama sok kérdést, melyek még megoldásra várnak. A teljes vagy részleges szagláshiány okaira nézve sok tekintetben magyarázatot adni ez idő szerint nem tudunk, ez okból czélhoz nem vezető feltevésekbe és fejtegetésekbe nem bocsátkozunk. Megkezdett klinikai vizsgálódásainkat folytatni fogjuk és a rendelkezésünkre álló anyagot kórboncztani vizsgálatokkal fogjuk kiegészíteni, mert csupán ez utóbbiaktól lehet várni számos nyilt kérdés megoldását. További klinikai és kórboncztani vizsgálódásaink eredményeiről majd be fogunk számolni, jelen közleményünkkel a szaglásnak eddig mostohán tárgyalt kórtanára kivántuk a figyelmet fordítani.

Irodalom. 1. *Ónodi:* Anosmie. Wiener med. Presse. 1900. — 2. *Reutter*: Essentielle Anosmie. Archiv f. Laryngologie. — 3. *Prevost:* Gazette médical de Paris. 1866. — 4. *Zwaardemaker:* Physiologie des Geruches. 1895. — 5. *Frankl-Hochwart*: Die nervöse Erkrankungen des Geruches. Nothnagel's speciel. Path. u. Ther. XI. k. 2. — 6. *Kundrat:* Archinencephalie. Graz. 1882. — 7. *Claude Bernard:* Leçons sur le système nerveux. — 8. *Lebec:* Progrés médical. 1883. 48. szám. — 9. *Hutchinson:* American journal of med. sciences. 1852. — 10. *Jobert:* Plaies d'armes à feu, 139. lap. — 11. *Hahn*: Berlin. klin. W. 1868. 170. lap. — 12. *König:* Lehrbuch der spec. Chirurg. 1885. — 13. *Riedl:* Correspondenzbl. des allgem. ärztl. Vereines von Thüringen. 1892. — 14. *Scheier:* Berl. klin. W. 1893. — 15. *Th. Schmidt, Berger* és *Tyrmann:* Die Krankheiten der Keilbeinhöhlen. — 16. *Schalk*: Internationales Centralbl. f. Laryng. 1892—93. — 17. *Billroth-Lücke:* Deutsche Chir. 31. f. — 18. *Siebert:* Monatschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. 1899. — 19. *Schlager:* Ueber die in Bereich des Geruchs auftretenden Illusionen bei Geistesstörungen. Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte zu Wien. 1858. — 20. *Lockemann*: Zeitschr. f. rationelle Medic. 1861. — 21. *Oppenheim:* Charité Annal. 1885. — 22. *Jackson* és *Beevor:* British med. Journ. 1888. — 23. *Carbonieri*: Intern. Centralbl. f. Laryngologie. 1887—88. — 24. *Zwaardemaker:* Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde. 1891. — 25. *Idem.* — 26. *Huglings Jackson:* Internat. Centrbl. f. Laryngologie. 1887—88. — 27. *Muskens:* Eenigi Waarnemingen omtreut reukstoornissen bij verhooging van den intracranielen druk Overgedrukt mit het Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde. 1901. 18. szám. —

28. *Quincke:* Correspondenzbl. f. schweizer Aerzte. 1882. — 29. *Huguenin:* Ugyanott. 1882. 9. — 30. *Freudenthal:* Virchow's Arch. 161. — 31. *Westphal:* Psychol. Medic. 1863. — 32. *Siemerling:* Arch. f. Psych. 19. k. — 33. *Holm:* Intern. Centralbl. f. Laryng. 3. sz. — 34. *Reuter:* Arch. f. Laryng. 9. k. — 35. *Heusner:* Berl. klin. W. 1886. — 36. *Bamberger:* Internat. Centralbl. f. Laryng. 1887—88. — 37. *Parker:* Intern. Centralbl. f. Laryng. 7. k. — 38. *Labbé:* Ugyanott. 9. k. — 39. *Reutter:* Arch. f. Laryng. 9. k. — 40. Ugyanott. — 41. *Zwaardemaker:* Physiologie des Geruchs. 1895. — 42. *Goldzweig:* Beiträge zur Olfactometrie. Arch. f. Laryng. 6. k. — 43. *Lennox:* Journ. of laryng. 1888. 2. k. — 44. *Fröhlich:* Wiener Sitzungsberichte. 1851. 6. k. — 45. és 46. lásd a 42. folyószámot. — 47. *Wright Wilson:* Journal of laryng. 1888. 2. k. — 48. *Gottschalk:* Deutsche med. W. 1891. — 49. *Krause:* Münch. med. W. 1895. — 50. Orvosi Hetilap. 1899. — 51. *Onodi:* Archiv f. Laryng. 14. k. — 52. *Zwaardemaker:* Odorimetrie von procentischen Lösungen und von Systemen im heterogenen Gleichgewicht. Arch. f. Anat. u. Physiolog. 1903.

TÁRCZA.

A bruxellesi nemzetközi hygieniai és demographiai congressus.

A XI. nemzetközi hygieniai és demographiai congressus folyó évi szeptember hó 2-dikától 8-dikáig zajlott le Bruxellesben — a hygieniai és egyéb „congressusok bölcsőjében" — *II. Lipót király* védnöksége és *Albert herczegnek* — a flandriai gróf fiának, tehát a belga trón majdani örökösének — diszelnöksége alatt.

A congressus szervező bizottságának és a congressusnak is elnöke *Beco M. E.* volt, a ki a közegészségi központi igazgatás főnöke s főtitkár a belga földmivelésügyi ministeriumban, a melybe Belgiumban a közegészségügy is tartozik. Alelnökök: *Deveux A.* dr. közegészségi főfelügyelő és *Leclerc J.* a központi statistikai bizottság elnöke, főtitkár: *Putzeys Félix* dr. egyetemi tanár, titkár pedig *Voituron* dr. közegészségügyi felügyelő volt.

A congressus, mint ismeretes, 2 főosztályra: *a) közegészségi* és *b) demographiai* osztályra oszlott, az első főosztály pedig hét szakosztályra, melyek a következők: 1. Bakteriologia. 2. A tápszerek hygieneje. 3. Egészségügyi technologia. 4. Ipari egészségügy. 5. A közlekedés hygieneje. 6. Egészségügyi közigazgatás vagyis inkább socialis hygiene, mely czím alatt a fertőző betegségek ellen való védekezést, a munkáslakásokat és a gyermekegészségügyet tárgyalták. 7. Gyarmati egészségügy.

A congressust a szeptember 2-dikán délelőtt a Palais des Académies disztermében tartott nagygyülésen nyitotta meg *Albert herczeg*, a congressus diszelnöke. A gyülésen a belgiumi politikai előkelőségek, a ministerek, az ottani külföldi képviseletek számos tagja és igen nagy hallgatóság vett részt. A congressuson a tudományos világnak valóban, előkelő társasága volt együtt, többek közt: *Brouardel, Metchnikor, Loeffler, Ehrlich, Arloing, Köhler, Weichslbaum, Pfeiffer, Hueppe, Celli, Perroncito, Heubner, Pannwitz* stb.; köztük magyar részről: *Liebermann, Preisz Hugó, Vargha, Csatáry, Frank, Tóth Imre, Farkas* műszaki tanácsos. A herczegnek zajos tapssal fogadott megérkezte után *Favereau* külügyminister — a megjelenésben akadályozott ministerelnök helyett — a belga kormány nevében üdvözölte a congressust, melyen 27 állam kormánya képviseltette magát küldöttei által s felkérte a herczeget a congressus megnyitására.

A herczeg magas szinvonaló, tartalmas beszéddel nyitotta meg a congressust; örömét és köszönetét fejezve ki a felett, hogy e megtisztelő feladatot ő teljesítheti, kiemelte, hogy a megvitatandó tárgyak közt nem egy olyan van, a melyet az egész világ feszült érdeklődéssel kisér, mint pl. a tuberculosis-ellenes keresztes hadjárat, a gyermekek egészségének, az ipari munkások egészségi viszonyainak javitása, melyeket ma már a törvények is oltalmukba vesznek. A törvények azonban nem mindenhatók — tevé hozzá — s ezért az egészségtudomány gyümölcseinek nemcsak kodexünkben, hanem szokásainkban is gyökeret kell verniök. Méltatva az egészségtudomány kiváló fontosságát és óriási hasznosságát, melynek köszönhető, hogy az általános halálozás évről évre csökken, a nagy járványok pusztitásai egyre szükebb korlátok közé szorulnak, hangoztatta a tudomány embereinek nagy érdemeit az emberiség közjava: az egészség érdekében s hozzátette, hogy azok, a kik életüket és egész munkásságukat a tudománynak szentelik, bizonyára kielégitést találnak abban, hogy a tudomány vivmányait az emberiség javára fordiják. A herczeg azzal a kivánsággal, hogy a congressus tárgyalásai vessenek újabb világot a tárgyalás alatt lévő nagy kérdésekre, megnyitotta a congressust.

A congressus elnöke: *Beco* hosszabb beszédben ismertette a Bruxellesben eddig tartott congressusok történetét, melyeknek elsejét 1852-ben tartották *I. Lipót királynak*, a belgák dynastiája megalapitójának védnöksége alatt, megjegyezvén, hogy a hosszú évek tapasztalatai azt bizonyitják, hogy Bruxellest a congressusok előszeretettel keresik fel, a mit ő a belga nemzet kezdeményező tehetségének, szabad és vendégszerető intézményeinek, és ama törekvésének tulajdonit, hogy erősen igyekszik a többi nemzetek bizalmának és barátságának részese lenni. Nem kis része van ebben az ő szeretett fővárosuknak sem, a mely napról napra szépül. A második hygieniai congressust 1876-ban tartották, úgy hogy a jelen congressus már a harmadik a maga nemében. Kiemelte a közegészségügy nagy horderejét, mely egyrészt a népesség folytonos növekedése, másrészt pedig az ipar óriási fejlődése következtében nagyfontosságú socialis kérdéssé növekedett, s az államférfiak kiváló gondoskodását és figyelmét igényli. A congressus nevében hódol II. Lipót királynak, a ki a közegészség ügyének lelkes előbbre vivője, és Albert herczegnek, a ki a tuberculosis-ellenes hadjáratban Belgiumban nagy kezdeményező szerepet játszik. Ama reményének ad kifejezést, hogy a congressus tárgyalásai a szőnyegen lévő kérdések, mint pl. az emberi és állati gümőkór viszonya, az alkoholismus mérséklése, az ivóviz tisztitása, a serumok gyakorlati értéke, a fertőző betegségek prophylaxisa stb. tisztázásához nagy mértékben hozzá fognak járulni

Putzeys tanár főtitkár a congressus szervezetét és tárgyait ismertetvén, jelentette, hogy a congressusnak 1900 tagja van, köztük 500 hivatalos kiküldött. E congressus tehát a hygieniai congressusok leglátogatottabbja, mert a tagok száma még a nagy kiállitás évében — 1900-ban — tartott párisi congressusét is meghaladja mintegy 300-zal; a bejelentett előadások száma 175. *De Mot*, Bruxelles város polgármestere, a város nevében üdvözölte a congressust s meghivta a városházán tartandó fogadóestélyre. *Brouardelnek*, a congressus állandó központi bizottsága elnökének üdvözlő szavai után az államok kormányainak kiküldöttei adták át kormányuk üdvözletét, magyar részről *Csatáry* min. tanácsos.

A megnyitó ülés után a congressussal kapcsolatban rendezett kiállitást nyitotta meg a herczeg, mely a congressussal szemben lévő községi iskola épületében volt berendezve. A kiállitáson tuberculosis-culturák, gümőkóros kórbonczlani készitmények, köztük sok kisérleti úton előállitott gümőkórt mutató szerv — többek közt majmokon végzett oltások eredményei —, tápszervizsgáló készitmények és eszközök — különösen a tejvizsgálatra vonatkozók — voltak láthatók; megemlitendők még Ostende város csatornázása és vizszolgáltatási rendszerének kiállitása, munkáslakóházakra vonatkozó minták és tervek, továbbá a belgiumi és a németországi tuberculosis ellenes liga szervezeti szabályai és kiadványai, fűtési, gyermeknevelési és táplálási, fertőtlenitési stb. tárgyak.

A kiállitásról szerkesztett katalogus igen elmésen a congressusra kitűzött kérdések figyelembevételével volt szerkesztve, a mi tanulmányozását természetszerűleg megkönnyitette.

Szegedy-Maszák Elemér dr.

(Folytatása következik.)

Közegészségügy.

A pestis behurczolásának megakadályozása végett elrendelt forgalmi korlátozások. 95,547 IV—a./1903. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak Fiumét is beleértve.)

A Marseille-ben történt pestis-betegedésekre való tekintettel a kereskedelmügyi minister úr f. évi szeptember hó 19-dikén 61,580. sz. a. kelt rendeletével a földmivelés- s pénzügyminister urakkal, úgyszintén velem, valamint az osztrák cs. kir. kormánynyal egyetértőleg némely árúknak s tárgyaknak Marseilleből való behozatalát és átvitelét megtiltotta, illetőleg korlátozta.

Ezt a törvényhatóságnak azzal hozom tudomására, hogy a Marseilleből, továbbá, tekintettel arra, hogy a megnevezett városba — hir szerint — Beirutból származó rongyokkal hurczoltatott be a pestis, a syriai és kisázsiai kikötőkből érkező utasokkal szemben követendő eljárásra nézve az 1901. évi 80,601. sz. körrendeletem határozmányait tartsa szem előtt.

Budapesten, 1903. évi szeptember hó 21-dikén.

A minister helyett *Gulner* s. k., államtitkár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A dysenteria aetiologiájáról.

Közli: **Marikovszky György** dr. egyet. tanársegéd.

(Folytatás.)

75. *Marckwald:* Ein Fall von epidemischer Dysent. beim Foetus. Münch. med. Wochenschrift. 1902. — 76. *Massjutin:* A bélbajoknál előforduló amoebákról. Wratsch. 1889. — 77. *Matthieu-Soupault:* Les amoebes de l'intestin etc. Gaz. des hôp. 1896. — 78. *Moreul-Rieux:* Du bacille dysentérique etc. Compt. rend. hebd. 1901. — 79. *Mc Naught:* An anomalous case of continued fever with abscesses of the liver. Lancet. 1900. — 80. *Ogata:* Zur Aetiologie d. Dysenterie. Vorläuf. Mittheilungen. Cbl. f. Bakt. u. Paras. XI. 1902. — 81. *Osler:* Ueber die bei Dysenterie u. in dysent. Leberabscessen vorhandene Amoeba. Cbl. f. Bakt. 1890. — 82. *Pasquale:* Spedizione scientifica Kruse-Pasquale per lo studio della dissenteria etc. Giorn. med. del R. Exercito e Marina. 1893. — 83. *Petridis:* Recherches bacteriologiques sur la pathogénie de la dys. etc. Alexandrie. Lagondakis inprim. 1898. — 84. *Plehn:* Die Dysenterie in Kamerun. Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. 1898. —

Boas[9] (1896) két chronikus diarrhoeában szenvedő beteg ürülékében 1. encystált, 2. nyugvó és 3. mozgó amoebákat talált. Megvizsgálta erre 43 egészséges egyén székét is, és 12 esetben talált oly kép-

leteket, a melyeknek alakja és nagysága megfelelt az amoebáknak, de a melyek nem mozogtak. O az amoebás enteritist az enteritis egy speciális fajtájának tartja.

Matthieu és *Soupault*[77] (1896) klinikai vizsgálatai szerint elég gyakran teljesen egészséges egyéneknél is vannak amoebák, a nélkül, hogy bár a legcsekélyebb bajt is okoznák. Diarrhoeás székben gyakoribbak az amoebák, és számuk is nagyobb, mint normalis székben. Ha a diarrhoea mulik, számuk megfogyatkozik, de ez néha akkor is bekövetkezik, mikor a székek száma és minősége nem változik lényegesen. Sok, de nem mindegyik dysenteriás székben szintén találhatók amoebák. Mathieu és Soupault szerint nincsenek még eldöntve a következő kérdések. 1. Van-e egyáltalában köze az amoebáknak a diarrhoeához. 2. Nincsenek-e amoeba-varietások, a melyek közül az egyik ártalmatlan, a másik ártalmas. 3. Az ártalmatlan varietás nem alakulhat-e bizonyos körülmények között virulenssé át.

Ciechanowsky és *Novák*[23] (1898) 16 endemikus és 5 másodlagosan mint complicatio fellépett dysenteria esetét vizsgálva meg, sem az ürülékben, sem a bélből készített metszetekben nem találtak amoebát. Arra hivják fel a figyelmet, hogy felületes vizsgálatnál úgy leukocyták, mint bélepithel amoebáknak látszhatnak. Ők kizártnak tartják, hogy amoebák okozzák a dysenteriát.

Römer[90] (1898) 17 részben forró égövi, részben németországi dysenteriásnak székét vizsgálta meg. Kettő a betegek közül gyerek volt s csak ezeknek a székében nem talált mozgó amoebát. Mozgásuk sebessége a melegtől és a környezet egyéb viszonyaitól függött, de attól független volt, hogy a eset tropikus vagy német volt-e. Hogy van-e bennük vörös vérsejt vagy nincs, az nem jellemző a dysenteriára, s csak attól függ, hogy véres-e a szék vagy nem. Römer ártalmatlan élősdieknek tekinti a dysenteriás székekben talált amoebákat, melyeknek elszaporodására a bő, nyákos szék igen alkalmasnak látszik, de a melyek semmiben sem különböznek azoktól az amoebáktól, a melyek közönséges enteritisnél is megtalálhatók.

A mi a dysenteria bacillusát illeti, *Chantemesse és Vidal*[18] 1888-ban öt dysenteriás székből, és egy halállal végződött eset vastagbeléből, mesenterialis mirigyeiből és lépéből egy kis bakteriumot tenyésztettek ki, melyet ők specifikusnak tartanak. Ez a bacillus mozog, anilinfestékekkel rosszul festődik, a gelatinát nem folyósítja, úgy ezen, mint más táptalajon száraz sárga telepeket alkot. Tengeri malacznak vastagbelébe fecskendezve, annak nyákhártyáján diphtheriaszerű gyuladás lépett fel és úgy a béltartalomban, mint a beteg bélrészletben, kétszer pedig a máj coagulatiós-necrosisos részleteiben is meg lehetett találni az illető bakteriumot.

Grigoriew[44] 1891-ben 10 dysenteriásnak ürülékéből szintén ki tudott tenyészteni egy bacillust, melyet azonosnak tart a Chantemesse-Vidal-félével. Bacillusa néha fonalat alkot, sporája nincs, Gram szerint festődik. Rendesen nem pathogen, de ha az állat végbelébe izgatás végett előzőleg 5%-os ammoniak-oldat lett befecskendve, acut colitis lép fel. Azt bizonyosnak tartja Grigoriew, hogy ez a bacillus dysenteriánál jelen van, de pathogenitását addig, míg az amoeba-kérdés nincs tisztázva, nem tartja kétségtelennek.

Ogata[89] (1892) egy déli Japánban uralkodott dysenteria-járvány alkalmával 13 megvizsgált szék közül 11-ben, azonkivül egy dysenteriában elhalt egyén bélfekélyeinek submucosus részleteiben is talált egy vékony, rövid bacillust, mely Gram szerint festődik és a gelatinát folyósítja. Gelatina lemezen 24 óra mulva kerek, homogen, halvány sárgás-zöld, később sötétebb, szürkés, szemcsézett telepeket képez. A bakterium tenyészete egerek bőre alá fecskendve oedemát, malaczoknál az infectio helyén oedemát, azonkivül véres-nyákos ürüléseket okoz, a vastagbélben fekélyeket és vérzést, a mesenteriális mirigyekben pedig erős duzzadást idéz elő. Malaczoknak vagy macskáknak végbelébe fecskendezve a tenyészetet, ugyanaz volt az eredmény. Minthogy Ogata egyetlen esetben sem talált amoebát, a japáni dysenteria okának az általa separált bacillust tartja.

Arnaud[2] (1894) Tunisban tanulmányozva a dysenteriát, amoebát nem talált, de 53 esetben az ürülékből, egy esetben pedig egy dysenteriában elhaltnak lépéből bakterium coli communét tudott isoláltan kitenyészteni. Tiszta tenyészetnek subcután vagy intraperitoneális beoltása, vagy tenyészetnek vagy bakterium tartalmu ürüléknek az ételhez keverése sem nyulaknál, sem patkányoknál, sem tengeri malaczoknál nem járt positiv eredménynyel, minthogy az állatok általános sepsisben tulságosan hamar elpusztultak. Per os kutyákat sem lehet biztosan fertőzni, ellenben per rectum 60—80 cm³ bouillontenyészetet fecskendezve be, 3 kutyán jellemző dysenteriát lehetett előidézni. Egyik a fertőzéstől számított 21, a másik 35 nap mulva pusztult el, a harmadik meggyógyult.

Celli és *Fiocca*[22] 62 különböző helyről való dysenteriát vizsgáltak meg Olaszországban. Vizsgálataik szerint 1. A mi éghajlatunk alatt honos dysenteriának specifikus, kórokozó csirája nem található. 2. Az amoebák, főleg az amoeba coli, nem tekinthetők specifikusan kórokozóknak, mert vannak sporadikus, endemikus és epidemikus esetek, a melyeknél nem találhatók amoebák. Azonfelül dysenteriás bélsárnak, vagy amoebákat és bakteriumokat tartalmazó tenyészetnek bevitelével amoebamentes dysenteriát lehet előidézni. Meleggel meg lehet az amoebákat ölni s csak bakteriumokat, illetőleg azok mérgét tartalmazó ürüléket bevinni s mégis beáll a dysenteria. (Hyperaemia, haemorrhagia, a vastagbél haemorrhagiás beszűrődése, necrosisa és ehhez társuló ulceratio.) 3. Minden dysenteriás ürülékben találtak egy a coli csoportba tartozó bacteriumot néha egyedül, máskor néhány typhushoz hasonló bakteriummal, streptococcussal vagy proteussal együtt. 4. Ez a colihoz hasonló bacterium oly toxint termel, mely bouillon-tenyészetből alkohollal kicsapható, vízben oldható, és a mely a bélbe vive, vagy subcutan adva, pathogennek bizonyult, illetőleg állítólag dysenteriát okozott. (Állatkisérleteikhez a szerzők macskákat használtak.) 5. A toxint úgy ember, mint állatok véréből elő lehet állitani, akár természetes, akár experimentalis dysenteriában szenvedtek azok. 6. A toxinhoz egy időre hozzá lehet állatokat szoktatni, ha azoknak lassan fokozódó adagokat nyujtunk. 7. A typhus és a coli commune toxinjai az okozott bélelváltozások localisatiojában különböznek a bakterium coli dysentericum toxinjától. 8. Szerintük a dysenteria keletkezésénél elsődleges egy a bacterium coli dysentericum toxinja által előidézett bélintoxicatio. Ez praedisponálná azután a bélnyálkahártyát arra, hogy benne közönséges genyesztő bacteriumok másodlagos fekélyesedést indítsanak meg. Positiv eredménynyel járt kisérleteiket ők akkép végezték, hogy subcutan coli-toxint, per anum streptococcust fecskendeztek be.

Galli és *Valerio*[41] (1896) dysenteriások véres székéből szintén kitenyésztettek egy bakteriumot, melyet a coli csoportba soroznak, melyről azonban azt irják, hogy a gelatinát folyósítja, zöld szint termel, indolt nem képez, Gram szerint festődik. E bakterium tenyészete kutyák vagy tyúkok bőre alá fecskendezve, vagy kutyáknak per os adva, azokon állitólag dysenteriát idézett elő.

Ciechanowski és *Novák*[23] (1898) szerint a dysenteria keletkezésénél valószinűleg nem játszanak szerepet a bakteriumok. Nekik is sikerült ugyan egy a colihoz hasonló bakteriumot kitenyészteni, de az Gram szerint festődött, macskákra pedig sem per os, sem per anum nem volt pathogen még akkor sem, ha az állat tápcsatornájába előzőleg ricinust vagy crotonolajat vittek.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Havelock Ellis: Das Geschlechtsgefühl. Eine biologische Studie. Autorisierte deutsche Ausgabe, besorgt von Dr. Hans Kurella. Würzburg, A. Stuber's Verlag, 1903.

Szerzőnek mintegy két év előtt „Geschlechtstrieb und Schamgefühl" czim alatt megjelent munkáját e helyen ismertettük. Mostani ismertetésünk tárgyát képező tanulmány az előbb emlitett munkának kiegészítője és betetőzése.

A sexualis életnek az utolsó években rengetegül felszaporodott irodalma majdnem kizárólag az aberratiók, a beteges nyilvánulások kutatásával és leirásával foglalkozik.

Szerző, ki a normális ösztön élettanának megirását tűzte ki feladatául, a normális ösztön fejlődésének és psychologiájának képét akarja nyujtani. A maga elé tűzött feladat rendkivül bonyolult volta megmagyarázza azt a széles alapot, a melyre tanulmányát felépíti. Az egyéni analysis, a sociologia, az ethnographia majdnem egyenlő mértékben szolgáltatja az adatokat. Analogiák az állatvilágból, tömérdek anekdotaris anyag támogatják ez adatokat és teszik a munka olvasását ép oly tanulságossá, mint élvezetessé.

A folytonosan kinálkozó alkalom daczára, a munka irója soha pornographikus kiaknázásokba nem bocsátkozik, valóságos művészettel vonja meg a határt, elmondani azt a mi thesise bebizonyitására szükséges, lehetőleg exact adatokkal szolgálni, soha azonban szükségen felüli részletfestéssel a figyelmet az episodikus felé terelni. Az általudományosság, a melynek leple alatt hasonló tárgyú munkákban az érzékizgatás terpeszkedik, itt igazi tudományos törekvésnek ad helyet. Ha a biologiai kutatás szempontjából e törekvés eszközei még elég fogyatékosnak mondhatók is, és módszereivel nem tekinthető egyenrangúnak azzal, a melyet természettudományi kutatásoknál megszoktunk és helyeseknek ismertünk fel, értékében mégsem becsülhető alá.

Az anyaggyüjtés fáradságos, nagy munkája elismerést érdemel, ha ez anyagból levont következtetések talán koraiak, talán merészek is. Ellis munkássága nem fog nyomtalanul alámerülni a modern könyvproductio tengerében. *Ráskai.*

Uj könyvek. *Brünet:* Über das branchiogene Karzinom. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Auerbach:* Der Knötchen- oder Schwielenkopfschmerz und seine Behandlung. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Meyer:* Über die Beziehungen des adenoiden Gewebes zu bösartigen Geschwülsten. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Marburg:* Mikroskopisch-topographischer Atlas des menschlichen Centralnervensystems. Leipzig und Wien, F. Deuticke. — *Müller:* Narkologie. Leipzig, A. Hoffmann. — *Cramer:* Gerichtliche Psychiatrie. 3. Auflage. Jena, G. Fischer. — *Wehmer:* Encyclopädisches Handbuch der Schulhygiene. Leipzig—Wien, A. Pichler's Wittwe und Sohn. — *Hofmann:* Functionelle Herzmuskelschwäche und Nervensystem. München, Seitz und Schauer. — *Wundt:* Naturwissenschaft und Psychologie. Leipzig, W. Engelmann. — *Foerster:* Die Mitbewegungen bei Gesunden, Nerven- und Geistesk ranken. Jena, G. Fischer. — *Leo:* Arzneiverordnungen, diätetische und hygienische Vorschriften für die Praktikanten der medicinischen Poliklinik. Berlin, A. Hirschwald. — *Oppenheimer:* Die Fermente und ihre Wirkungen. Zweite Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Windscheid:* Aufgaben und Grundsätze des Arztes bei der Begutachtung von Unfallnervenkranken. Leipzig, Veit und Co. — *Focken:* Über chronisch ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. Jena, G. Fischer. — *Fraenkel:* Specielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten. I. Hälfte. Wien und Berlin, Urban und Schwarzenberg. — *Ascoli:* Vorlesungen über Uraemie. Jena, G. Fischer. — *A. H. Tubby and R. Jones:* Modern methods in the surgery of paralyses. London, Macmillan and Co.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A diabetes insipidus gyógyításához szolgáltat adatokat *Tallqvist* egy pontosan észlelt esete kapcsán. A 41 éves férfibeteg vizeletének napi mennyisége 7 liter volt; e mellett a diabetes insipidus egyéb megszokott tünetei voltak észlelhetők. Szerző a beteget fehérjeszegény diaetára fogta: a húst teljesen eltiltotta, nemkülönben a fehérjéket nagyobb mennyiségben tartalmazó tápszereket. A diaeta következőkből állott: 100 gramm kenyér, 150 gramm vaj, 500 gramm burgonyapép, 200 gramm almapép, 75 gramm czukor, 50 gramm tejszin, 600 gramm sör, 250 gramm tea. Ezen diaeta mellett a vizelet napi mennyisége 3 literen alulra csökkent, a szomjúság tetemesen mérséklődött és az általános állapot is javult. Fehérjedús tápszerek élvezete után (tej, hús) azonnal visszaesés állott be. A diaeta említett megváltoztatása, a mely a vizelet mennyiségét illetőleg oly kifejezett befolyást gyakorolt, a vizelet összetételére semmi hatással nem birt. Szerző tehát azt hiszi, hogy diabetes insipidusban a vese működése van megzavarva, a melynek következtében a vese csak nagymennyiségű folyadékban oldott anyagokat bocsát át. Minthogy pedig fehérjedús diaeta mellett a vizelettel kiürítendő szilárd anyagok erősen meg vannak szaporodva, érthető, hogy ilyenkor polyuria áll be. Ugyanez észlelhető különben nagyobb mennyiségű konyhasó bevitele után is. A fentiek alapján tehát a diabetes insipidusban szenvedőknek fehérjében és chlorsókban szegény táplálékot kell adni. (Zeitschrift für klinische Medicin, 49. kötet.)

Húgyszervi betegségek.

A prostatectomia állása az Egyesült-Államokban.

Francis Munch, párisi orvos „Amerikai levél"-sorozatában több actualis sebészi kérdés (asepsis, a sérvek gyökeres műtevése, a mellrák kiirtása) állásának megbeszélése után egy újabb levelében a prostata hypertrophia sebészi kezelésével foglalkozik, mely alig egy pár év óta vonta magára a sebészek figyelmét, miután ez ideig a katheterismus mint a végső és egyedül jogos beavatkozás el volt ismerve.

Mai nap ezen palliativ kezelés teljesen el van hagyva és majd egyhangú a vélemény, hogy már a hypertrophizáló mirigy is minél korábban eltávolítandó. Már a műtéti eljárásokban nincs meg ezen egyhangúság, habár az általános vélemény a perinealis út felé fordul, a suprapubikus transvesicalis utat csak bizonyos esetek számára tartván fen. Igy James E. Moore a Minneapolis-i (Minnesota állambeli) egyetem sebésztanára csak a lágy és vérzékeny mirigyeket távolitja el a hólyag felől, egyébként a gáton át operál, mert nem talált még esetet, melyben a prostata oly magasan ért volna fel, hogy egy a hólyagba bevezetett és lefelé fordított katheter segitségével teljesen hozzáférhetővé nem tétetett volna. A prostata két lebenyét összekötő hidat sohasem távolitja el, mivel ebben fut a két ductus ejaculatorius, melyek épségben hagyásával a hátsó húgycső is könnyebben megtartható; ezen részlet azonkivül sohasem képezi kiindulási helyét az ú. n. középső Hume (Mercier)-féle lebenynek, mely mint már Freyer, londoni sebész kimutatta, mindig egyik lebenyre oltott gumós burjánzásként szokott fejlődni.

A perinealis seb természeténél fogva teljesen drainezve van, a hólyag épségben hagyása pedig ennek gyógyulását és gyakran septikus tartalmának távoltartását a sebtől biztosítja, mi a transvesicalis műtétnél gyakran nem sikerül.

A bőrmetszés Trendelenburg-fekvésben történik a scrotumtól az anusig, ritkán egy V-alakú kétszárú incisioval megtoldva.

Igy jár el az ország észak-keleti városaiban működő sebészek legnagyobb része.

Kissé eltérnek Charles H. Mayo Rochester-i (Minnesota állambeli) sebész indicatioi, ki egyebekben a perinealis út hive, a magas hólyagmetszést hájas egyéneknél, igen tág hólyag eseteiben, kövek és már egy előző műtéttől származó cystostomiás nyilás jelenlétében alkalmazza; gyakran azonban a gátról ellennyilást készít. Bőrmetszése haránt és ívben fut, állitólag igen tág betenkintést és hozzáférhetőséget eredményez.

Chicagóban Albert J. Ochsner, régebben a suprapubikus eljárásnak hive, ezt a perinealis prostatectomia kedvéért majd teljesen elhagyta, hacsak pl. egy isolált, erősen a hólyagba benyúló lebeny nincs jelen. Bőrmetszése patkó alakú.

Habár a prostatectomia mint a prostata-hypertrophia kezelésének egy módja nem tekinthető teljesen tisztázott eljárásnak, a legtöbb pontokban mégis van már megegyezés.

A kérdés napirenden van és ép úgy mint ez az appendixectomiával megtörtént, az általános érdeklődés folytán nemsokára a sebészet letárgyalt fejezetei („res judicatae") közé fog tartozni. (La Semaine Médicale, 1903. szeptember 9.) *Picker Rezső* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A ferratoseról és a jodferratoseról tartott előadást a legutóbbi német belgyógyászati congressuson *Manasse*. A ferratose a klinikailag bevált ferratin, melynek Schmiedeberg szerint tápanyag jelentősége is van, kényelmesebb adagolásmódját képezi. A jodferratose a jodnak és vasnak rendkivül kedvező összeköttetése, mely hivatva van arra, hogy a könnyen bomló, rossz izű és a különböző gyógyszerkönyvek szerint annyira változó mennyiségű jodvasat tartalmazó syrupus ferri jodati-t helyettesitse. A jodferratose mint antiscrophulosum, továbbá mint roborans és tonicum nagyon jó szolgálatokat tehet. Úgy a ferratoseból, mint a jodferratoseból felnőtteknek naponként 3—4 evőkanálnyi, gyermekek nek ugyanannyi kávéskanálnyi, egészen kis gyermekeknek pedig reggel és este egy-egy kávéskanálnyi adandó.

Theocinnal (theophyllin) Leube tanár klinikáján 28 betegnél tett kisérleteket *Rattner* (Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1903). A diuretikus hatás kivétel nélkül minden esetben mutatkozott, de nem tartott sokáig, úgy hogy a szert huzamosabb ideig kellett használni; ilyenkor azonban az adagot fokozni kell, mert az eleinte hatásosnak mutatkozó adag később eredménytelen marad. Káros hatás a vesére sohasem volt észlelhető; az idegrendszer részéről jelentkező tünetekkel (izgatottság, álmatlanság, fáradtság stb.), a melyekről némely szerző megemlékezik, szintén nem találkoztak. A gyomor részéről néha jelentkeztek kellemetlen tünetek, ezek azonban többnyire elkerülhetők, ha nem porban, hanem oldatban adjuk a theocint; gyomorbajos betegeknek különben suppositorium alakjában is rendelhető. Szerző még megemliti, hogy két gyermeknél is használta a theocint jó eredménynyel és minden káros melléktünet jelentkezése nélkül (0·1 theocin 75·0 vizre; ebből 3—5 gyermekkanálnyi naponként). Újabban két új theocinkészitmény került forgalomba, t. i. theophyllinnatrium (3—4-szer naponként 0·4 gramm) és a theophyllinum natrio-salicylicum (3—4-szer naponként 0·5 gramm). *Minkowski* tanár szerint ezen készitmények ugyanolyan diuretikus hatást fejtenek ki, mint a theocin, a gyomrot azonban feltünően nem terhelik és egyébként sem okoznak kellemetlen melléktüneteket.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 40. szám. *Sarbó Arthur*: Az Achilles-inreflex diagnostikai értékéről. *Biró Gyula*: Egyoldali essentialis vesevérzés esete.

Orvosok lapja, 1903. 40. szám. *Sellei József*: Az eczema kór- és gyógytana. *Lévai Ödön*: Néhány újabb gyógyszer hatásáról.

Budapesti orvosi újság, 1903. 28. szám. *Szana Sándor*: A beteg csecsemők intézeti ápolásának hygieniája. *Siklóssy Gyula*: A beteg szem kötözése. *Hültl Hümér*: A Winkelmann-féle hydrocele-műtétről. *Vas Bernát*: A diabetes viszonya az albuminuriákhoz, illetve a vesebántalmakhoz. *Doctor Károly*: Kismennyiségű fehérje quantitativ megitélése a vizeletben, tekintettel az orvosi gyakorlatra. *Feleki Hugó*: Idegen test a hólyagban. *Emődi Aladár*: Phimotomia által gyógyított impotentia coëundi esete.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 40. szám. *Gruber*: A praeventiv és antitoxikus serumokban levő activ anyagok hatásmódja és eredete. *Gersuny*: Septumvarrat prolapsus-műtéteknél. *Friedländer*: A dongaláb és a lúdtalp operativ kezelése. *Stangl*: Urachus-sipoly felnőttben. *Widowitz*: Urotropin mint a scarlatina-nephritis prophylacticuma.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 40. szám. *Eglauer*: Törvényszéki orvosi casuistika. *Schein*: A tarfejűség keletkezése. *Englisch*: Betokolt húgykövek. *Wiegmann*: Adat a pemphigus vegetans ismeretéhez. *Behring*: A gümőkór keletkezése és leküzdése.

Wiener medizinische Presse, 1903. 39. szám. *Düring*: A Profeta- és a Colles-féle törvény. *Ziemssen*: Urethrismus. *Hirschfeld*: Az urning gyermek. *Prengowsky*: A tüdőemphysema aetiologiájához és prophylaxisához.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 40. szám. *Seiffer*: Accessorius hűdések tabes dorsalis eseteiben. *Sommer*: A fény- és hősugárzás hatása a bőr hőmérsékére. *Trolldenier*: Subcutan táplálás fehérjetartalmú tápoldatokkal. *Jacobson*: Orthotikus albuminuria. *Singer*: Lég- és napfürdők behatása az emberi testre.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 40. szám. *Schmidt*: A tüdővész diagnosisához. *Golubow*: A tüdőemphysema aetiologiájához. *Heine*: A dura körülirt üszkösödése és subduralis tályog idült középfülgenyedés következtében. *Baermann*: A gonorrhoeás epididymitis pathogenesise és gyógyitása punctioval. *Bublitz*: Varrat öregkori hályogmetszésnél. *Weber*: Veronal.

Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 37. szám. *Zaufel*: Adat az otogen septikus sinus-jugularisthrombosis műtevéséhez. *Schürk*: Akromegalia esete. *Routa*: Tetania phosphormérgezés után.

Centralblatt für innere Medicin, 1903. 39. és 40. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 38. szám. *Braun*: Az adrenalin használata érzéstelenítés czéljából. *Bade*: Bordaresectio nagyfokú scoliosis esetében.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1903. szeptember. *Tiling*: Az elmebajok aetiologiájához.

Neurologisches Centralblatt, 1903. 18. szám. *Bechterew*: Az arcz izom- és más reflexei dementia paralytica eseteiben. *Sala* és *Rossi*: Epilepsiások vérsavójának toxikus és therapeutikus sajátságai. *Stembo*: A felső patellaris reflex és jelentősége.

Die Therapie der Gegenwart, 1903. 7. füzet. *Kraus*: A vizháztartás diaetás befolyásolása szivbajokban. *Kobrak*: Iró használata a csecsemőkori táplálásnál. *Sklarek*: Empyroform, új száraz, csaknem szagtalan kátránykészitmény. *Goldschmidt*: Tapasztalatok renoformmal. *Stock*: Dymal.

La semaine médicale, 1903. 39. szám. *Quervain*: A rosszindulatú álképletek eredése.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 39. szám. *Stiénon*: A heveny appendicitis és cholecystitis differentialdiagnosisa. *Loquifer*: Variola ismétlődése.

Le progrès médical, 1903. 39. szám. *Thébault*: Korai beavatkozás kézphlegmone eseteiben. 40. szám. *Noir*: Az élesztő gombák jelentősége a kórtanban.

Archives générales de médecine, 1903. 37. szám. *Brissaud, Hallion* és *Meige*: Acrocyanosis és irógörcs. *Morichau-Beauchant* és *Bessonnet*: Hereditaer és familiaris xanthoma. *Morestin*: Az orr hypertrophiás acnejének kezelése. *Roy*: Az elmebetegek megvizsgálása.

Bulletin général de thérapeutique, 146. kötet, 10. füzet. *Ferran*: A gümőkór aetiologiája, prophylaxisa és gyógyítása.

Revue de chirurgie, 1903. 8. füzet. *Reclus* és *Chevassu*: A retrocarotidealis testecs daganatai. *Tavel*: Az elzáródás helyének megállapítása ileusban. *Géraud*: Az anus praeternaturalis némely szövődménye és kezelésük. *Delbet*: Paranephrikus cysták és traumás uronephrosisok. *Guibal*: A vénák ampullás tágulata.

British medical journal, 1903. október 3. A „British medical association" 71. évi összejövetelének tárgyalásai. (Szülészeti és nőgyógyászati, továbbá psychologiai szakosztály.) *T. Clifford Allbutt*: Thomsen-féle betegség. *W. J. Burroughs*: A ricinus mérgező hatása.

The lancet, 1903. II. 10. szám. „The students number", az orvosi tanulmányokra vonatkozó tudnivalók összeállítása. 11. szám. *Norman Lockyer*: Az agy befolyása a történelemre. *E. Stanmore Bishop*: Adatok a hassebészethez. *Allan Mcefadyen*: Emberi és marhagümő-bacillusok átoltása majmokra. *W. R. Huggard*: A bromaethyl mint általános anaesthetieum. *J. W. Mellor* és *Frank Shufflebotham*: Ólom kimutatása a vizeletben és hullarészekben. *J. R. Harper*: Umbilicalis kő. *G. Peacocke, Th. E. Gordon* és *J. A. Scott*: Anaemia splenica esete. *T. R. C. Whipham*: Oesophagus-ruptura esete. *C. A. J. Wright*: A rák gyógyítása elektromos osmosissal. *J. Mitford Atkinson*: A pestis gyógyítása belsőleg adott carbollal. *T. B. Broadway*: Ptomain-mérgezés esete. *J. G. Galton*: Ectopiás és méhbeli ikerterhesség. *A. H. Burgess*: A hólyag egyszerű solitaer fekélyének esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. október 9.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 38. hetében (1903. szeptember 20-dikától szeptember 26.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszületett 433 gyermek, elhalt 243 egyén, a születések tehát 190-nel multák felül a halálozásokat. — Születések aránysz ma: 1000 lakosra: 28·3. — Halálozások aránysz ma: 1000 lakosra 16·0, az egy éven felüli lakosságnál: 12·8, az öt éven felüli lakosságnál: 12·1. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 4, gümős agykérlob 5, agyguta 7, ránggörcs 3, terjedő hűdés 6, hátgerinczsorvadás 2, szívbaj 13, hörglob 1, tüdőlob 10, hurutos tüdőlob 2, mellhártyalob 2, tüdővész 39, tüdőlégdag 1, bélhurut 28, májbajok 5, hashártyalob 3, kizárt sérv 1, Brightkór 6, veleszületett gyengeség 17, gyermekaszály 0, aggaszály 7, rák 14, méhrák 3, egyéb álképlet 3, gümős bajok 6, kanyaró 1, vörheny 5, álh. gégelob 1, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, gyermekágyi láz 1, hagymáz 1, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 0, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 3, gyilkosság 0, öngyilkosság 5, baleset 7, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3084 beteg, szaporodás 841, csökkenés 754, maradt e hét végén 3110 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi szept. 20-dikától szeptember 26-dikáig terjedő 38. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 28 (20), vörheny 58 (67), álh gége- és roncsoló toroklob 40 (43), hökhurut 14 (10), gyermekágyi láz 2 (0), hasi hagymáz 14 (14), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 11 (18), vérhas 2 (0), orbáncz 17 (21), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 2 (1), trachoma 2 (8), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

⊕ **Kitüntetések.** Idősb *Bodnár Sándor* dr. tiszteletbeli megyei főorvosnak ő Felsége régi nemességének épségben tartása mellett a bemutatott czimert és az „aszalai" előnevet, *Gere Gyula* dr. törzsorvosnak pedig a „nyirmegyesi" előnevet adományozta.

⚔ **Kinevezés.** *Linba V. Dénes* dr.-t a temesvári „fehér-kereszt" gyermekvédő-otthon segédorvosává kinevezték. Biharmegye főispánja *Nyes Kornél* dr.-t a belényesi kórház igazgató orvosává, *Buder Ferencz* dr.-t belényesi járásorvossá, *Havas Imre* dr.-t pedig margittai járásorvossá nevezte ki.

— **A Markusovszky-előadásokat a chemiai energetikáról** *Than Károly* tanár e hó folyamán folytatni és befejezni fogja a következő napokon: október 21-dikén szerdán, 23-dikán pénteken, 28-dikán szerdán és 30-dikán pénteken, mindannyiszor délután 6 órakor. Az előadások a chemiai intézetben lesznek.

— **Balog Lajos** dr., ki a nyári évad alatt Ischlben működik, fürdőorvosi gyakorlatát most Meránban újra megkezdte.

┼ **Okleveleiket bemutatták** a tiszti főorvosi hivatalban újabban *Magas A. Lajos, Kemény Ignácz* és *Derencsey Rezső* orvostudorok, azonkívül 10 szülésznő.

⚔ **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** f. é. szeptember havában 214 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (188 magyarországi, 19 horvát és szlavoniai, 7 boszniai és herczegovinai) nyert antirabikus védőoltást. 190 egyént eb, 19-et macska, 1-et ló, 3-at tehén és 1-et majom inficiált. Évi folyó szám: 2245; egyetemes folyó szám: 21,912. Haláleset e hóban nem fordult elő.

— **A budapesti poliklinikán** az 1903. év szeptember havában 3044 új beteg gyógykezeltetett és 10,369 rendelést eszközöltek.

├ **Tauffer tanár szülészeti poliklinikumának** segítségét folyó év szeptember havában 136 esetben vették igénybe, összesen 86 műtéttel.

— **A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** az elmult szeptember hónapban összesen 224 esetben működött. Az esetek folyószáma az intézet fennállása óta 20,142.

— **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** 1903. szeptember havában 609 esetben nyujtott segélyt, szeptember havi működési főösszeg 1168. Évi folyószám 1168, egyetemes folyószám 155,300.

⚔ **Megjelentek.** *Árkövy József* dr.: Elnöki megnyitó a stomatologusok orsz. egyesülete 1903 szeptember 25-dikén tartott ülésén. Stomatologiai közlöny. 1903. — *Pirovits Aladár*: Észrevételeim a „budapesti víz, a cholera és a typhus" czimű czikkelyre. Magyar Mérnök- és Építész-Egylet Közlönye. 1903. — *A. Lorand* dr.: Über 2 Fälle von schwerem Diabetes durch Schreck verursacht, mit tödtlichem Ausgange. St. Petersb. medic. Wochenschr. 1903. — *Török Jenő Endre*: Biztosítási évkönyv. Budapest. 1903.

† **Elhunyt.** *Király Gáspár* dr. megyei tiszti főorvos 45 éves korában Jászberényben.

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

„Fasor" (Dr. Herczel-féle) **sanatorium vízgyógyintézete.** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintezet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

Mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)
Teljes berendezésű **mechanikai és manualis gyógygymnastika.** Orvosi massage. **Testegyenesités.** Villamos **fény-** és **forrólevegő-fürdők** (egész test és egyes testrészek számára.) **Szénsavas fürdők.** Vízgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — **Prospektus.** — **Telefon 54—20.**
Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1902. évi deczember havi szakülés.) 654. l. — A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése. (1903. évi szeptember hó 5—10-dikéig.) 654. l.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1902. deczember havi szakülés.)

(Vége.)

3. **Révész Vilmos két kórboncztani készítményt** mutat be.

a) Egyik *endocarditis verrucosa* kórboncztani készítménye infarctusokkal a lépben és a vesékben, a másik *b*) az *arcus aortae aneurysmája*, a mely a mellcsontot teljesen usurálta s kivül tapintható nagy zacskót alkotott.

Bartha János szerint az utóbbi készítmény érdekességét az növeli, hogy a beteg, a kinek hullájából vétetett, először a biharmegyei közkórház sebészi osztályára vétetett fel műtét czéljából. A beteg mellén egy piros, hullámzó, vizenyős dag volt, a beteg lázas (38·5° C.), úgy hogy a dagot kezdetben tályognak tartották. Alapos vizsgálat azonban kideríté a valóságot s a beteg megmenekült a végzetessé váló műtéttől. A hasonló helyen észlelhető dagok ezért mindenkor igen alapos vizsgálatnak vetendők alá.

4. **Hankovits Ferencz** gyógyszerész folytatja előadását a **gyógyszertárakról, a gyógyszertárügy államosításáról.**

Első előadása után oly nézet merült fel, hogy a gyógyszerészi gyakorlat szabaddá tétele helyesebb megoldás volna, mint a gyógyszertárak ügyének államosítása.

Volt idő, a mikor előadó is ezt a nézetet vallotta, de azóta arról győződött meg, hogy a szabaddá tétel leküzdhetetlen jogi akadályokba ütközik. Ezenkivül azt vallja, hogy a gyógyszertár csakis állami kezelésben szolgálhatja az óhajtott módon a közegészségügyet. Hogy ez elérhető legyen, minden magánérdekű törekvéssel szemben meg kell védelmezni.

Sajnos, a közegészségügy érdeke nálunk nem részesül a kellő védelemben, sőt a közegészségügy tényezőinek, orvosoknak és gyógyszerészeknek érdekét megtorlás nélkül sérthetik, gyógyszereket és gyógyanyagokat nemcsak gyógyszertárak hozhatnak forgalomba. Ha a gyógyszerészet szabaddá válik, a gyógyszerészet még inkább üzleti szellemű lesz. A szabaddá lett gyógyszerészet mellett nem volna biztosíték arra nézve, hogy a gyógyszertárak a közérdeknek megfelelően volnának elhelyezve, hogy a forgalomba hozott gyógyanyag minősége kifogástalan volna, stb. Ha szerinte ma a betegeknek csak negyedrésze részesül orvosi gyógykezelésben, szabad gyógyszerészet mellett még kevesebb venne igénybe orvosi segélyt.

Az a tény, hogy gyógyszertárakban, kereskedésben, drogueriákban, „különlegesség" czíme alatt, zárt edényzetben és bármely úton, orvosi rendelés nélkül is lehet vásárolni, oka annak, hogy a kuruzslók működhetnek. Ha gyógyszereiket elkobozzák, újakat szereznek. Közigazgatási úton az orvos s a gyógyszertár jogkörét megvédelmezni nem lehet.

Állításainak igazolására előadó Anglia s az Egyesült-Államok példáját hozza fel. Ez a két állam ma már ki szeretné ragadni a gyógyszertár-ügyet a szabad ipar hatása alól.

A gyógyszertárak mai kezelése, a mely mellett a gyógyszerekkel való üzérkedés s a kuruzslás elhatalmasodott, káros a közegészségügyre nézve. Az állapoton csak úgy segithetnénk, ha a gyógyszertári intézményt a gyógyszerész személyétől függetlenitenők. A gyógyszertár a magántulajdonosok kezében ma már elvesztette a tudományt és közegészségügyet szolgáló jellegét, puszta üzlet szinvonalára süllyedt.

A gyógyszertáraknak állami kezelése mellett felelhet csak meg a gyógyszertárügy az ideális kivánalmaknak.

A gyógyszertáraknak állami kezelése mellett tiltva volna a gyógyszerekkel való üzérkedés s ezzel a kuruzslók működése elé is gát vettetnék.

Ezután az állami kezelés egyéb előnyeiről szól s végül kéri a szakülést, hogy előadását vita tárgyává tegye.

Elnök a vitát megnyitja. Utána elsőnek *Konrád Béla* szólal fel. Ismeretes, úgymond, hogy Svédországban a gyógyszerészet szabad, Ausztriában már nem adhatók el a személyi jogú gyógyszertárak s igy a privilegium csak az illető személyhez van kötve. Fodor tanár Angolország közegészségügyéről szóló könyvében kedvező itéletet mond az angol szabad gyógyszertárakról, a melyek természetesen kellő ellenőrzés alatt állnak. Nálunk szerinte az egyetlen lehetséges és czélszerű reform a gyógyszertári jognak személyhez való kötése, a melyet aztán később követnie kell a gyógyszerészet teljesen szabaddá tételének.

Edelmann Menyhért azt vette ki előadó fejtegetéseiből, hogy azzal a szakülésnek, illetőleg az egyesületnek egyöntetű véleményét akarja megismerni, kikérni. Ily egyöntetű véleményt azonban oly kérdésben, a mely különféle szempontokból fogható fel s a melynek megvitatásánál különféle egyéni nézetek merülhetnek fel, alkotni és kifejezésre juttatni csaknem lehetetlen. Előadó elég nyomós érvet hoz ugyan fel a gyógyszerészet államosítása mellett, de érvei nem mindenkit győztek meg, sőt érvei ellen nem kevésbbé hathatós ellenérvek hozhatók fel.

Havas Imre szerint a gyógyszertáraknak állami kezelése, az állami monopolium a népet a gyógyszertárakkal szemben még bizalmatlanabbá tenné s még inkább a kuruzslók karjaiba hajtaná.

Bartha János szerint előadó véleménye, tervezete nagyon tetszetős. Ő is azt vallja, hogy a gyógyszertárügy mai állapota tarthatatlan, de az már nehezen dönthető el, vajjon államosittassék vagy szabaddá tétessék-e a gyógyszerészet. Azt kétségtelennek tarja, hogy a gyógyszertárak állami kezelésben jobban megfelelhetnek a közegészségügy követelményeinek s ezért előadó felfogását osztja.

Berkovits Miklós elnök nem akarja a kérdést egyszerűen szavazás alá bocsátani, mert ily kérdés szavazással nem dönthető el. A kérdéssel különben is foglalkozni fog az Országos Orvos-Szövetség. Előadó mindenesetre elérte czélját, mert a szakülés a fontos kérdéssel foglalkozott.

5. **Rácz Ödön** beteget mutat be, kinél nagy **haematoma vulvae** keletkezett.

A szokatlanul nagy vérdaganat a nőnek jobb szeméremajkán támadt. A beteghez november 28-dikán reggel hivták, a midőn azt találta, hogy a betegnél, a ki először szült, még pedig 12 órával előbb érett magzatot, a jobb szeméremajkat a gáttal együtt emberfejnyi, kékes daganat foglalja el. A vérömlés a nagy szeméremajk bőre és nyákhártyája közé történt. A nyákhártya bedomborodott a hüvelybe, azt elzárta, a húgycsőre nyomást gyakorolt s feszülése miatt nagy fájdalmat okozott. A betegnél levő szülésznő azt állitja, hogy este, a szülés után, a midőn távozott, a szülőnő rendben volt és csak éjjel egy órakor hivatták s adták tudtára, hogy a szeméremrésben egy növekedő dag támadt. Ez időtől kezdve reggelig mindjobban, emberfejnagyságig nőtt. Hidegvizes borogatásokra a növekedés megszünt s a beteg délután a bábaképző-intézetbe szállitatott, hogy esetleges fekélyesedés és láz beállta esetén a véralvadék kikanalazása s az üregnek gazeval való kitömése eszközöltethessék.

6. **Baróthy Ákos Nagyvárad 1902. november havi népmozgalmi statistikáját** ismerteti.

Ismertetéséből kiemelendő adatok:

A jelzett hóban élve született 130 gyermek. Az évi születési arányszám 30·9‰, az évi halálozási arányszám 21·0‰, csak helybelieket véve számításba 15·5‰. Hét éven aluli korban elhalt 30 gyermek (33%). Megbetegedett kanyaróban 2 egyén, vörhenyben 18 (halálozás 2), diphtheritisben 8 (1 halálozással), hökhurutban 6, typhusban 10 (4 halálozással), gyermekágyi lázban 1 egyén. Tuberculosisban elhalt 15, bélhurutban 6 beteg.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése.

(1903. szeptember 5—10-dikéig.)

(Első ülés 1903. szeptember 7-dikén délután.)

Elnök: **Lőte József.** Jegyző: **Szilágyi György.**

(Folytatás.)

Donogány Zakariás: A Vincent-féle anginárol.

Röviden vázolva a betegség lényegét és tüneteit, valamint a bántalom eseteiben talált bacillus fusiformist s az azt kisérő spirillumot ismertetve; azon véleményben van, hogy ezen mikroorganismus nem okoz önálló betegséget, hanem a már más oknál fogva beteg szervet secundaer módon inficiálva, módositja a lefolyást többé-kevésbbé jellemző módon.

Preisich Kornél: Vizsgálatokat az ú. n. Vincent-anginára vonatkozólag már hosszabb idő óta végzett a budapesti Stefánia-gyermekkórházban és ezen vizsgálatok kapcsán nyert eddigi tapasztalatok azon kérdés felvetésére késztetik, hogy jogosult-e a Vincent-anginát különálló klinikai kórkép gyanánt felállitani? A Vincent-bacillust ő is mint mások megtalálta ép szájüregben, különösen cariosus fogak mellett, továbbá stomatitis aphthosa némely esetében, többször és nagyobb számmal stomatitis ulcerosáknál. Az orsóalakú bacillusok felfedezésére diphtheriagyanus kórfolyamatok bakteriologiai vizsgálata adott alkalmat, olyan ulcero-membranosus folyamatok tehát, melyek klinikailag némileg, sokszor alig definiálható módon eltértek a diphtheriától; de ugyanilyen folyamatoknál kórokozók gyanánt streptococcust, pneumococcust, Friedländer-bacillust és másokat is leirtak már, Vincent-bacillust pedig néha nem találtak. Az orsóalakú bacillus képezi Vincent szerint a nosocomial gangraena kórokát, Róna szerint a nomáét. Találtak Vincent-bacillust metastatikus tályogban, ő maga perityphlitikus tályog egy esetében, a hol a proc. vermiformison gangraenás áttörő fekély volt. Nem egységesek tehát a kórfolyamatok, melyeknél a Vincent-bacillus fellelhető, még pedig túlnyomó számmal fellelhető és egymáshoz hasonló, sőt egymással megegyező torokbeli ulcero-membranosus folyamatoknál nem állandó lelet a Vincent-bacillus. Ezekből az következik, hogy nem jogosult a Vincent-anginát külön kórkép gyanánt felállítani.

Tapasztalatai azt bizonyítják, hogy az elsődleges folyamatot mindig más pathogen bakterium indítja meg és a Vincent-bacillus, mint igen gyakori lakója a szájüregnek, a részére kedvezően előkészített talajon szaporodásnak indul, sőt a szövetek mélyébe hatol és így némely esetben a kórképet módosítja; a módosított kórkép bizonyos irányban typikus külemet nyerhet.

A kórlefolyás igen különböző, sokszor igen enyhe, rövid, máskor súlyosabb és elhúzódó, de rendesen jóindulatú. A rosszindulatú kiterjedt torokbeli gangraenánál sem képezi ezen bacillus a megbetegedés okát, s kezelését illetőleg is az előadó nézetéhez csatlakozik.

Biringer Ferencz: A nagy testűrök transsudatumainak zsírtartalma.

A nagy testűrök transsudatumainak zsírtartalmáról tartott előadása fonalán kiterjeszkedik azok symptomatologiájára és pathogenesisére. A zsírtartalom forrását képezheti az adiposus transsudatumoknál — Quincke értelmében — a sejtek elfajulása, vagy pedig a chylus átszivárgása, esetleg kiömlése a szorosabb értelemben vett chylosus transsudatumoknál. A chylus kiömlésének kóroka, eltekintve a nagy nyirokutak sérüléseitől, a nyirokerek falzatának megbetegedése, avagy a chylus pangása, a nagy chyluserek összenyomása és eltömöszölése metastasisos kórfolyamatok által.

Értekezése kapcsán a chylosus hasvízkór két általa észlelt esetét közli, melyek egyikében a chylus átszivárgásának okát képezte a legkisebb nyirokerek falzatából kiindult epithelialis álképlet, melyet Buday és Fraenkel eseteivel való összehasonlítás alapján lymphangitis proliferansnak jelez. A másik esetben a hasnyálmirigyből kiinduló rákos újképletnek a mellvezetékbe történt áttétele idézte elő a chylus pangását és átszivárgását. Mindkét esetben a hasvízkór a chylosus transsudatumok jellegével bírt. Előadó ismerteti a csapolt folyadék vegyi vizsgálatának eredményét, a górcsövi és kórszövettani leletet.

Kétly László: A chylosus folyadékok diagnostizálása és a kór-ok megállapítása a legtöbb esetben alig lehetséges. Még a bonczolás alá került esetekben sem állapítható meg a valóságos chylosus folyadékoknál a chylus kiömlésének oka, különösen áll ez a mellűri chylosus folyadékra. A mi a diagnosis felállítását illeti, e részben alig van támpontunk, a melynek alapján a transsudatum és exsudatum chylosus vagy elzsirosodott voltát megállapithatnók. Attér azon következtetések ismertetésére, a melyeket a czukor jelenlétéből vagy hiányából vettek. A mai álláspont szerint a czukor jelenléte vagy hiánya nem ad útbaigazítást. Minthogy adott esetben a chylosus és adiposus-chylosus folyadékokat egymástól nem különböztetjük meg még a daganatok által okozott chylosus folyadékgyülemeknél sem, a chylosus elnevezés helyett a chyliformis elnevezést ajánlja. Két esetet ismertet. Az egyiknél mediastinalis tumor mellett lépett fel a chylosus mellűri folyadék s a bonczlelet nem találta a ductus thoracicus sérülését. A második eset egy chylosus exsudatumra vonatkozik. Az illetőnél 1903. junius havában a folyadék chyliformis természetű volt, azóta a folyadék újra meggyülemlett, de most (1903. szeptember havában) tiszta savó van a mellűrben.

(Második ülés 1903. szeptember 9-én délelőtt.)

Elnök: **Fischer Jakab**, majd **Buday Kálmán** és **Genersich Antal**.

Jegyző: **Szilágyi György**.

Buday Kálmán: Streptococcus-fertőzések.

Benedict Henrik: Az előadó által tárgyalt megbetegedés az orvosi érdeklődés előterében áll. Az orvosok igyekeznek a *Leube* által alkotott kryptogenetikus septicopyaemiát, legalább a mi a kryptogenesist, ez ismeretlen behatolási kaput illeti, kiküszöbölni és helyébe ismeretes behatolási kaput tenni. A tonsillitisek jelentőségét, melyet az előadó kiemelt, hozzászóló is megerősítheti; az idén az I. belgyógyászati klinikán tonsillitis-epidemiát észleltek, igen typikus általános tünetekkel (magas láz, kisfokú tarkómerevség, a peripheriás végtagrészletek activ hyperaemiája, volatilis izületi fájdalmak, acut szívdilatatio), a hol a vérből ki lehetett tenyészteni a streptococcusokat.

Egyáltalában igen fontosnak tartja a vérnek in vivo való bakteriologikus vizsgálatát. Ha például egy pneumonia crouposa igen erős általános tünetekkel jár, akkor a vér bakteriologikus vizsgálata majdnem minden esetben positiv; ezekben az esetekben a klinikai diagnosis esetleg nem pneumonia crouposa lesz, hanem általános pneumococcaemia, akkor is, ha esetleg távoli szervek metastatikus megbetegedése (meningitis, pericarditis) még ki nem mutatható. A prognosis is ilyen esetben sokkal rosszabb és egy távoli szerv megbetegedése már nem fogja az orvost annyira meglepni.

Egy esetet említ, melyben typikus pyaemiás lázak esetében a bakterium colinak a vérben való kimutatása a figyelmet az epeutak megbetegedésére terelte. Tényleg később a cholecystitis purulenta tünetei léptek előtérbe, mely a beteg műtevését tette szükségessé.

Végre két eset leirásával hozzájárul a Pel-Ebstein-féle secernáló mirigyláz aetiologiájához; szerinte egy chronikus lymphomatosissal van dolgunk, mely akár tuberculotikus, akár ismeretlen eredetű lehet és melyhez acute vagy subacute lefolyó strepto- vagy staphylococcusfertőzés járul.

Elfer Aladár: Röviden utal azon streptococcus-fertőzések kórismézésének nehézségére, melyeket észlelni alkalma volt, mivel a lefolyás csak rövid órákat, esetleg egy napot vett igénybe. Ily eseteknek élőbeni kórismézése mindenkor nehézséggel fog járni.

Tauszk Ferencz: A nyugalom szerepe a szívbetegek therapiájában.

Kiindulási pont, hogy a dolgozó ember szívizma és akaratlagos izomzata együttesen naponta 345,000 kgm.-meter munkát teljesít. Ha a szív munkája fokozódik, a táplálálékból nyert energia állandósága mellett csökken az akaratlagos izomzat rendelkezésére álló munkarész és fordítva. Klinikai megfigyelések azonban mutatták, hogy csökkent reserve erő mellett a szív nyugalmi helyzetben lesz incompenzált, midőn ép a fordítottját vártuk, másrészt ép szív nyugalmi helyzetben levő betegnél a legkisebb intercurrens dolognál lesz insufficiens.

Annak felvételére jön, hogy a törzsizomzat nyugalmi helyzetében olyan akadályok lépnek előtérbe, melyek a szív meglevő vagy felszabaduló energiakészletének jelentékeny részét veszik igénybe, a törzsizomzat működése directe vagy indirecte a vérkeringés fentartására olyan hatalmas tényező, melynek elestével vagy alábbszállásával annak arányában növekednek a szív elé háruló akadályok. A beteg vagy senilis szív az izomműködésből származó tényezőt a vérkeringés fentartásában hosszabb ideig nem nélkülözheti, mert tartalékereje csökkent vagy hiányzik.

A gyakorlat már eddig is megmutatta azon eszközöket és módozatokat, hogy miképen lehet adott esetben a vérkeringést fentartó és a törzsizomzat működését pótló eljárások által a szív működése elé háruló akadályokat megkisebbíteni, hogy a szív meglevő energia-készletével feladatának kifogástalanul megfelelhessen.

Neubauer Adolf: A gyermekek gégepapillomáiról és azok gyógykezeléséről.

A Bródy Adél-gyermekkórházban 1897 óta sikerrel műtett és bemutatott 5 eset kapcsán azon eredményre jutott, hogy a gégevizsgálat gyermekeknél kellő gyakorlat mellett okkal-móddal ép oly könnyen keresztülvihető, mint felnőtteknél.

A vizsgálatot egyes esetekben szájtorpesztővel, gégefedőemelővel és cocain-ecseteléssel, más esetekben pedig minden segédeszköz nélkül is sikerrel eszközölhette. A gyógykezelést illetőleg, csak a művi beavatkozás vezethet eredményhez. Egyesekkel szemben, kik még mai nap is a gégefelhasitást (laryngofissiot) tartják szükségesnek, tapasztalatai alapján a sokkal veszélytelenebb és ép oly jó eredményhez vezető endolaryngealis eljárást végzi. Műtéthez legalkalmasabbnak találta a bemutatott modifikált Lőri-féle műszert, a melynek segélyével a jelzett műtéteket sikerrel végezte.

Fischer Jakab: Az újabb altató szerekről.

Az újabb altató szerek közül a hypnallal, hedonallal, dormiollal és veronallal tett kisérleteket több száz esetben. Bár feltétlenül biztos hatásúnak egy szer sem mondható, az esetek nagyobb részében a hatás elég megbizhatóan beáll, még pedig legkevésbbé a hypnalra, jobban a hedonalra és dormiolra és az esetek túlnyomó számában a veronalra. Mellékhatásokat ezen szereknél nem észlelt. A hypnalt és dermiolt $1^1/_2$ gm., a hedonalt 1 gm. és a veronalt $^1/_2$—1 gm. adagban alkalmazzuk. A hypnalnak és dormiolnak kellemetlen mellékizök van, melyet a dormiolnál kikerülhetünk az által, hogy capsulákban rendeljük. E szerek hatását fokozhatjuk, ha az egyes adagokat 1 ctgm. extr. laudanivel combináljuk.

Epstein László: Előadónak egy kérdését akarja helyreigazítani, a mennyiben a hypnallal igenis történtek kisérletek és pedig hozzászóló maga is tett még 1890-ben kisérleteket és azoknak eredményét a „Gyógyászat"-ban közölte.

Lechner Károly kérdést intéz, vajjon álmatlanság mely eseteiben észlelte előadó az általa kipróbált altató szerek hatásának elmaradását, mikor látott gyenge hatást és mikor jó eredményt, tekintettel az álmatlanság sokféle okára és formájára, tekintettel arra, hogy exsomniával vagy insomniával van-e dolga, mert mindezen körülményektől függőleg más és más eredményt várhatunk. Sok esetben a fürdő, a mechanikus, suggestikus behatás, a hashajtó, bor stb. oly jó eszköznek bizonyul, hogy a vegyi szerek adagolását bizvást el lehet hagyni.

Epstein László: A gyakorló orvos feladata az elmegyógyászat terén.

Rövid bevezetés után, melyben az elmekórtani oktatás hiányát kiemeli, felhivja előadó a gyakorló orvosok figyelmét azon átmeneti alakokra, a melyek az épelméjűség és az elmebetegség között foglalnak helyet s a melyeket különösen nekik van alkalmuk észlelni; miként ezeknek megfigyelését, úgy fontosnak mondja azt, hogy a kezelő orvos, mint legilletékesebb, minél bővebb előzményi adatokat szolgáltasson az intézetbe szállitandó betegekről. Ezzel kapcsolatban megemlékezik az elmegyógyintézetekkel szemben fennálló előitéletekről, a melyeknek leküzdésére senki sem alkalmasabb, mint a gyakorló orvos. Az intézeti elhelyezésről szólván, mint absolut indicatiót felállítja a közveszélyességet, az öngyilkossági hajlamot és az abstinálást. Majd néhány szóval említést tevén a házi ápolás keresztülvihetőségéről, az intézetbe szállításnál előforduló visszásságokat említi és útmutatást ad annak helyes eszközlésére. Végül pedig mint a gyakorló orvosnak eminens feladatát a prophylaktikus teendőket körvonalozza.

Glück Gyula: A szegénysorsú idegbetegek kezeléséről.

Előadó utal a szegényápolás hiányaira a szegénysorsú idegbetegek kezelésénél. Ezen hiányok pótlására ajánlja a szabad orvosválasztást a szegénykezelésben, a kolozsvári idegklinika példájára ingyenes vízgyógyintézetek felállítását klinikákon és kórházakon és végül létesítését különleges menhelyeknek, mint a milyenek az epilepsiás menhelyek, az iszákosok menhelye és végül — mi tán legfontosabb — a főleg neurastheniások és hysteriások kezelésére szolgáló nyilvános idegsanatoriumok, pl. a Haus Schönow, Berlin mellett.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

2995/903. szám.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kisküküllő vármegyében fekvő **zsidvei községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. Ezen községi orvosi állás a vármegyei kebli pénztárból havi előleges részletekben fizetendő 1000 korona törzsfizetéssel van javadalmazva s egyszersmind nyugdíj-jogosultsággal is egybekötve.

2. Továbbá a község az orvosnak természetbeni szabad szállást és négy hosszú öl tüzifát szolgáltat.

3. Köteles a községi orvos fennebbi fizetésért és javadalmazásért az összes községi lakosokat díjtalanul gyógykezelni, a halottkémlést teljesíteni és a húsvágást ellenőrizni.

4. Az eddigi orvos a községbeli betegek gyógykezeléséért a községben lévő négy szomszédságtól 200 korona tiszteletdíjat élvezett — mit a megválasztandó orvos is szorgalma által kiérdemelhet.

5. Zsidve községe a vasút mellett feküdvén a 400 korona fizetéssel és szabadjegygyel javadalmazott vasúti orvosi állásra is mindig a községi orvos volt alkalmazva, mely állást a megválasztandó orvos is elnyerheti.

6. A megválasztandó községi orvos a szomszéd bethlenszentmiklósi körből hozzá beosztott hat szomszédközség kezeléséért, hasonlóan a vármegyei kebli pénztárból havi részletekben fizetendő 600 korona tisztelet- és megállapított fuvar- és látogatási díjakat élvezi.

7. Végül megjegyzem, hogy Zsidve községének lélekszáma 1450 és a községben gyógyszertár van.

A választást f. évi október hó 21-dikén délelőtt 10 órára Zsidve község irodájába tűzöm ki.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni akarják, hogy törvényszerűen felszerelt kérésüket **folyó hó 20-dikáig** bezárólag adják be.

Hosszúaszó, 1903. évi október hó 1-sején.

2—1 *Gyárfás Károly*, főszolgabiró.

2970/1903.

Bihar vármegye központi járásába kebelezett **Körös-Tarján** községben a **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos fizetése a m. kir. adóhivatal által évnegyedenként fizetendő évi 1300 korona készpénz, hivatalos napokon látogatási díj nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér.

Az orvosi kört Körös-Tarján székhelylyel, Szent-András, Új-Palota, Gyires, Körösszeg és Vizesgyán községek alkotják.

Ezen közegészségügyi körben lakó számos nagybirtokostól a körorvos biztos jövedelemre számithat.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában meghatározott képesítésüket, életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi október hó 25-dikéig** nyujtsák be. A választást f. évi október hó 26-dikán d. e. 10 órakor fogom a kör székhelyén Körös-Tarján község tanácstermében megtartani.

Nagyvárad, 1903. évi október hó 5-dikén.

Nagy Márton, főszolgabiró.

3980/1903. eln. sz.

Hódmezővásárhely város törvényhatóságánál kinevezés folytán megüresedett belterületi **kerületi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok. A betöltendő belterületi kerületi orvosi állás 800, azaz nyolcszáz korona évi fizetéssel, a szabályszerű mellékilletményekkel s nyugdíj-jogosultsággal van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben, továbbá a 80,099/1893. sz. belügyministeri körrendeletben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyitványaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi október hó 19-dik napjának délutáni 5 óráig** a polgármesteri hivatalnál nyujtsák be

A biz. közgyülés 138/1903. számú határozata értelmében kiköttetik, hogy a kinevezendő kerületi orvos a kerületében tartozik lakni.

Hódmezővásárhely, 1903. évi szeptember hó 24-dikén.

Juhász Mihály, polgármester.

2770/903. sz.

Arad vármegyéhez tartozó **Sikló** község önállósitott **orvosi állására** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 1600 kor. fizetés és a község által megállapitott látodatási dij.

A pályázati kérvények, melyekhez a képesitést, eddigi alkalmazást és nyelvismeretet igazoló okmányok is csatolandók, **folyó évi november hó 15-dikéig** terjesztendők be.

A választás november hó 17-dikén délután fél 5 órakor lesz megtartva.

Elek, 1903. évi október hó 7-dikén.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

14776/1903. sz.

A Borsodmegye tulajdonát képező **miskolczi „Erzsébet" közkórházban** lemondás folytán megüresedett és kinevezés útján betöltendő, évi 800 korona készpénzzel, valamint teljes ellátással (kórházban szabad lakás, fűtés, világitás, kiszolgálás) javadalmazott egy **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kinevezés tartama három évre terjed, mely időtartam azonban meghosszabbitható.

Felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 1. §-a, valamint 9. §-ának II. részében előirt képesitésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt, s a vármegye ügyviteli szabályzat 2. §-ának megfelelőleg, Borsodmegye főispánjának czimzett kérvényüket, hozzám **f. évi október hó 20-dikának délí 12 órájáig** annyival is inkább adják be, mivel a később érkezett kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Miskolcz, 1903. évi október hó 3 dikán.

Tarnay, alispán.

20,734/1903. szám.

A **vármegyei közkórház** újonnan létesitett, 300 férőhelylyel biró elmebajos osztályánál szervezett **egy osztályos főorvosi, két segédorvosi, egy felügyelői** és **egy irnoki állásra** pályázatot hirdetek.

A kórházi osztályos főorvosnak — a kitől az elmegyógyászattal való hosszabb szakszerű foglalkozás igazolása megkivántatik — évi javadalmazása kettőezernégyszáz (2400) korona készpénzfizetés, 4 szobából és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, fűtés és világitás. A két segédorvos évi javadalmazása egyenként egyezerkettőszáz (1200) korona készpénzfizetés, egy butorozott szobából álló természetbeni lakás, fűtés, világitás, élelmezés és kiszolgálás. A felügyelő évi javadalmazása egyezerhatszáz (1600) korona készpénzfizetés, 2 szoba és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, fűtés és világitás, óvadékul évi fizetése kétszeresének megfelelő összeget köteles letenni. — Az irnok évi javadalmazása kilenczszáznyolczvan (980) korona készpénzfizetés és kettőszáznegyven (240) korona lakbér.

Felhivom mindazokat, a kik az emlitett állásokra az 1883. évi I. t.-czikkben előirt minősitéssel birnak s ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy a megfelelő okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket és pedig az osztályos főorvos és a két segédorvosi állásra vonatkozólag méltóságos Beöthy László dr. főispán úrhoz czimezve hozzám, a felügyelői és irnoki állásra vonatkozó kérvényeket pedig czimemre hozzám a **folyó évi október hó 15-dik napjának déli 12 órájáig** nyujtsák be.

E határidőn túl vagy hiányosan beadott pályázati kérvények nem lesznek figyelembe vehetők.

Nagyvárad, 1903. évi október hó 2-dikán.

Miskolczy, alispán

2543/903. sz.

Gyula-Varsánd és **Nagy-Pél** községekből szervezett **körvosi állásra** pályázatot nyitok.

Javadalmazás: 1600 korona évi fizetés, nappali 40, éjjeli 80 fillér látogatási dij és 120 korona fuvarátalány.

A körorvos kézi gyógytárra engedélyt kérelmezhet, mely neki kilátásba is helyeztetik.

A pályázati kérvények hozzám **október hó 21-dikéig** nyujtandók be.

A választást október hó 22-dikén fogom Gyula-Varsánd községházán megejteni.

Elek, 1903. évi október hó 2-dikán.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
okt. 14	körorvos	Makfalu	1600 k., 400 k. úti át.	Nagy József fszbiró., Nyárád-Szereda.
„ 14	közs. o.	Ottlaka	1600 k.	Salacz szbiró, Elek.
„ 14	körorvos	Érendréd	1200 k.	Gönyei I. főszolgabiró, Nagy-Károly.
„ 15	körorvos	Krajna	1824 k. 80 f., kézi gyógytár	Vinkler főszolgabiró, Miava.
„ 15	körorvos	Kápolna	1200 k.	Héringh főszolgabiró, Eger.
„ 15	II. s. o.	Budapest, Erzsébet-sanat.	1200 k., lakás, élelm.	Titkár, VI., Andrássy-út 46.
„ 25	közs. o.	Hunfalú	1000 k.	Főszolgabiró, Késmárk.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, **húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál,** továbbá a **légző- és emésztési** szervek **hurutainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Dr. Römpler-féle sanatorium

tüdőbetegek részére Görbersdorf (Szilézia).

Vezető orvos: **Dr. Joel.** Elsőrangú intézet remek hegyi fekvéssel, a modern hygiena minden kényelmével berendezve. **Központi fűtés, villamos világitás. Lift.** Képes prospektusok.

Nyári és téli kúra. Magyar orvos: **Dr. Bozóky.**

MÁLNÁSI MÁRIA-FORRÁS

TERMÉSZETES ALKALIKUS SÓS SAVANYUVIZ

A TOROK GÉGE ÉS LÉGCSŐ, A GYOMOR ÉS BELHUZAM HURUTOS BÁNTALMAINÁL A **TÜDŐTUBERCULOSIS** MINDEN STÁDIUMÁBAN PÁRATLAN HATÁSÚ; A SELTERSI ÉS A GLEICHENBERGI VIZEKET JÓVAL FELÜLMULJA.

BPESTI VEZÉRKÉPVISELŐSÉG: **NÁDAS MÁRTON, DESSEWFFY-UTCZA 41, TELEFON 238**

KAPHATÓ: **LUX MIHÁLYNÁL** MUZEUMKÖRÚT 7 (TEL. 672), MINDEN GYÓGYSZERTÁRBAN - DROGUERIÁBAN ÉS FÜSZERKERESKEDÉSBEN KÚTKEZELŐSÉG BRASSÓ.

Értékes régi

orvosi könyvtár,

műszerek, butorok eladók **Löfkovits Arthur** órásnál, Debreczen.

CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymi „BAYER".)

Szamárhurut, gégefő és bronchialcatarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készitő

BAYER ANTAL gyógyszerész,

BUDAPEST, VI., Andrássy-út 84

Minden gyógyszertárban kapható. — Ára 1 korona 40 fillér.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Haemorrhoidák

minden neme ellen

Nem narcotica. Minden kellemetlen mellékhatás nélkül. Kapható valamennyi gyógytárban, dobozonként 12 drb 5 korona.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére:

Adler-Apotheke Komotau (Böhmen).

nők és gyermekeknél is a jodresorcin-sulfonsavas wismuth

Anusol

(eredeti készitmény C. Weinreben)

elnevezés alatt Suppositoria haemorrhoidalia Anusoli alakban a tisztelt orvos uraknak melegen ajánltatik.

Sanguinal

és annak combinatioi

orvosi körökben mindinkább elismerésben részesülnek.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0·05 és 0·10.

Javallatok: Phthisis incipiens, scrophulosis.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0·05.

Javallatok: Excessusok után beálló gyengeségi állapotok és bizonyos fertöző betegségek után.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0·05 és 0·10.

Javallatok: Phthisis pulmon., infiltratiók, scrophulosis.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0·004.

Javallatok: Vomitus gravidarum, scrophulosis, chlorosis, elhájasodás folytán jelentkező vérszegénység.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0·05.

Javallatok: Az emésztő tractus atoniája.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0·0006.

Javallatok: Chronikus malaria és neurasthenia, chorea, neuralgia, migrén, psoriasis, régi eczema, diabetes, lymphoma malignum, leukämia stb.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Natr. cinnamylic. 0·001.

Javallatok: Scrophulosis és tuberculosis bármely stadiuma.

Bejegyzett gyári védjegy.

Sanguinal készítményeink összes eredeti üvegei következő védjegygyel vannak ellátva:

Krewel & Co. G. m. b. H.

vegyész.-gyógyszer. készítmények gyára.

Köln a. Rhein.

Irodalom és minták díjmentesen küldetnek.

Richter Gedeon gyógyszertára

Budapest, IX. ker., Üllői-út 105. sz.

Lecithin Richter.

Friss tojássárgájából előállított természetes glycero-phosphat (4%o szervesen kötött phosphor). Javallatok: Neurasthenia, angolkór, tuberculosis stb. A testsúlyt rohamosan növeli.

Adagja: naponta 3 × 1—4 tabletta. — Ára 5 ctgros tabletták üvegje 5 kor., 2½ ctgros tabletták üvegje 4 korona.

Lactolecithin Richter.

Lecithines tejczukor-por a **lecithin legjobb adagolási alakja a gyermekgyógyászatban.** Kiváló pótszere a phosphoros olajoknak. Indicatio: **Angolkór,** vérszegénység, görvély, idegesség. **A testsúlyt növeli,** a tej tápértékét emeli.

Minden kávéskanál 0·05 lecithint tartalmaz. Egy üveg ára 2 korona.

Tonogen Suprarenale Richter.

Solut. 1 : 1000.

A mellékvese vérzéscsillapító, vértelenitő hatóanyaga.

Nagy üveg (30 gr.) ára 5 korona, kis üveg (15 gr.) ára 3 korona.

Kapható minden gyógyszertárban.

NERVINOL

sec Barabás

Idegcsillapító- és idegerősítő-gyógyszer

kitünően bevált

álmatlanságnál, **neuraszténiánál, hisztériánál** és egyáltalán az idegrendszer mindennemü kimerüléses bántalmazásainál.

Többszörösen kipróbálva.

Kapható minden gyógyszertárban; fő- és szétküldési raktár:

„Szent-István" gyógyszertár

Budapest, V. ker., Nádor-utcza 3. szám.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle

oltóintézet

Budapest, Teréz-körút 31. sz.

Kitünő minőségü és mérsékelt árú

diphtheria-serum elárusítása.

TELEFON. * Ugyanott: **KEFIR-INTÉZET.** * TELEFON

Vezető orvos: **Dr. SZÉKELY ÁDÁM.**

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzású

himlőnyirkot

alábbi mérsékelt árakon:

1	phiola	**2—3**	egyénre	**1**	kor.	—	fill.
5	vagy több phiola à	**2—3**	„	—	„	**80**	„
1	phiola **10**	egyénre		**1**	„	**60**	„
1	„ **20**	„		**2**	„	**40**	„
1—2	phiola összesen **50**	egyénre		**4**	„	—	„
1—5	„ „ **100**	„		**8**	„	—	„

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva **60** fillér, nem ajánlva **40** fillér.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 41. számához. 2. SZ. Budapest, 1903. október 11.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

SZERKESZTIK:

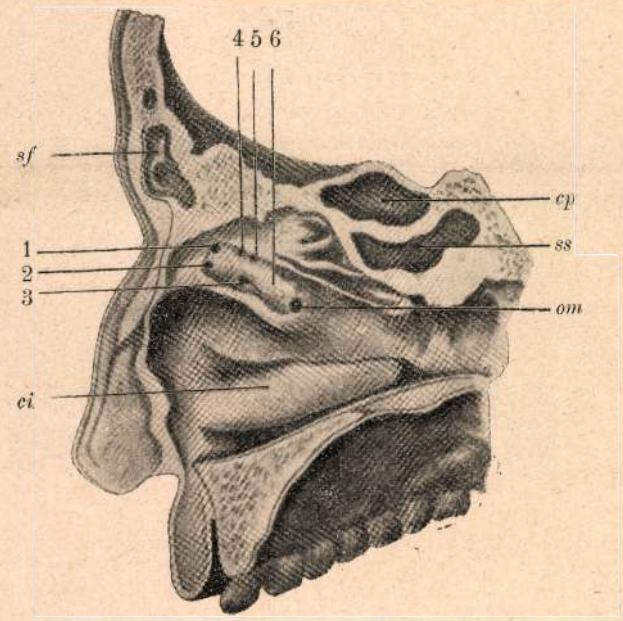
NAVRATIL IMRE, ÓNODI ADOLF, BÖKE GYULA ÉS IFJ. KLUG NÁNDOR.

TARTALOM. *Ónodi Adolf:* Az ikköből és a leghátsóbb rostasejt viszonya a látóideghez. 17. l. — Ifj. *Klug Nándor:* Évi jelentés a budapesti Stefánia-gyermekkórház fülészeti rendeléséről. 21. l. — *Halász Henrik:* Közlemény a borsodmegyei „Erzsébet“-közkórház orr-, gége- és fülészeti rendeléséről. Adat a szemkötőhártya nasalis fertőzéséhez. 26. l. — *Török Béla:* Közlemény a szt. János-kórház fülészeti rendeléséről. Mindkét hallójárat elzáródása és a dobüregek részleges csontos obliteratioja. 28. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (IV. rendes ülés 1903. április 30-dikán.) 30. l — (V. rendes ülés 1903. május 14-dikén.) 31. l. — A német otologiai társaság gyülése 1903. május 29-dikén és 30-dikán Wiesbaden. 32. l. — *Irodalom-szemle:* Könyvismertetés. 32. l. — Lapszemle. 32. l. — *Vegyesek.* 32. l.

Az ikköből és a leghátsóbb rostasejt viszonya a látóideghez.[1]

Közli *Ónodi Adolf* dr. egyetemi tanár.

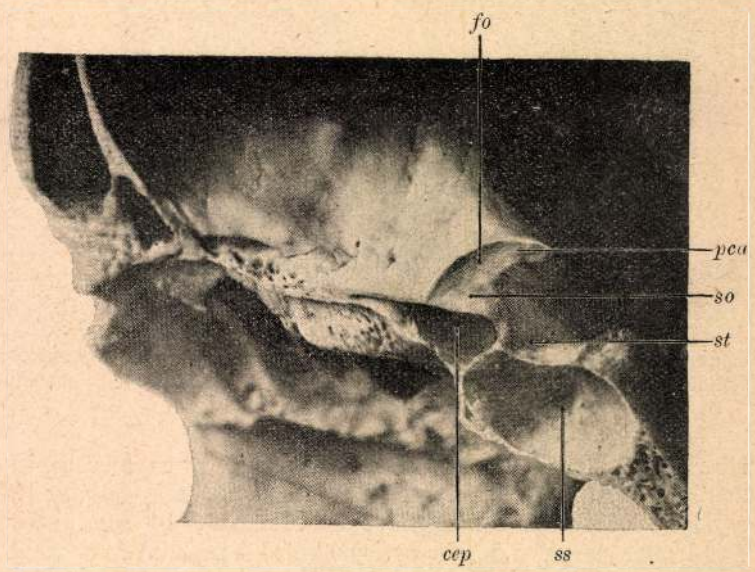
Általánosságban a látóideg viszonya az ikköbölhöz és az ikköből megbetegedéseiből folyó látási zavarok képezik úgy az orrgyógyászatban mint a szemészetben a fejtegetés tárgyát. És ennek alapját képezi a chiasma, a nervus opticus és a canalis opticus ismert boncztani viszonya az ikköbölhöz. A látóideg hüvelyének és csontcsatornájának megbetegedését is általánosságban az ikcsont öblének és testének kóros elváltozásaival hozták kapcsolatba. Miután ezen kapcsolat felvétele csak



1. ábra. Sagittalis metszet. *sf* homloküreg, *cp* leghátsóbb rostasejt, *ss* ikköből, *om* Highmor-üreg nyilása, *ci* alsó kagyló, 1 vak tasak, 2, 3, 4, 5 mellső rostasejtek nyilásai, *b* bulla ethmoidealis, 5 egyszersmind a nyilás egyedül a homloküregbe vezet.

egyes esetekben velt a sectioval is beigazolva és egyes esetekben csupán a boncztani viszonyok ismerete képezte az okozatos összefüggés felvételének az alapját, a magunk részéről vizsgálat tárgyává tettük különösen a leghátsóbb rostasejt viszonyát a látóideghez.

Már *Zuckerkandl* a hátsó rostasejtet, a mely az ikcsont mellső felszinéhez fekszik, sphenoidealis rostasejtnek nevezte. *Hajek* is utalt ezen sejtre, mely az ikköből felé helyezkedhetik el és a melyet könyvében érzékit is.[1] Magam is egy ilyen nagy hátulsó rostasejtet irtam le 1897-ben,[3] mely a sagittalis metszeten úgy tünik fel, mintha az ikköbölnek egy felső része volna. *Douglas*[1] részletesen foglalkozott az ikcsont kis szárnyában előforduló hátsó rostasejttel, melyet ő a kis szárny sinusának nevezett el. Azt találta, hogy az ikköből az ikcsont testét, továbbá a kis szárnyat részben vagy teljesen az eseteknek több mint kétharmadában foglalja el; az esetek egyharmadában az ikköből csak az ikcsont testére szoritkozott. Az eseteknek 4·5 százalékában a hátulsó rostasejt az ikcsontba terjedt. Hét esetben talált egy üreget a kis szárnyakban, a mely a hátsó rostasejttel közlekedett és egy esetben az ikköböllel közlekedett. *Hajek* könyvében egy ábrát mutat, melyen a látóidegek viszonya az ikköbölhöz van feltüntetve, a canalis opticus falának kétoldalt különböző vastagságával. Figyelmeztet, hogy a hátulsó rostasejt, ha az ikköből felé kerül, akkor a canalis opticussal szomszédos viszonyba jut. *Douglas* is említi, hogy a hátsó rostasejt a kis szárnyban a canalis



2. ábra. Koponya. *fo* foramen opticum, *pca* processus clinoideus anticus, *st* sella turcica, *so* sulcus opticus, *ss* ikköből, *cep* leghátsóbb rostasejt.

opticust érinti. *Douglas* különösen rámutat a kis szárny öblének megbetegedéseire, az eshetőségekre és megfelelő beavatkozásra.

Ezek után rátérek vizsgálataimra, melyeket úgy koponyákon mint keményített fejeken végeztem, különös tekintettel a kis szárnyban levő leghátsóbb rostasejtre és ennek a látóideghez való viszonyára.

Ezen metszet (1. ábra) leirását a mellső rostasejtek nyilásainak és a leghátsóbb rostasejt rendellenessége miatt közöltem.[4] A leghátsóbb rostasejt a szemüreg tetejének hátsó részét képezte egészen a foramen opticumig, hosszúsága 30 mm., szélessége 40 mm. és magassága 20 cm. Az ismert leghátsóbb rostasejtek között a legnagyobb méreteket nyujtja és a metszeten úgy tünik fel, mintha az ikköből felső részletét képezné.

[1] Előadatott a magyar tud. Akademia III. osztályának márcziusi ülésén 1903.

[2] Die entzündlichen Krankheiten der Nebenhöhlen.

[3] Monatsschrift f. Ohren-Kehlkopfkrankh. 1897.

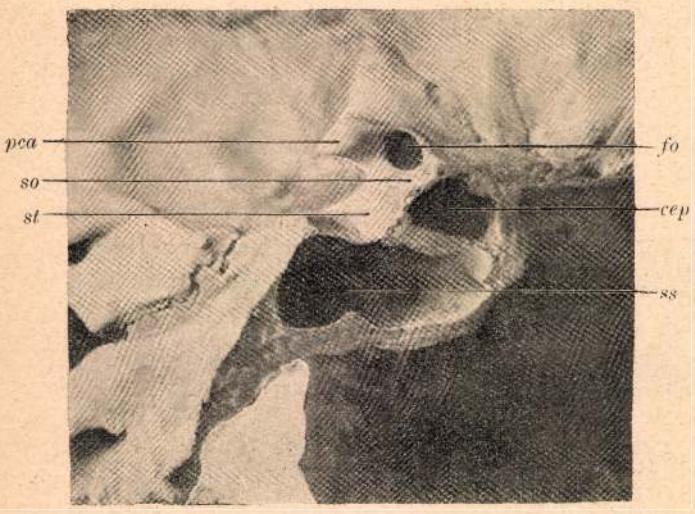
[1] Ugyanitt.

A 2. ábra szépen tünteti fel sagittalis metszetben a leghátsóbb rostasejtnek helyzetét és viszonyát úgy a hátsó likhoz, a látóbarázdához és a töröknyereg mellső részéhez, jól lehet látni, hogy a különben nagy iköbölnek a látóideg barázdájához, nyilásához és csatornájához semmi köze sincsen. Az iköböl hossza 22 mm., magassága 18 mm.; a leghátsóbb rostasejt hossza 30 mm., a középvonaltól oldalsó faláig 18 mm. széles. A sulcus opticus és a foramen opticum alatt beterjed a kis szárnyba, képezi az egész sulcus opticus falat, továbbá a canalis opticus medialis, alsó és oldalsó falát.

A 3. ábra egy sagittalis metszeten a leghátsóbb rostasejtnek hasonló viszonyát tünteti fel. Hiszen láthatni, hogy az iköböl távol esik a sulcus opticus, a foramen opticum és a canalis opticus területétől, ez utóbbival csupán a leghátsóbb rostasejt van szoros viszonyban. Az iköböl 25 mm. hosszú, 15 mm. magas és 15 mm. széles a középvonaltól számítva. A leghátsóbb rostasejt hossza 11 mm., szélessége a középvonaltól kifelé 14 mm., magassága 13 mm. A sulcus opticus falát, továbbá a canalis opticus alsó és medialis falát képezi.

Több koponyán a koponyaüregben véstem fel, úgy az iköbölt mint a leghátsóbb rostasejtet, az esetek közül előbb említem meg, melyeknél a leghátsóbb rostasejt az ikcsont területében megvolt és a canalis opticussal viszonyban állott.

1. Mindkét oldalon fordul elő a leghátsóbb rostasejt az ikcsont területében. A leghátsóbb rostasejt jobboldalt 15 mm.



3. ábra. Koponya. *fo* foramen opticum, *pca* processus clinoideus anticus, *so* sulcus opticus, *cep* leghátsóbb rostasejt, *st* sella turcica, *ss* sinus sphenoidealis.

hosszú, 14 mm. széles és 12 mm. magas, a canalis opticus medialis falát képezi a foramen opticum medialis széléig; baloldalt a leghátsóbb rostasejt 18 mm. hosszú, 14 mm. széles és 17 mm. magas, a sulcus opticus külső harmadát és a canalis opticus alsó és medialis falát képezi.

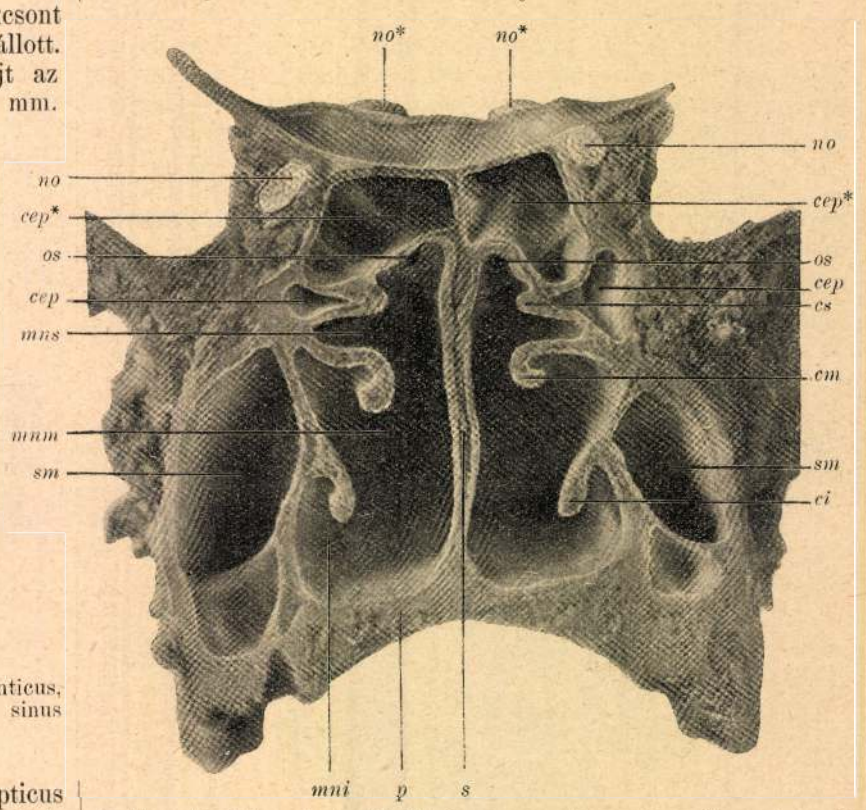
2. Egy sinus sphenoidealis van jelen, mely 20 mm. hosszú, 15 mm. széles és magas és a sella turcica-ig terjed, melynek helyén csontállomány van. Az iköböl baloldalt a töröknyeregtől a lamina cribrosa-ig terjed, a bal canalis opticus medialis és alsó falát képezi, a sulcus opticus kétharmadát érinti. Jobb oldalon egy leghátsóbb rostasejt van jelen a kis szárny területében, 11 mm. hosszú, széles és magas kerek üreg, mely a jobb foramen opticum és a sulcus opticusig terjed, a canalis opticus egész medialis falát és részben felső falát képezi.

3. Jobb oldalon az ikcsont kis szárnyának területében egy leghátsóbb rostasejt van elhelyezve, 10 mm. hosszú, 11 mm. széles és 14 mm. magas és a canalis opticus medialis falát képezi. A jobb iköböl 25 mm. hosszú, 15 mm. széles és magas, a sulcus opticust érinti és a foramen opticum magasságában 5 mm. vastag; a baloldali iköböl 22 mm. hosszú és az ikcsont kis szárnyára terjed, 10 mm. széles és 16 mm. magas, a canalis opticus medialis falát képezi, a foramen opticum magasságában egy mm. vastag.

4. Mindkét oldalon van egy-egy leghátsóbb rostasejt az ikcsont kis szárnyának területében elhelyezve, a jobboldali 16 mm. hosszú, 14 mm. széles, 15 mm. magas, a baloldali 12 mm. hosszú, 10 mm. széles és 15 mm. magas. Az iköböl a sulcus opticus falát képezi, a leghátsóbb rostasejtek a canalis opticus mediális falát képezik. A foramen opticum magasságában az iköböl és a leghátsóbb rostasejt közös válaszfala le- és mellfelé terjed.

5. Mindkét oldalon az ikcsont kis szárnyának területében van egy-egy leghátsóbb rostasejt elhelyezve, a jobboldali 8 mm. átmérőjű, a baloldali 12 mm. hosszú és széles, 15 mm. magas. A jobb iköböl 30 mm. hosszú, 20 mm. széles, 25 mm. magas, a bal iköböl 25 mm. hosszú, 12 mm. széles, 18 mm. magas. Az iköblök képezik a sulcus opticus falát, a leghátsóbb rostasejtek a canalis opticus medialis falát.

6. Az ikcsont kis szárnyainak területében két leghátsóbb rostasejt, a jobboldali 8 mm. hosszú és széles, 14 mm. magas, a baloldali 10 mm. hosszú és széles, 12 mm. magas. A jobb iköböl 24 mm. hosszú, a bal iköböl 18 mm. hosszú. Az iköblök a sulcus opticus falát képezik, a leghátsóbb rostasejtek a canalis opticus medialis falát alkotják.



4. ábra. Homlokmetszet. Jól látni a nervus és canalis opticus viszonyát mindkét oldali leghátsóbb rostasejthez. *no** nervus opticus, a mint a foramen opticumba lép, *no* nervus opticus, *cep** leghátsóbb rostasejt, *cep* hátsó rostasejt, *os* iköböl nyilása a leghátsóbb rostasejt alatt, *cs* felső kagyló, *mns* felső orrjárat, *cm* középső kagyló, *mnm* középső orrjárat, *sm* Highmor-üreg, *ci* alsó kagyló, *mni* alsó orrjárat, *p* kemény szájpad, *s* orrsövény.

7. Az ikcsont kis szárnyainak területében leghátsóbb rostasejtek, a jobboldali 15 mm. hosszú, 10 mm. széles, 10 mm. magas, a baloldali 12 mm. hosszú, 15 mm. széles és magas. Az iköblök képezik a sulcus opticus falát, a leghátsóbb rostasejtek képezik a canalis opticus medialis falát, a foramen opticum magasságában vékony fal választja el egymástól az említett üregeket.

8. Baloldalt, az ikcsont kis szárnyának területében van egy leghátsóbb rostasejt, hossza 15 mm. szélessége 12 mm., magassága 15 mm. A jobb iköböl 23 mm. hosszú, a bal iköböl 19 mm. hosszú, mindkét sulcus és canalis opticus az iköblök területébe esnek. A bal iköböl fala a foramen opticum magasságában 2 mm. vastag.

9. A bal iköböl 27 mm. hosszú, 20 mm. széles, a jobb iköböl 23 mm. hosszú, 14 mm. széles. Az iköblök a sulcus opticus falát, a canalis opticus medialis és alsó falát képezik.

10. A jobb íköböl 27 mm. hosszú a bal íköböl 33 mm. hosszú. Mindkét oldalon a sulcus opticus és a canalis opticus az íköblök területébe esik.

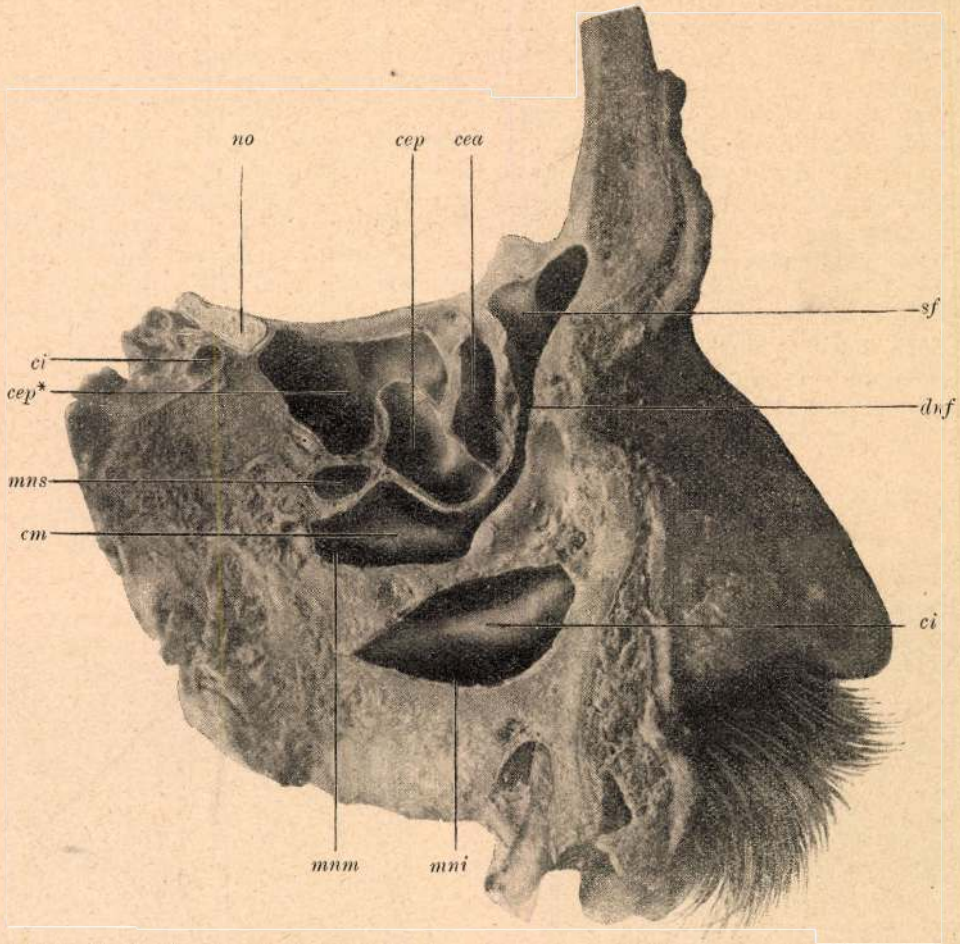
11. A jobb íköböl 27 mm. hosszú, a bal íköböl 30 mm. hosszú. A sulcus opticus falát az íköblök képezik. A foramen opticum magasságában az íköböl fala jobboldalt 3 mm., baloldalt 4 mm. vastag.

12. A jobb íköböl 30 mm. hosszú, a bal íköböl 23 mm. hosszú, a sulcus opticus falát, valamint a canalis opticus alsó és medialis falát az íköblök képezik.

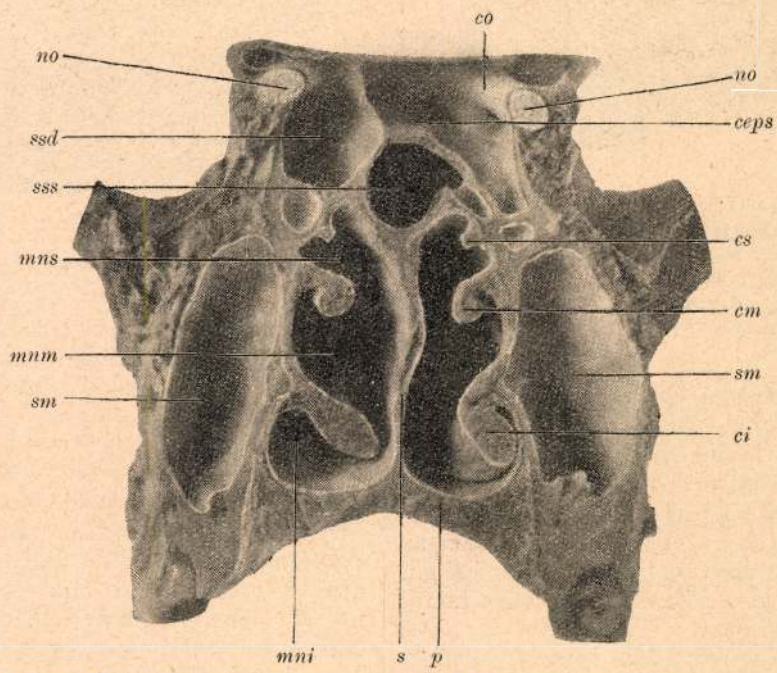
Még egyes vizsgálatokról akarok szólani, melyek homlok- és sagittalis metszetekre vonatkoznak és a melyeknél a látóidegek is bent foglaltatnak a csontcsatornában. A negyedik ábra egy homlokmetszetben nagyon tanulságosan tünteti fel mindkét oldalon a látóideg viszonyát a leghátsóbb rostasejthez. A leghátsóbb rostasejtek a (*cep*) foramen opticum-ig terjednek és mindkét oldalon a canalis opticus (*co*) medialis és alsó falát képezik. A leghátsóbb rostasejtek (*cep*) alsó fala alatt közel a középvonalhoz látható mindkét íköböl nyilása (*os*) és elenyésző csekély nagyságú mellső fala. Mindkét íköböl a canalis opticus falaival semmi viszonyban nem áll.

Az ötödik ábra egy sagittalis metszetet ábrázol, melyen a nervus opticus és a canalis opticus viszonya a leghátsóbb rostasejthez jól áttekinthető. A leghátsóbb rostasejt (*cep**) 34 mm. hosszú, 16 mm. magas, a látóideget (*no*) tartalmazó canalis opticus alá a leghátsóbb rostasejt még hat mm.-nyire terjed.

A hatodik és hetedik ábra két együvé tartozó homlokmetszetet érzékit. Mindkét metszet azért érdekes, mert mutatja, hogy egy fejen a nervus opticus (*no*), a canalis opticus (*co*) áll szoros viszonyban az egyik oldalon a megfelelő íköböllel (*ssd*), a másik oldalon pedig a megfelelő leghátsóbb rostasejttel (*ceps*). A leghátsóbb rostasejt (*ceps*) 28 mm. hosszú, 30 mm. széles, 26 mm. magas, a látóideget tartalmazó canalis opticus (*co*) 12 mm.-nyire fekszik bent a leghátsóbb rostasejtben. A canalis opticus felső, medialis és alsó falát baloldalt a leghátsóbb rostasejt, jobboldalt az íköböl képezi. A homloköböl mindkét oldalon a szemüreg tetejének lemezei között hátraterjed és baloldalt a leghátsóbb rostasejttől, jobboldalt az íköböltől választja el egy vékony válaszfal.



5. ábra. Sagittalis metszet. A nervus opticus, a canalis opticus viszonya a leghátsóbb rostasejthez. *no* nervus opticus, *ci* carotis interna, *cep** leghátsóbb rostasejt, *cep* hátsó rostasejt, *eca* mellső rostasejt, *dnf* ductus nasofrontalis, *mns* felső orrjárat, *cm* középső orrkagyló, *mnm* középső orrjárat, *mni* alsó orrjárat, *ci* alsó kagyló.



6. ábra. Homlokmetszet. Jól látni, hogy a jobb oldalon a látóideg csatornája az íköbölben, a bal oldalon pedig a leghátsóbb rostasejtben fekszik. *no* nervus opticus, *co* canalis opticus *ceps* baloldali leghátsóbb rostasejt, *ssd* jobboldali íköböl, *sss* baloldali íköböl, *mns* felső orrjárat, *cs* felső orrkagyló, *cm* középső orrkagyló, *mnm* középső orrjárat, *sm* Highmor-üreg, *mni* alsó orrjárat *ci* alsó kagyló *s* orrsövény, *p* kemény szájpad.

A nyolczadik ábra mindkét oldalon mutatja az íköböl (*ss*) viszonyát a látóideget (*no*) tartalmazó canalis opticus-hoz. Mindkét oldalon az íköblök az ikcsont kis szárnyára terjedtek és a canalis opticus medialis falát képezték.

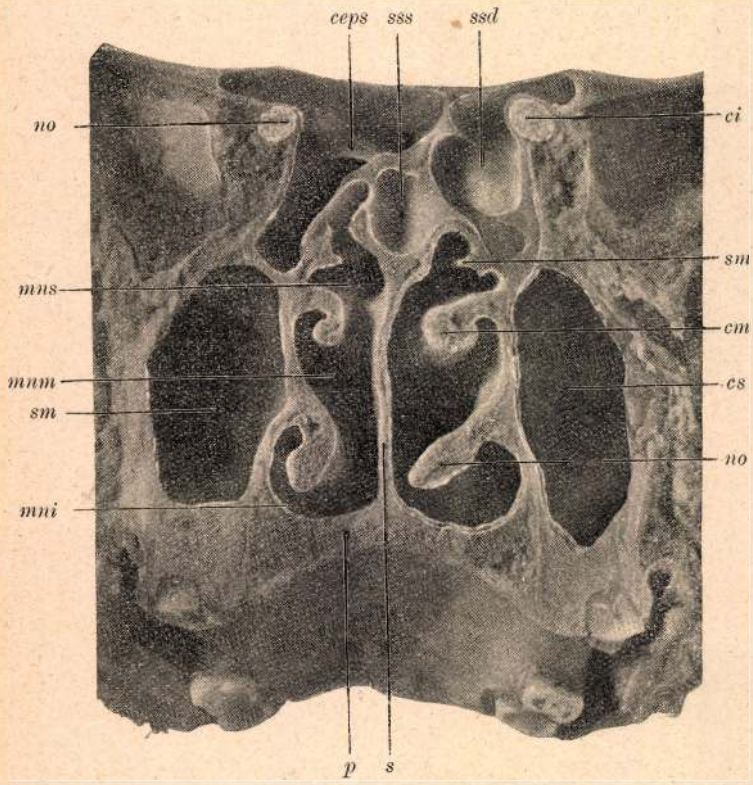
A kilenczedik ábra egy homlokmetszetet érzékit, melyen jól áttekinthető a bal látóideg viszonya az íköböl és a jobb látóideg viszonya az íköbölhöz és a leghátsóbb rostasejthez közvetlenül, egészen közel a homloköböl leghátsóbb részéhez. A látóideget (*no*) belülről az íköböl (*ss*) határolja, fent a leghátsóbb rostasejt (*cep*) alsó fala. Egy közös válaszfal választja el a leghátsóbb rostasejtet a homloköböl (*sf*) leghátsóbb részétől.

Több mint húsz fej állt rendelkezésemre.

Ezen esetekben az íköböl hossza 11 és 33 mm., a szélessége 10 és 22 mm., a magassága 10—16 mm. között ingadozik. A leghátsóbb rostasejt hossza 8 és 30 mm., szélessége 8 és 40 mm., magassága 10 és 26 mm. között ingadozik. Hat esetben találtam mindkét oldalon a leghátsóbb rostasejtet az ikcsont kis szárnyának területében és tiz esetben csak az egyik oldalon. Öt esetben találtam az íköblöket az ikcsont kis szárnyának területében elterjedve. Azon hat eset közül, a hol mindakét oldalon volt a leghátsóbb rostasejt az ikcsont kis szárnyában jelen, ott mindenütt a látóideg csatornájában szorosabb viszonyban állott, mindenütt a canalis opticus medialis falát képezte, két esetben a canalis opticus alsó falát is és két esetben a sulcus opticus falát is alkotta a leghátsóbb rostasejt. A három fél fejen csupán a leghátsóbb rostasejt képezte

a sulcus opticus, a foramen opticum és a canalis opticus falait. Hét esetben csak az egyik oldalon volt az ikcsont kis szárnyában egy leghátsóbb rostasejt jelen, ezek közül öt esetben leghátsóbb rostasejt a canalis opticus medialis falát képezte ugyanazon oldalon, egy esetben azonban a canalis opticus falaival semmi viszonyban nem állott.

Egy esetben viszonyban áll a nervus opticus az iköböl lateralis falával, a leghátsóbb rostasejt alsó falával és e mellett a homloküreg hátsó részével. Ezen esetekben azon az oldalon, a hol a leghátsóbb rostasejt hiányzott, 5-ször képezte az iköböl a canalis opticus falát, egy esetben pedig mindkét canalis opticus falát megfelelő oldali iköböl alkotta. Öt esetben az iköblök terjedtek az ikcsont kis szárnyának területébe és képezték a canalis opticus falait. Az iköböl falának vastagsága a foramen opticum magasságában többnyire papirvékonyságú, kivétel nélkül papirvékonyságú a canalis opticus fala, ha azt a leghátsóbb rostasejt képezi. Három esetben felemlitésre méltó különbségeket találtam az iköböl falának vastag-



7. ábra. Homlokmetszet. Az előbbi metszet mellső fele, a nervus opticus viszonya baloldalt a leghátsóbb rostasejthez, jobboldalt az iköbölhöz. *no* nervus opticus, *ceps* bal leghátsóbb rostasejt, *sss* legmellsőbb fala a bal iköbölnek, *ssd* jobb iköböl, *cs* felső kagyló, *mns* felső orrjárat, *cm* középső kagyló, *mnm* középső orrjárat, *sm* Highmor-üreg, *mni* alsó orrjárat, *ci* alsó kagyló, *s* orrsövény, *p* kemény szájpad.

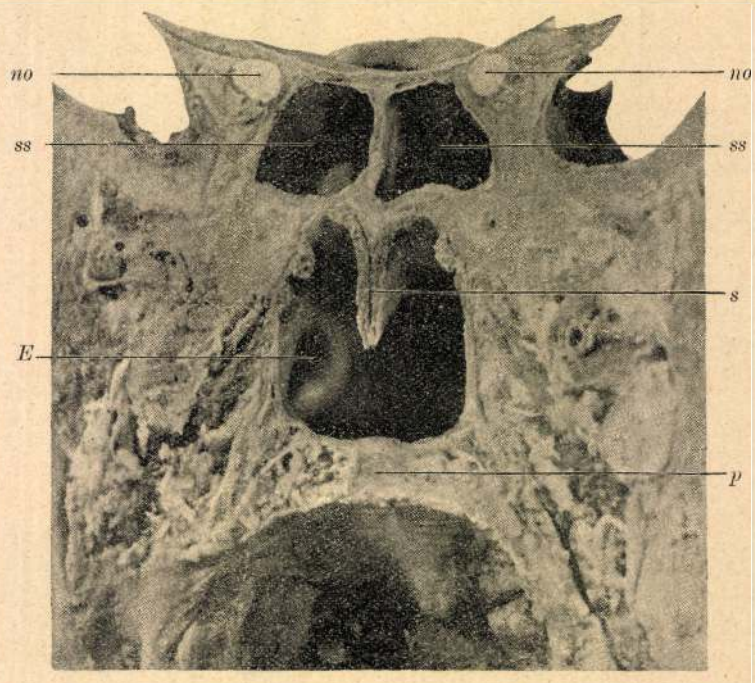
ságában, a foramen opticum magasságában, az egyik esetben baloldalt 2 mm. vastag, mig a jobb oldalon papirvékonyságú, a másik esetben a bal oldalon 1 mm. vastag, a jobb oldalon 5 mm. vastag, a harmadik esetben a bal oldalon 4 mm. vastag, a jobb oldalon 3 mm. vastag az iköböl fala.

Berger és *Tyrrmann*[1] két esetet emlitenek fel, midőn az egyikben az iköböl fala a foramen opticum magasságában 4—6 mm. vastag, a másikban az egyik oldalon papirvékonyságú, a másik oldalon 7 mm. vastag.

Ezen vizsgálatok világosan mutatják, hogy gyakori a leghátsóbb rostasejt jelenléte az ikcsont kis szárnyának területében, továbbá, hogy jelenléte szoros viszonyban áll a látóideget tartalmazó canalis opticussal, sőt a sulcus opticussal is, melyen a nervus opticus és a chiasma feküsznek. A leghátsóbb rostasejtnek kimutatott terjedelme, leirt helyzete és szoros viszonya a sulcus, canalis és nervus opticushoz klinikai szempontból fontosságot kölcsönöz neki, melyet különösen hangsúlyozunk azért, mert eddig a nervus opticus canalicularis megbetegedésének felvételénél csaknem kizárólag, mondhatnám sablonszerűen az iköböl és annak elváltozásai jöttek szóba.

Berger és *Tyrrmann*[1] először irányitották a figyelmet a megvakulás és az iköbölbántalom közötti összefüggésre és az irodalomból az eseteket 1886-ig gyüjtötték össze. Huszonhárom esetet emlitenek, melyek közül hat esetben az ikcsont testének cariese, a többi esetben különböző daganatok észleltettek, kapcsolatban a vakság fellépésével. Ezen statistika mellett mégis megjegyzik, hogy „dass sich in einer Anzahl von Fällen während des ganzen Verlaufes der Erkrankung des Keilbeinkörpers an Caries oder der Entwickelung eines Tumors bis zum Tode des Kranken niemals Sehstörungen gezeigt hätten“. *Panas*[2] ezen statistikát is felemliti és három saját észlelését is hozzácsatolja.

Általában az orrgyógyászat és a szemészet tankönyveiben csak röviden lesz felemlitve, hogy az iköböl megbetegedése a közel fekvő látóideg belevonása által vakulást és látási zavarokat idézhet elő. *Mendel*[3] *Hirschberg* tanár anyagát megvizsgálta és azt találta, hogy „dass ziemlich bei der Hälfte der Fälle von einseitiger Sehnervenentzündung nasaler Ursprung im weiteren Sinne nachweisbar ist“. Megjegyzi, hogy



8. ábra. Homlokmetszet. A látóidegek viszonya az iköblökhöz. *no* nervus opticus, *ss* sinus sphenoidealis, *s* orrsövény, *E* Eustach-kürt, *p* szájpad.

egyoldali pangási papilla többnyire orbitalis bántalommal függ össze, mig a kétoldali intracranialis folyamatokkal.

Felléphet kétoldali látóidegbántalom a rostaöblök megbetegedése folytán. *Lapersonne*[4] következőleg nyilatkozik: „La névrite optique s'observe rarement dans la sinusite frontale, un peu plus souvent dans les sinusites maxillaires ou ethmoideales, mais elle est surtout la manifestation d'une sinusite sphénoideale. Un caractère capital de cette névrite, purement sinusienne c'est d'être unilatérale. Quoique à la sigeur, les deux nervs puissent être touchés dans les canaux optiques par une double sinusite sphénoideale, une névrite oedemateuse double doit plutôt nous faire souger à un processus intracranien.“

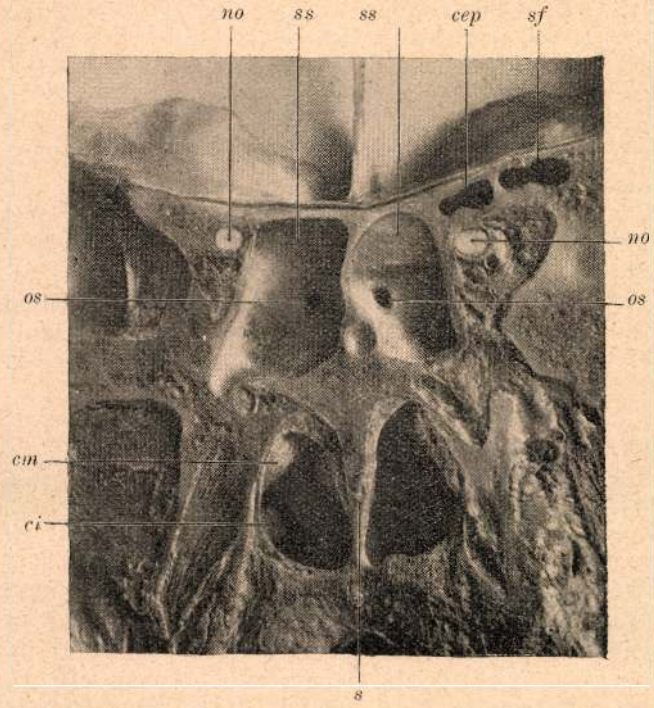
A mi általában az aetiologiát illeti, a szemészek előtt egész sora ismeretes az okoknak, a melyek egy neuritist, atrophia optikát előidézhetnek és az orr melléküregeitől távol állanak. Ép igy ismeretesek intracranialis elváltozások, a melyek szintén egészen távol állanak az orr melléküregeitől.

[1] L. c.

[1] L. c.
[2] Traité des maladies des yeux 1894.
[3] Centralblatt für Augenheilkunde 1901.
[4] Compte-Rendu de la Soc. franç. d'Ophtalmol. 1902.

Az aetiologiában az iköbölt illetőleg dehiscentiák, empyemák, caries, necrosis, tumorok és traumák említettnek. A dehiscentiákat az iköböl testén *Zuckerkandl* említi fel, *Gallmaerts*[1] kétszáz esetben kétszer talált az opticus falon dehiscentiát, *Holmes*[2] 50 esetben kétszer. A traumák és tumorok a látóideg területében megmagyarázzák az összefüggést, a mit a bonczolat is megerősitett. Caries, necrosis és empyema gyakran hozatnak okozatos összefüggésbe látózavarokkal és a látóideg sérüléseivel. Egyes esetekben a bonczolat az iköböl megbetegedését és az okozatos összefüggést megerősitette. Egyes esetekben csak puszta feltevésről van szó és többször lettek nagy elváltozások az iköbölben észlelve látási zavarok nélkül.

Reinhardt[3] esetében, a hol tulajdonképen a felső állkapocs cancroidja volt jelen, a koponya alapcsontjai nagy kiterjedésben cariest mutattak, a legerősebben a sella turcica, az ikcsont teste annyira el volt puhulva, hogy az késsel vágható volt. A bonczlelet az opticust és olfactoriust épnek találta. *Berger* és *Tyrrmann* is felemlítik az ikcsont egyes részeinek lassú kiküszöbölését, látási zavarok nélkül és a végén meningitis fellépésével.



9. ábra. Homlokmetszet. A baloldali látóideg viszonya az iköbölhöz, a jobboldali látóidegé a leghátsóbb rostasejthez, iköbölhöz és homloköbölhöz. *no* látóideg, *ss* iköböl, *cep* leghátsóbb rostasejt, *sf* homloköböl, *os* az iköböl nyilása, *cm* középső kagyló, *ci* alsó kagyló, *s* orrsövény.

Baratoux[4] esetében az ikcsont testének egy nagy része kilöketett, minden látási zavar bekövetkezése nélkül. *Hajek* többször látott nagyobb luetikus pusztulásokat az iköböl mellső falán, látózavar nélkül. Mi is észleltünk iköbölempyema-eseteket, látási zavar nélkül. *Flatau*[5] az iköböl empyemájának és cariesének 26 esetéről számol be és nem említ látózavarokat. *Foucher*[6] leir egy esetet, a hol egy 15 éves leánynál az alsó kagyló necrosisa és az iköböl necrosisa volt jelen, antiluetikus kúra lett alkalmazva, sequesterek távolodtak el, a leány tönkrement, látózavar nem volt.

A mint látjuk, egyes bonczleletek felett rendelkezünk, melyek az iköböl cariese, empyemája és a látóideg és hüvelyének sérülése között az okozatos összefüggést kimutatják. Másrészt birunk klinikai észleletekkel és autopsiákkal, melyek a látózavarok hiányát constatálják. Csupán ezen tényre akartunk rámutatni, a nélkül, hogy a közzétett esetek részleteit fejtegetnők. Az egész kérdésnek még sok hézaga van és klinikailag és necroskopiailag még behatóan ki kell dolgozni. Még sok szabatos, kifogástalan klinikai észlelet és kórbonctani lelet hiányzik ezen érdekes és fontos fejezet felépítéséhez. A közlött esetek kritikai megitélése megengedi nekünk egyes esetekben az okozatos összefüggés felvételét az iköböl és a látóideg megbetegedései között, de vizsgálataink alapján ezen szinte sablonszerű felvételt és a belőle levont tételt egy fennforgó látózavar magyarázatára, oda kell corrigálni, hogy ezen okozatos összefüggés a leghátsóbb rostasejt megbetegedése által épen úgy magyarázható.

A leghátsóbb rostasejtnek ismertetett viszonya a látóideghez, megmagyarázza a látózavarra vonatkozó gyakori negativ leletet, az iköböl empyemájának, cariesének és necrosisának számos esetében. Vizsgálataink továbbá mutatták, hogy az iköböl fala a foramen opticum magasságában különbözően vastag lehet, mig a canalis opticus fala mindig papirvékony, ha a leghátsóbb rostasejt képezi. Az iköböl falának ezen vastagsága a folyamatnak a canalis opticus falára és a látóideg hüvelyére való tovaterjedésénél jelentőséggel birhat.

A mi a szemészeknek azon észleletét illeti, hogy az egyoldalú neuritis, atrophia optica, jellegző az iköbölbántalomra, vizsgálataink alapján abban találja korrekturáját és egyszersmind magyarázatát az egyoldalú látózavar, hogy ritkábban történik, hogy szoros viszonyt találunk mindkét oldalon, akár az iköböl, akár a leghátsóbb rostasejt részéről a látóideghez, többnyire egyidejüleg az egyik oldalon találjuk az iköblöt, a másik oldalon a leghátsóbb rostasejtet szoros viszonyban a canalis opticus falával, vagy csak az egyik oldalon van jelen ezen viszony, akár az iköböl, akár a leghátsóbb rostasejt részéről. Ez adja meg a magyarázatot a jellegző egyoldalú látózavarnak, egyidejűleg úgy az iköbölre, mint a leghátsóbb rostasejtre is kell gondolnunk és alapos vizsgálat tárgyává tennünk.

Már *Douglas* említi a leghátsóbb rostasejtek therapiájának nehézségeit és fontosságát, *Hajek* részletesen fejtegeti a diagnostikai nehézségeket az iköböl és a leghátsóbb rostasejt empyemája között. Mi vizsgálataink kapcsán a szaktársak figyelmét akarjuk felhivni azon szoros viszonyra, a mely az iköböl és különösen a leghátsóbb rostasejt és a látóideg között fennforog, valamint az említett üregek gondos diagnostikájára és therapiájára.

[1] Ann. d'Ocul. 1900.
[2] Archiv of Ophtalm. 1896.
[3] Virchow's Archiv. Bd 16.
[4] Progrès méd. 1883.
[5] Int. Centr. f. Laryng. 1894—1895.
[6] Int. Centr. f. Laryng. 1897.

Évi jelentés a budapesti Stefánia-gyermekkórház fülészeti rendeléséről.

(1902. január 1-jétől deczember 31-ig.)

Közli: ifj. *Klug Nándor* dr., kórházi főorvos.

A budapesti Stefánia-gyermekkórház fülészeti rendelésén és osztályán jelentkezett a lefolyt évben 596 beteg. Az e betegek körül tett tapasztalataimról kivánok beszámolni, annál inkább, mert az itt közzétett kórtörténetek több irányban igen tanulságosak és érdekesek.

Az évi működésről a következőkben óhajtok beszámolni:

1902-ben volt összesen 596 beteg, ezek közül korra nézve volt:

0—12 hónapig	85
1—10 évig	397
10—16 „	114
Összesen . . .	596

Nem szerint:

Leány	337
Fiú	259
Összesen . . .	596

A jelentkezettek, a betegségek szerint, következőleg oszlottak meg:

I. Külső fül:

Eczema conchae et meat. aud. extern.	33	(ebből kétold. 8)
Atresia auris congenita	4	(„ „ 2)
Furunculus a külső hallójáratban	14	(„ „ 2)
Otitis externa diffusa	16	(„ „ 2)
„ desquamativa	2	
Cerumen a külső hallójáratban	69	(„ „ 42)
Corpus alienum a külső hallójáratban	15	
Erysipelas auriculae	1	
Atheroma a fülkagylón	1	
Abscessus retroauricularis, középfülmegbetegedés nélkül (eczema után)	12	
Összesen	167	

II. Középfül:

Középfüllobok utáni residuák	24	(ebből kétold. 6)
Sérüléses repedés a dobhártyán	1	
Catarrhus cavi tympani acuta	11	(„ „ 2)
„ „ „ chron. tuba affectioval	55	(„ „ 40)
Catarrhus cavi tympani exsudativa	8	(„ „ 4)
Otitis media purulent. acuta	48	(„ „ 10)
„ „ „ chronica	296	(„ „ 88)
Otalgia, részint fogcariesből, részint más okból (rheuma stb.)	7	
Myringitis acuta	24	(„ „ 4)
Corpus alienum a dobüregben	1	(kis kukacz)
Összesen	475	

III. Belső fül:

Lueses labyrinth-affectio	3
Egyéb labyrinthmegbetegedések	4
Surdo-mutitas	22
Összesen	29

Adenoid vegetatio volt	61,	ebből kiirtva lett 35
Tonsilla hypertroph.	29,	„ „ „ 11

Egyéb megbetegedések közül jelentkeztek:

Parotitis	3
Caries proc. Zygomatic.	1
Retropharingealis tályog	1
Összesen	5

Műtétek:

Tonsillotomia	11
Adenoid vegetatiók kiirtása	35
Retroauricularis tályog megnyitása	9
Idegen testeltávolitás termész. úton	11
Paracentesis	6
Polypus-eltávolitás hurokkal	4
Dobüri sarjak kikanalazása	1
Retropharingealis tályogmegnyitás	2
Egyszerű antrum-felvésés sec. *Schwartze*	4
Középfülüregek feltárása sec. *Zaufal*	28
Thiersch-transplantatio	1
Furunculus-felnyitás	9
Összesen	121

Fekvő beteg volt 33, ezekből 1 maradt 1901-ről, középfülüregek feltárásával, mely teljesen gyógyult, 1; ezenkivül volt:

Lymphoma colli abscedens et abscessus retroauricularis	1
Lymphadenitis colli	1
Otit. med. supp. acut. empyem. antr.	4
„ „ „ chron.	20
„ „ „ tuberculosa	6
Összesen	33

Narcosis volt 31 esetben, mindig chloroform. Antrectomia és radicalis műtét volt összesen 32, 28 egyénen; ezek közül 14 fiú és 14 leány volt. A műtét eredményét illetőleg: *Schwartze* eljárása szerint operált 4 beteg közül meghalt 1, a többi 3 gyógyult. A haláleset egy scarlatinás otitis operált esetére vonatkozik, az illető a scarlatina kapcsán súlyos nephritist kapott, uraemia lépett nála fel és ennek következtében — az antrectomia után — 10-dik napra beállott az exitus. Az autopsiánál a hallószerv felől semmi mélyebb elváltozás nem volt található.

Zaufal eljárása szerint műtve lett 24 személy, 28 műtéttel; a 28 operált eset közül:

Teljesen gyógyult	10
Javultan elbocsáttatott	6
Kezelés alatt van	3
Elmaradt a kezelésről	2
Exitus	7
Összesen	28

Az összes 28 beteg közül 14 fiú és 14 leény volt.

A fent említett hét halállal végződő műtéti eset összesen 5 személyre vonatkozik, a mennyiben kettő kétoldali műtéten esett át.

E halálesetek közül az egyik kétoldali műtéten esett át scarlatina következtében beállott otitis, illetve caries pr. mastoid. következtében. A halál egy az utókezelés alatt beállott tüdőgümőkór miatt következett be, a mint azt a megejtett autopsia is bizonyitotta, a melynél egyszersmind a hallószerv részéről mélyebbre terjedő elváltozások nem mutatkoztak és a két műtéti terület gyógyuló félben találtatott. A másik haláleset kórházon kivül, valamely köhögéses bajban halt el, még mielőtt a sebfelület egészen begyógyult volna. 2 meningitis basilaris tuberc.-ban, az ötödik pedig scarlatinában és súlyos sepsis tünetei között halt meg. Ez utóbbi 4 esetet, valamint egy gyógyult cholesteatoma és egy gyógyult extraduralis tályog esetét akarom a következőkben ismertetni, mint olyanokat, melyek több irányban érdekesek és tanulságosak.

Az esetek a következők:

1. *B. Klára*, 3 éves leánybeteg súlyos scarlatinával és diphtheria fauciummal vétetett fel a kórházba 1902. április 17-dikén. Gyermeken e betegségek mindjárt súlyos jelleggel, magas lázzal léptek fel. Időközben a baloldali alsó lebenyben tüdőgyuladás is lépett fel, valamint vesegyuladást is kapott. Gyermeken megbetegedésének 12-dik napján, azaz április 29-dikén lépett fel a fülfolyás, mindkét oldalon egyszerre, mindkét dobhártyán elől-alul gombostűfejnyi perforatio, a mastoideusokon semmi látható elváltozás, de feltünő nyomási érzékenység. A hőmérsék, mely a megbetegedés első napjától kezdve continuensen 39° körül van, most sem változott a fülbántalom hozzátársulásakor. A perforatio-nyilás megnagyobbitását végeztem mindkét oldalt.

Május 1. Láz nem szünt, mindkét fülkagyló mögött erősen fájdalmas duzzanat, fülkagylók elállók, folyás bő, genyes, baloldalt bővebb. Délelőtt 11 órakor műtét, chloroformnarcosisban. *Baloldalt* rendes bemetszés, oedemás tésztás tapintatú szöveteken át. Első pár vésőütés után 2—3 kis megnyitott csecssejt, tele genynyel. Antrumban nagy nyomás alatt geny, külső hallójárat hátsó fala is genynyel átivódva, egyáltalában az egész csecsnyújtvány szivacsszerűen genynyel át- és átitatva. E genyes csontok elvésésekor a középső agygödör duráját és a sinus sigmoid.-t is szabaddá teszszük, mindezek genynyel vannak fedve, melynek leöblitése után úgy a dura, mint a sinus épnek látszik. Csecsnyújtvány apophysis nagy része resecálva lett. Sebtoillette. *Jobboldalt* rendes bemetszés után, már a periost alatt geny, egyébként ugyanazon lelet, mint a bal oldalon, autrumban, dobüregben sok geny, a műtét menete ép olyan, mint a túloldalon, csak apophysist nem kellett resekálni.

Május 3. Műtét után a láz nem esett le, 39—39·6° közt ingadozott, légvét nyögő, pulsus kis hullámú: 140 perczenként. Kötésváltásnál necrotikusak, czafatosak úgy a lágyképletek, mint a csontrészek is. Közérzet zavart, igen bágyadt, szemhéjak kissé pöffedtek, nephritis fennáll, arczbőr durva, érdes, kissé pirosas. Törzsön nagykiterjedésű, összefolyó barnás-piros küteg. Kissé merev tekintet, fokozott térdreflex. Achilles-clonus gyengén kiváltható.

Május 8. A törzs kütege eltünt, közérzet jobb. Pulsus szabályos, épteltségű, 120 perczenként. Hőmérsék változatlan. Kötésváltáskor az elhalt lágyrészeket levágjuk, az elhalt csontrészeket vésővel eltávolitjuk. A baloldali horizontalis ivjáraton kis fistulanyilás, ezt, valamint a vestibulumot felvéssük, ezekben geny, ennek kitörlése. Kötés.

Május 9. Állapot változatlan, súlyos nephritis. Pöffedtség. Pulsus közepes, száma 140, lázcontinuens 39·5°, közérzet kissé zavart. Táplálékot kihányja. Délelőtt tápklysmát kapott (tej, 2 tojássárga, czukor, só), melyet negyed óra mulva kiüritett. Baloldalt a seb alsó részéből részint a bulbus venae jugul. intern. felé, részint a sternocleidomastoid. alá vezető genyjáratok, melyen át nyomásra alulról geny ürül a sebüregbe. E genyjáratok feltárása egyfelől a bulbus közelébe vezet, másfelől a sternocleidomastoid. felső széle alatt lévő kis tályog felnyitására visz.

Május 13. Törzsön purpuraszerű küteg, arcz szürkés, livid színű; pulsus kis hullámú, szapora, perczenként 160—170. Erős foetor ex ore, torokban, szájpadiven vaskos lepedék. Innen vett culturában diphtheriabacillus és ugyanazon streptococcus faj, melyet annak idején a fül genyének vizsgálatánál nyertünk. Délelőtt physiologiai konyhasós-oldalt infusioja és camphorinjectiók.

Május 14. Öntudatlan, szemek beesettek, szemhéjak kissé nyiltak. Száj habos, légzés felületes, pulsus alig érezhető filiformis. Eszméletlenség. Délelőtt 10 órakor beállott az exitus.

Epicrisis: Az eset az otitisekkel járó complicatiók egész sorozatát mutatja, bizonyitva a mellett, hogy a fertőzés virulentiája mély, nagyfokú volt. Mint a fülből vett geny bakteriologiai vizsgálatából kitünt, tiszta streptococcus-infectioval volt dolgunk, a mint ezt a scarlatinás otitiseknél többnyire találjuk. A kis betegen a scarlatinamegbetegedés 12-dik napján lépett fel a kétoldali középfülgyuladás. A fennálló perforationyilás mindkét oldalt kiadóan meg lett tágitva, szigorú antiphlogostikus kezelés lett alkalmazva és mégis már 2 nap mulva sürgőssé vált a műtéti beavatkozás, még pedig mind a két csecsnyújtványon, a mikor is főleg baloldalt már ekkor a proc. mastoideust genynyel át- és átivódva találtuk, úgy hogy a csecsnyújtvány-apophysis egy részét resekálni, a középső agygödör duráját és a sinust szabaddá tenni kellett, a hol egy extraduralis, illetőleg egy perisinualis tályogot fedtünk fel. Dura, sinus semmi elváltozást nem mutatott, épnek látszott. A kiadós műtét daczára a folyamat tovább terjedt, főleg a bal oldalon, a sebűrben mindenütt már 48 óra mulva új, kiterjedt elhalások voltak láthatók, sőt egy hét mulva már a labyrinthon, horizontalis ivjáraton is kis defectust találtunk, minek következtében a vestibulumot és a fent jelzett ivjáratot felvéstem és ezekben tényleg genyet is találtam. Másnap a lágyképletek között a bulbus venae jugul. intern. felé vezető genyjáratot találtunk és egy kis genygyülemet, a sternocleidomastoid. felső széle alatt láttunk, melyeket mind fel kellett tárni. Daczára mindeme beavatkozásoknak, a gyermek sepsis tünetei között meghalt. Sectiót, sajnos, nem lehetett végezni és igy az, vajjon a sepsis a hallószervi folyamatból eredt-e, avagy egy scarlatina septiforme állott fenn és innen jött-e létre az általános sepsis, kérdéses, bár a beteg észlelete inkább az utóbbi mellett látszik bizonyitani. Az egész egy súlyos scarlatinafertőzés volt, mely úgy látszik az egész szervezetben súlyos elváltozásokat hozott létre, e mellett bizonyit a hallószervi bántalom heves és minden beavatkozás daczára folyton előre haladó jellege, a nephritis súlyos volta, a torokképletek erős lepedékessége és a többi súlyos és gyorsan kifejlődő tünetek.

2. *J. J.* 11 hónapos fiúbeteg. Felvétetett 1902. junius 13-dikán. 4-dik gyermek, 7 hóra született. 10 hóig szopott. Első fogát 7 hónapos korában kapta. Ülni, állni tud. Atyai nagyatyja s anyai nagyanyja, anyai részről 2 nagynénje tuberculosis pulmonumban halt el. 3 hónapos korától fogva fején folyton kiújuló eczema. Állitólag 6 nap óta jobboldali fülfolyás, 2 nap óta a baloldali végtagokban fennálló hűdéses tünetek, a bal arczfél elsimulása.

A korához képest kissé gyengén fejlett, lesoványodott fiúbeteg csontrendszere ép. Bőr halavány, bőr alatti kötőszövet zsirtartalma erősen megfogyott, fej rendes alkatú. Kutacs fillérnyi, pulzál, de nem feszül. Baloldali fül ép, jobboldalt fülkagyló, csecsnyújtvány, külső hallójárat semmi elváltozást nem mutat. Dobhártyán közbül elől körülbelül kölesnyi perforatio. Dobhártya megmaradt része halavány. Kifolyás bő, kissé bűzös geny. Szemeken: mindkét szemen bal oldalra conjugált deviatio, azaz mindkét szem tengelye bal felé fordult; fej mozgatása alkalmával csak bal felé végez egyoldalú kitérést. Szemek jobb oldalra kitérést nem végeznek. Bal pupilla tágabb a jobboldalinál, baloldali csak renyhén reagál, mig a jobboldali reactioja prompt. Conjunctivák halványak. Fejét bal oldalra hajtva tartja, bal felső szemhéjat teljesen zárni nem képes, ugyanezen oldalon a sulcus naso-labialis elsimult, szájzug szintén. Mellkasi és hasi szervek épek. Pulsus arhythmiás, mérsékelten telt, feszes, száma perczenként 66. A pulsus a felvétel előtti napon délelőtt 76, délután 72 volt perczenként házi orvos megfigyelése szerint. Légzés 26—30 közt változik. Gyermek láztalan. Jobboldali felső és alsó végtagok incoordinált mozgások, inreflexek kissé fokozottak. Bal felső és bal alsó végtagját spontan nem mozgatja, mindkettő felemelésnél petyhüdten esik alá. A bénulás az alsó végtagban teljes, a facialison és felső végtagon részleges, a jobb felső végtagban csekély tonus még észlelhető. Baloldali mély reflexek fokozódtak, bal Achilles-inon clonus váltható ki. Szemfenék ép. Gyermek előző nap 2-szer hányt. Beteg teljesen bágyadt, elesett. Lumbalpunctio végezve lett, mikor is teljesen tiszta liquor ürült. Tarkómerevség nincs.

Május 14. Műtét narcosis nélkül, gyermek soporban van, egész műtét alatt nyugodt, nem reagál semmire. Bemetszés a fülkagyló mögött körülbelül 10 cm. hosszban, a fülkagyló felső tapadási szélétől egész a proc. mastoid. csúcsáig. Antrum felvésése alkalmával az első pár vésőütés után már genyet találunk. Ugy a diploë, mint az antrum genynyel telt. Gyermek, korához képest, feltünő erősen kifejlett és kemény corticalis. A tegmen antri felől felkerestük a középső agygödröt, hol is a nyilást tágitván, úgy hátra-, mint felfelé is a durát a halántéklebenyen körülbelül jó forintnyi terjedelemben szabaddá tettük. Ezt mindenütt épnek láttuk, rajta semmi elváltozás észre nem volt vehető. Agypulsatio nem volt látható. A halántéklebenybe 4 különböző helyen körülbelül $^1/_2$ cm. mélységig punctiós tűvel beszúrtunk, de sehol semmi genyet sem találva, jodoformgazet és kötést alkalmaztunk a betegre.

Délután állapot teljesen változatlan, pulsus 66. Az eddig mindig láztalan gyermek hőmérséke este hirtelen felszökött 41·2°-ra, pulsus filiformis lett és május 15. éjjel 2 órakor beállott az exitus.

Csupán fejbonczolat lett végezve (boncznok: *Preisich* dr.), ennek eredménye: meningitis tuberculosa; hydrocephalus internus acuta. Az agyalapon elég bő, szürke, kocsonyás izzadmány, az edények mentén a convexitáson is zavarodás, mindenütt igen nagy számmal tűszúrásnyi gümők. Az ependyma sima, nem szemcsés.

Epikrisis: Tekintve az anamnesisben fennálló súlyos gümőkóros terheltséget, meningitis tuberculosára kellett első sorban gondolni, a fennálló tünetek mellett. Minthogy azonban jobboldalt fülfolyás volt, innen eredő complicatio lehetősége sem volt kizárható. Bár a fennálló tünetek kiterjedt laesiókra látszottak következtetést engedni, mégis voltak ezek között jellegzetes gócztünetek is, igy: baloldali — tehát ellenkező oldali, mint a hol a fülfolyás volt — felső és alsó végtag-, valamint facialis bénulást találtunk, még pedig az alsó végtagon a bénulás teljes, a felsőn és a facialis területén a bénulás csak részleges volt. E tünetektől eltekintve, voltak más symptomáink, melyek szintén a mellett látszanak bizonyitani, hogy nem meningitis tuberculosával van dolgunk. Igy a pulsus 24 óra alatt fokozatosan lassúbbodott, 76-ról perczenként lement 66-ra, tehát kifejezett pulsuslassúbbodás volt jelen, gyermek láztalan volt, tarkómerevség nem volt. A megejtett lumbalpunctio tiszta liquort adott, de bakteriologiailag nem vizsgáltatván meg, a diagnosis felállításánál teljes positivitással sem egyik, sem másik irányban értékesithető nem volt, tekintve

azonban, hogy a kibocsátott liquor egész tisztának látszott, ez mégis a meningitis ellen látszott szólani. Mindezeket összevetve, nem zárkózhattunk el annak a lehetőségétől sem, hogy itt esetleg egy, az otitisből eredő, agytályoggal van dolgunk. E mellett a szemfenék teljesen ép volt, semmi elváltozást nem mutatott. Igaz ugyan, hogy a bal oldalra történő conjugált deviatio, a jobboldalt fennálló incoordinált mozgás a végtagokon, melyek védő jellegűeknek foghatók fel (Abwehrbewegungen?), e felvételből nem voltak egészen megmagyarázhatók és egy kiterjedtebb folyamatra látszottak utalni. Mégis mindent egybevetve, az agytályog lehetősége fennállott, ez kizárható nem volt, miért is műtéti beavatkozásra határoztuk el magunkat, a mikor is az antrumban, diploëben sok genyet találtunk. A műtétet, tekintettel a gyermek igen elesett voltára, narcosis nélkül végeztem, a középső agygödört a tegmen antri felől szabaddá tettem, felfelé egész a parietalis lebenyig a durát mindenütt épnek láttuk és az agyba 4 helyen is próbapunctio végzése végett beszúrtam, de tályogra seholsem akadtam. Gyermek állapota műtét után teljesen változatlan és műtét után 10 órával, a nélkül, hogy bármiben is változott volna a súlyos kórkép, beállott az exitus. A megejtett koponyaűri, illetőleg agyobductio igen kiterjedt, az egész basisra és convexitásra kiterjedő meningitis tuberculosát állapított meg.

3. *F. István*, 15 hónapos fiúbeteg. Felvétetett 1902. február hó 25-dikén. 4-dik gyermek, 3 első ismeretlen bajban elhalt. Atyja: 2 éve mellbeteg. 1 hó óta jobboldali fülfolyás. Február 17-dikén fül mögötti tályog lett felvágva. Anyja 1 évig szoptatta; járni tud.

Korához képest jól fejlett, kissé lesoványodott, sápadt gyermek. Csontrendszere mérsékelt fokú angolkóros elváltozásokat mutat. Pupillák középtágak, egyenlők, fényre jól reagálnak. Orr tiszta, torok halvány, tiszta. Mellkasi szervek épek. Légzés kissé határozatlan, szapora, nem orrszárnyi, száma délutáni műtét előtt 54. Szivhangok normálisak, tiszták, szivműködés szapora. Pulsus gyors, kishullámú, telt, de szabályos, nem kihagyó, száma perczenként 144. Hasi szervek elváltozást nem mutatnak. Kis nyugtalanság. Végtagokat csipőben és térdben felhúzva tartja, izület mozgatásra kissé spastikus. Patellaris reflex kissé fokozott. Tarkómerevség, trousseaux nincs. Hőmérsék 38·8°. Jobboldali fülkagyló ép. Külső halljárat concentrikusan szűkült. Dobüreg apró sarjakkal telt; dobhártya destruált, hallócsontok nem láthatók. Fül mögött, a planum mastoid. felett, körülbelül jó nagy diónyi, fluctuáló terimenagyobbodás, felette a bőr pirosan elszinesedett, ennek alsó csúcsán kis nyilás látható, melyen át bő geny ürül.

Február 25. Délután műtét chloroformnarcosisban. Bemetszés a legnagyobb domborulaton végig 8 cm. hosszban, a fülkagyló tapadási helyével párhuzamosan, a mögött $^1/_2$ cm.-nyire. Bemetszés után szürkés, vizenyős, élettelen sarjakat találtunk, ez alatt pedig homokszerűen elmállott renyhe sarjakkal s genynyel átjárt csontrészletet találunk, melyet kanállal kikanalazva, előttünk egy szabályos űr fekszik, mely megfelel a középfülüregek művi egyesített üregének; mintegy a természet végezte el a radicalis műtétet. Az igy nyert sebüreg hátulsó részéből egy genypont megjelenése folytán ez irányban vestünk tovább és igy szabaddá tettük a sinust jó terjedelemben, mintegy $1^1/_2$ cm. hosszban, a sinus látszólag nem pulzál, de elszinesedve nincs. A sinus alatt lévő kis agyi durát feltárva, azon renyhe sarjak ülnek s úgy ezen, mint a sinuson is mintegy 1 cm^3 genyet találtunk. Ezután a középső agygödör feltárásához fogtunk, a tegmen antri felől a halánték-lebeny duráját jó koronányi területben szabaddá tettük, ezen is genyet s sarjakat találtunk. Ekkor a véséssel tovább haladtunk, hogy a talált tályogot egészen felfedjük és előre a tegmen tympanit vettük el, egészen a külső hallójárat elülső fala felé és a labyrinth mögé kerültünk a véséssel és elevatorral hatoltunk be a csont és dura közzé, a hol mindenütt a csont és dura között genyet találtunk. A középső és hátsó agygödröt egymástól csupán egy vékony csontlécz, a pyramis éle választotta el. Az igy szabaddá tett duráról a genyet mindenütt leöblitettük physiologikus konyhasós oldattal, a rajta ülő sarjakat óvatosan lekapartuk; beteg jodoform-gazekötést kapott.

Február 26. Beteg a műtét után is lázas. Délelőtt 12 órakor 38·8°, délután 4 órakor 40·2°. Légzés szapora, nem orrszárnyi, perczenként 66, pulsus 144. Beteg nyugodtan fekszik, legkisebb érintésre erősen nyugtalankodik. Éjjel jól aludt. Rázóhideg, felsikoltás stb. nem volt.

Február 27. Állandóan lázas. Délelőtt 38·7°, délután 38·6°. Pulsus 150, légzés 40. Kötésváltásnál seb tiszta, kevés, nem büzös váladék, sinus nem pulzál, de nem elszinesedett. Tüdő felett baloldalt a supraspin. árok s interscapul. tér felső harmadában, mellől kulcscsont feletti és alatti árokban, továbbá a középvonal felé a manubrium közepéig tompult kopogtatási hang. Határozatlan légzés csúcs felett, mellől s interscapul. tér felett hátul kissé hörgi szinezetű. Meningealis tünetek nincsenek. Pulsus szabályos. Gyermek élénkebb, fel-ül, körülnézeget.

Február 28. Ma láztalan. Pulsus 132, légzés 36. Tompa kopogtatási hang a supraspinatus árok, interscapul. tér felső harmada, hónaljkúp, mellül a supra-infraclavikular árok felett, ugyanitt hörgi légzés, erősbödött bronchophonia, meningealis tünetek nincsenek.

Márczius 1. Beteg láztalan, tüdőlelet: bal hónaljvonalban alul körülirtan tompa hörgi légzés, néhány apró zörej. Kötésváltáskor seb mindig elég szép, tiszta, itt-ott sarjadzás indul meg.

Beteg ezután április 10-dikéig állandóan láztalan, tüdőlelet változatlan; műtéti sebben igen kevés váladék, a retroauricularis nyilás kisebbedik, szép élénkpiros granulatiókkal fedett epidermisatio halad előre. Gyermek közérzete elég jó, nyugodt, jól alszik, jól táplálkozik. Ilyen állapotban adtam haza a gyermeket utókezelésre, szülei kivánsága folytán.

A mint később értesültem, a gyermek junius 20-dikán lázas betegség folytán, köhögés és görcsök között odahaza mortuált.

Epikrisis: Gyermeket súlyos mastoidealis elváltozásokkal hozták be a kórházba. E mellett azonban semmi agyi vagy sinusbeli complicatio tünete nem volt, légzés és pulsus kissé szapora volt, de szabályos és a szaporaság is megfelelt, legalább némileg, a láz magasságának, mely felvételkor 38·8—40·2° között ingadozott. Gyermeken kisfokú nyugtalanság volt jelen, végtagokat lágyékban s térdben felhúzva tartja, kissé fokozott patellaris reflexe van, a mi esetleg enged valamelyes endocranialis szövődmény lehetőségére is gondolni, bár semmi irányban nem nyujt positiv következtetésre útmutatást. A megejtett műtétkor aztán úgy a középső, valamint hátsó agygödörben és a sinus körül is nagy kiterjedésben genyet találtunk, miáltal tehát perisinualis és extraduralis tályogot tártunk fel, a minek kiterjedése oly fokú volt, hogy a durát szabaddá téve, a középső és hátsó agygödört csupán a pyramis éle választotta csak el egymástól, sőt a labyrinth és dura közzé elevatorral behatolva, a labyrinth hátsó részéről is kénytelenek voltunk leemelni az agyhártyát. Eme nagy beavatkozás daczára is, a várt lázleesés nem állott be, beteg — bár keveset csökkent is a hőmérséke — mégis lázas maradt, e hőemelkedést a fennálló tüdőfolyamatnak kellett betudtunk, miután a seb felől, úgyszintén az endocranium felől semmi oly tünet nem volt, melyből ezt magyarázni lehetett volna. Tényleg a tüdőlelet némi javulásával a láz is leesett és normális lett, bár a tüdő felett úgy kopogtatási, mint hallgatódzási eltérés mindvégig fennállott. Gyermek ezután láztalan volt, a fennálló tüdőbeli folyamat mellett is, az egész kórházi tartózkodása alatt, több mint egy hónapi ideig. E mellett a sebgyógyulás rendes lefolyást vett, élénk sarjak léptek fel a seb falain, lassan összehúzódott a sebüreg, a váladék kevés volt, az epidermisatio is megindult. Gyermek közérzete szemlátomást javult, élénkebb lett, jól táplálkozott. Ilyen állapotban adtuk a gyermeket szülei kivánságára haza, hol is a gyermek 2 hónap mulva meghalt; anyja bemondása szerint, gyermek hirtelen lázat kapott és erős köhögés és görcsös tünetek között meghalt. Autopsia az otthon mortuált gyermeken nem történt és igy az exitus oka ismeretlen előttünk. Tekintve a gyermek állapotát a kórházban, az anya bemondását hajlandó vagyok a beállott exitust a tüdőbeli folyamatnak tulaj-

donitani, annál is inkább, mert a mint az anya mondja, a gyermek sokat köhécselt az egész utolsó hónapban és ugyanez idő alatt is erősen lesoványodott, bár az anya ama állítása, hogy a gyermek görcsös tünetek között is halt meg, egy esetleges, az utolsó időben fellépett, valamely endocranialis szövődmény lehetőségét is felvehetővé teszi.

4. *W. József*, 5 éves fiúbeteg. Felvétetett a kórházba 1902. márczius 23-dikán. Első gyermek, idejére született. 9 hónapig szopott. 1 éves korában baloldalt genyes fülfolyás, mely állítólag 1 hét alatt megszünt. 1 év óta ismét baloldalt genyes fülfolyás, a mely azóta több-kevesebb intensitással fennáll. 5 nap óta a bal fül mögött fájdalmasság és kis duzzanat, mely azóta fokozódik. Szülei élnek, egészségesek. Tuberculotikus és lueses anamnesis nincs.

Korához képest gyermek elég jól fejlett. A bal mutatóujj 2—3 percze orsóalakúlag felfúvódott, felette a bőr kékesen elszinesedett. Bal czombon, bal térdárokban és bal sarok felett egy-egy koronanagyságú kékes-vörösen elszinesedett, elvékonyodott bőrrel fedett, mélyben homályos fluctuatiót mutató terület. Hasonló fillérnyi bőrelváltozás a hasfalon is van. Látható nyákhártyák halványak. Tonsillák hypertrophiásak. Orr- és orrgaratűr szabad. Jobb hallószerv ép. *Bal* fülkagyló keveset elál, külső hallójáratból bő genyes váladék ürül. Fül mögött a mastoid.-on körülbelül kis diónyi, ép bőrrel fedett, kis fluctuatiót mutató fájdalmas duzzanat van. A dobhártya destruálva van teljesen, dobűrben apró szürkés granulatiók. Külső hallójárat concentrikusan szűkült. Mellkasi és hasi szervek épek.

Márczius 30. Állapot maig változatlan. Ma gyermek lázas lett: 38·2—39° volt a reggeli és esti hőmérsék. A vizsgálat eredménye az első, fennebb leirt lelettel teljesen egyenlő. Semmi meningealis tünet.

Április 1. Láz fennáll. Operatio chloroformnarcosisban. Rendes bőrmetszés, mire bő, bűzös geny, később sajtos tömeg ürül. A planum mastoid.-nak megfelelőleg necrosisos csontot találunk, ennek kiszedése után az antrum szabadon fekszik, ezután a csontos hallójárat hátsó falát vessük el, az antrumban, atticban, dobüregben lévő genyet és sarjakat kitisztitjuk, mikor is a még ott lévő üllőt is eltávolitjuk, a melyiket cariosusnak találunk. Midőn a sebüregben mindenütt már ép csontot találunk, megfelelő sebtoillette után kötést alkalmazunk a betegre.

Április 2. A műtét daczára a láz tovább is fennáll, continuens jelleggel. Lép kissé palpálható.

Április 5. Láz állandóan fennáll, ileocoecalis tájék érzékenysége, erősen bevont nyelv. Jobb alsó tüdőlebeny felett néhány apró zörej. A megejtett kötésváltáskor a seb mindig elég szép, tiszta, igen kevés váladék, semerre sipolynyilás, semmi oly jel, mely a láz eredetét innen magyarázná, semmi meningealis tünet.

Április 9. Láz állandó. Ma bő székletét, pulsus szapora, 138, rhythmikus, hő: 38·6—39 0°. Légzés 32, felületes, nyögő, orrszárnyjellegű. Hasfalon néhány gombostűfejnyi roseolára emlékeztető foltocska. Egyszer hányt ma.

Április 13. Has kissé behúzódott, pulsus kissé retardált, arhythmiás. Trousseaux, tarkómerevség nincs. Étvágytalan. Fejét fájlalja. Nyelve bevont. Hőmérsék 38·7—39·5°. Pulsus 88. Légzés 24. Widal negativ.

Április 14. Hőmérsék 37·6—37·9°. Pulsus reggel 10 órakor 80, délután 5 órakor 92, légzés 24. Az éj folyamán reggeli órákban $^3/_4$ óráig tartó, eszméletlenséggel járó, az összes végtagokban jelentkező tonico-clonikus görcsök, melyek chloroform alkalmazására szüntek. Délelőtt beteg soporosus, pupillák kissé tágabbak, renyhén reagálnak. Tarkómerevség, Trousseaux nincs. Időnként felsóhajt, vadászkutyafekvésben fekszik. Pulsus retardált, arhythmiás. Az időközben megejtett kötésváltoztatásnál seb mindig szép, tiszta, nem lepedés, genyretentionak sohasem volt semmi nyoma. Délután betegen lumbalpunctiót végeztünk, a mikor is mérsékelt nyomás alatt vérrel bőven kevert, mintegy 30 cm^3 cerebrospinalis folyadékot bocsátottunk ki. Ebben a folyadékban tuberculosis-bacillus volt kimutatható. Szemfenék ép.

Április 15. Hőmérsék 37·8—38·3°. Pulsus 120. Légzés 26—34. Kissé javult közérzet. Élénkebb, táplálékot vesz fel. Pulsus szaporább, nem arhythmiás. Pupillák reagálnak. Tekintet merev. Tarkómerevség nincs. Délután kifejezett Trousseaux, igen retardált, kibagyó pulsus.

Április 16. Teljes eszméletlenség, merev tekintet. 5 perczig tartó görcsös rohamok a jobboldali végtagokban. Szülei kívánságára, ma délelőtt hazaadtuk. És ugyanez éjjel otthon bekövetkezett az exitus.

Epikrisis: A beteget tekintettel a mastoideuson fellépett fluctuáló duzzanatra, felvettük a kórházba. Tuberculotikus anamnesisünk nem volt, gyermek szervezete, tüdei épek voltak. A füllelet mégis gümős megbetegedés gyanuját keltette fel bennem és e felvételemet látszott megerősiteni a kézen a mutatóujjon lévő spina ventosa is. Tekintettel arra, hogy sem a tüdőben, sem egyebütt szervi elváltozást nem találtunk, a műtétre határoztuk el magunkat. Egy nappal a műtét előtt a gyermek lázat kapott és ekkor a megejtett vizsgálat semmi elváltozást nem deritett fel, úgy hogy a lázat fülből eredőnek véltük felvehetőnek. A műtétnél necrosisos csontot és piszkos szürke sarjakat találtunk, melyek mind ki lettek takaritva, mígnem mindenütt ép csontot láttunk. A láz azonban, daczára a műtétnek, tovább is fennállott, sőt fokozatosan emelkedett napról napra, rendes continuens lázmenetet mutatva. E mellett semmi endocranialis szövődményre, avagy pyaemiára utaló tünetünk nem volt. Tekintve a láz continuens voltát, a reggeli szabályos fél fokos leeséseket az esti hőmérsékhez képest, a napról napra gyengén, mindig magasabbra emelkedő hőmérséket, továbbá az ileocoecalis tájékon fellépő érzékenységet, bevont nyelvet, hasfalon jelentkező kis rosoleaszerű foltokat, typhusra kellett gondolnunk, annál is inkább, mert a sebet, kötözéskor, mindig elég jó állapotban levőnek találtuk, abban semmi olyan nem volt, a mi magyarázta volna a lázat. A megejtett Widal-reactio azonban negativ eredményt adott. Ekkor a már 13 napja fennálló szabályos láz is hirtelen megváltozott, nagy ingadozásokat mutatott és rendetlen jelleget öltött. 2 nap mulva jelentkeztek először és mindjárt teljesen kifejezeten agymeningitis-tünetei. E tünetek oly határozottak voltak, hogy a diagnosis felállításában kétség többé nem lehetett. Mindazonáltal a teljes biztonság okából betegen lumbalpunctiót is végeztünk, a mikor véres cerebrospinalis folyadékot kaptunk, melyben tuberculosis-bacillusokat találtunk, mely tehát felállított diagnosisunkat megerősitette; gyermeket ekkor szülei kívánságára hazaadtuk, hol még aznap éjjel bekövetkezett az exitus. Valószinűnek kell tartanunk, hogy a meningitis tuberculosa még a műtét előtt vette kezdetét, akkor, mikor a beteg lázas lett és hogy a műtét már a súlyos beteg gyermeken lett végezve és bár még sokáig nem voltak tüneteink, melyből a meningitist felvehettük volna, mégis az egész láz ebből leli magyarázatát.

5. *R. József*, 8 éves fiúbeteg. Felvétetett 1902. január 22-dikén. Első gyermek. 2 éves kora óta baloldalt fülfolyás, 3 hó előtt a füle mögött nagyobb tályogot nyitottak meg. Egyéb anamnestikus fontos adat nincs.

Jobboldali hallószerv ép. *Baloldalt* elég tág külső hallójárat, melybe a dobüregből, ennek felső hátsó részéből kis borsónyi polypus nyúl be. Dobhártyamaradék csupán alul igen kevés. Váladék bő, bűzös. Fülkagyló mögött a planum mastoidon, közvetlenül a kagyló tapadási helyénél egy fistulanyilás, a mely körülbelül 4—5 mm.-nyi kiterjedésben felhányt szélekkel van körülvéve. Rinne. Fejtetőről hangvillát balra lateralizál. Baloldalt suttogást 70 cm.-re hall. Kifejezett adenoid typus és a vegetatiók digitalisan jól kitapinthatók. Baloldalt kezdődő facialis bénulás, (?) a mennyiben az ez oldali sulcus nasolabialis keveset elmosódott. Villanyos vizsgálat nem történt. Gyermek különben jól fejlett s táplált. Hasi és mellkasi szervek épek.

Január 28. Műtét chloroformnarcosisban. Rendes bemetszés a fistulanyiláson keresztül; a periost visszatolása után a csonton csak felületesen találunk egy igen kicsiny cariosus részt, a melynek eltisztitása után az alatta lévő megvékonyodott corticalist eburneálva találtam. Antrum, attic, néhány

csecssejt, együtt egy elég nagy űrt képeztek s részint genyes-szürkés granulatiókkal, részint pedig még széjjel nem esett cholesteatomával volt ez az űr kitöltve. Az űrben széjjelesett cholesteatomára jellegzetes édeses szag volt érezhető. A cholesteatoma minden irányban, de főleg felfelé s hátrafelé nagy kiterjedésben usurálta a csontot, így alkotta az itt talált űrt, így a tegmen antrit és tympanit is usurálta, úgy hogy azok csak vékony, hártyaszerű csontlécz gyanánt maradtak meg. A facialis csontléczen (Sporn), kis ponton dehiscentiát látunk (valószinűleg szintén a nyomás eredménye), a hol a facialis szabadon fekszik. Ennek érintésére a szájzug elhúzódik. Dobüregből a polypus és granulatiók eltávolitása közben, a carieses fejjel biró kalapácsot is kiszedjük. A kitakaritás után visszamaradt üreg jó diónyi nagyságú. *Siebenmann*-plastica végzése után a retroauricularis nyilást bevarrjuk, ezután jodoformgaze-tamponadekötést alkalmazunk.

Február 3. Beteg egész idő alatt láztalan, adenoid vegetatiók kiirtása.

Február 27. Gyógyulás lassan halad előre. Retroauricularis nyilás begyógyult, a műtéti űr epidermisatioja szépen folyamatban van. A külső hallójárat tölcsére szép tág, az egész műtéti űr áttekinthetését könnyen megengedi.

Április 16. A sebüreg szépen epedermizált mindenütt. Teljesen gyógyult. Hallás olyan, mint a felvételnél. Facialis ép.

Május 16. Láttam beteget utoljára, teljesen gyógyult állapottal.

Epikrisis: A fülmögötti fistulával behozott gyermek vizsgálatánál a baloldali facialist mintha megtámadottnak láttuk volna, úgy ez a lelet, valamint a föl mögött, a mastoideuson fennálló tünetek is, a műtét mielőbbi végzését tették szükségessé. Semmi olyan tünetünk nem volt, mely cholesteatomára engedett volna következtetést vonni. Bűzös, bő folyás, polypus a dobűrben, a fecskendőfolyadékban tisztán geny, semmi cholesteatomára jellegzetes. A műtétkor a külső fistulát csak felületesnek találtuk, mely a csont mélyébe nem hatolt be, csupán a közvetlen a lágyrészek alatti csontrészen volt egészen felületesen kis carieses rész, mig egyébként a corticalis bár erősen elvékonyodott volt, de kemény, sclerotizált volt. Ennek elvésése után a mastoidealis csontűröket erősen megnagyobbodva egymással egy űrt képezve találtuk, mely piszkos genynyel és szétesett édeses szagú tömeggel látszott kitöltve. Ennek kitisztitása után a nagy űr falát mindenütt jellegzetes fénylő fehér cholesteatomával láttuk kibélelve és igy e cholesteatoma, melynek közepe széjjelesett volt, usurálta a csontfalakat úgy, hogy e nagy, majd a duráig terjedő antrumot és atticot találtuk itt. A facialis területén látható volt kezdődő kis alteratio magyarázatát is megtaláltuk a sebben. Ugyanis a facialis csontléczen, a facialis sarkantyún egy kis dehescentiát találtunk, úgy hogy ha itt a facialist megérintettük, rögtön összehúzódás is jött létre. Valószinű, hogy e kis csonthiány sem volt fejlődési, hanem hogy a cholesteatoma okozta usuratio folytán jött létre. Műtét után a facialis terület teljesen rendben is volt. A retroauricularis nyilást azonnal bevarrtam, *Siebenmann*-féle plastikát végezve a betegen, a gyógyulás simán folyt le és egy jó, a tág hallójárat felől minden irányban áttekinthető, teljesen beepidermizált űrt kaptunk. Ez az eset is újolag meggyőzött minket a Siebenmann-féle plastica előnyéről a cholesteatomás esetekben. A mint utólag 1903. januáriusában értesültem, gyermek gyógyulása állandó.

6. *Sz. Ida*, 6 éves leánybeteg. Felvétetett 1902. julius 28-dikán. Anamnesisben: anyjának 1 nővére tuberculosisban halt meg. $1^1/_2$ év előtt tüdőlobot, majd ez év májusban kanyarót állott ki, utána jobboldali fülfolyás lépett fel. 4 hét óta a jobb fülkagyló mögött fájdalmas és növekedő daganat fejlődik. Gyermek jól fejlett és táplált. Mellkasi és hasi szervek épek. Közérzet kissé bágyadt. Beteg jobboldali fültájékán és jobboldali fején heves fájdalmakról panaszkodik. Hőmérsék 37·3°. Baloldali füllelet normális. Jobboldalt igen bő, bűzös váladék. Külső hallójárat teljesen, concentrikusan szükült, úgy hogy csupán egy vékony sonda vezethető át rajta. Fülkagyló erősen elálló. Fülkagyló mögött, felett s előtt körülbelül férfiökölnyi terimenagyobbodás, a mely a fülkagyló mögötti részen élénkpiros, elvékonyodott bőrrel fedett, erősen fluctuál és megnyomására a külső hallójáraton át bő geny ürül. Terimenagyobbodás minden irányban lassan megy át a normális bőrbe, felfelé s hátrafelé egészen a linea semicircularisig, az occiput felé, előre a proc. zygomaticusig terjed.

Julius 30. Műtét chloroformnarcosisban. Bemetszés rendes irányban, a terimenagyobbodás legnagyobb domborulatán. A mikor is jó 2 deciliter sűrűn folyó geny ürült. Ezután a visszamaradt petyhüdt bőrrészletet elkampózva, a planum mastoid. elhalt csontrészleteit kikaparva, belejutunk az antrumba. Ezt, valamint az aditus ad antr.-t és az atticot kitisztitottuk, a benne lévő sarjakat, genyet, törmelékes tömeget kikanalaztuk és kiirrigáltuk. A tegmen antrin elhalt részeket látva, azt levéstük, mikor is ennek elvésésével a dura felől mintegy $1^1/_2$ cm^3-nyi geny ürült. Igy e miatt a középső agygödör duráját, innen kiindulva, mintegy koronányi terjedelemben szabaddá tettük, magát a durát mindenütt épnek találtuk. Ezután a sarjakat a bőr alól kikapartuk, az elvékonyodott bőrrészleteket ollóval eltávolitottuk. Panse plastica. Az aláaknázott bőr alá mindenütt tamponadot téve. Betegre kötést tettünk.

Az augusztus 5-dikén megejtett kötésváltoztatáskor nyomásra elülről és felülről a bőr alul bő geny ürül, ennek a bőralatti genyjáratnak a felhasitását végezzük.

Augusztus 15. Egész sebfelület szép egészséges sarjakkal fedett, genyedés igen kevés. Fülből kevés váladék.

Október 6. A gyógyulás egész idő alatt szépen haladt előre, gyermek mindig láztalan volt. Retroautricularis nyilás összehúzódott, epidermizálva volt; fülfolyás megszünt. A dobüregben is friss, fénylő hámot látunk. Gyermek teljesen gyógyult.

Epikrisis: Műtét végzésekor a radicalis műtétet, a középfülüregek egyesitését, már a természettől megcsinálva láttuk, az igy képződött nagy űr a kórtörténetben leirt piszkos massával volt kitöltve, ennek kitisztitása után még a tegmen antrin láttunk kis elhalt csontrészeket, de a dura felé vezető sipolynak nyoma nem volt. A tegmen elvésésével a dura és tegmen közül elég bő geny ürült, mintegy $1^1/_2$ cm^3-nyi mennyiségben, mely igy tehát typikus extraduralis tályogot alkotott. Ez az abscessus itt, úgymint sok más esetben, szintén semmi tünetet nem adott, úgy hogy endocranialis szövődményre nem is gondoltunk, hacsak nem veszszük ez abscessustól okozottnak a betegnél fennállott kisfokú bágyadtságot és a heves fejfájásait, melyet mi a felette nagy subperiostalis tályogból magyaráztunk műtét előtt. A megtörtént műtét után az eset elég gyorsan és simán gyógyult és a mint azóta a gyermek hozzátartozóitól értesültem, gyermek azóta egész jól van.

Közlemény a borsodmegyei „Erzsébet"-közkórház orr-, gége- és fülészeti rendeléséről.

Adat a szemkötőhártya nasalis fertőzéséhez.[1]

Halász Henrik dr., közkórházi rendelő orvostól Miskolczon.

A sinus maxillaris heveny empyemája folytán létrejött szembeli fertőzés esete.

„Adatok az orrból eredő szembántalmak gyógyulásához" czimen 1899-ben az Orvosi Hetilap 18. számában, a hódmezővásárhelyi „Erzsébet"-szemkórházban észlelt és gyógyult 19 esetről értekeztem. Azon idő óta az észlelt esetek száma jelentékenyen felszaporodott, a melyekhez Miskolczon tartózkodásom óta a borsodmegyei „Erzsébet"-közkórház szemészeti osztálya szolgáltatja a tanulságos adatokat. Egy ilyen tanulságos esetet kivánok az ide vonatkozó újabb irodalmi adatok felhasználásával alant közölni.

Az orr melléküregeinek a látószervhez való viszonyával *Kuhnt* foglalkozott behatóan. Szerinte az orbita és látószerv

[1] Az eset bemutattatott a borsodmegyei orvos-gyógyszerészegyesület 1903. junius havi ülésén és előadatott a magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülésén Kolozsvárott, 1903. szeptember.

másodlagos megbetegedései előállhatnak tisztán mechanikai úton például a szemgolyó kihelyeződése által vagy a szemgolyó mozgási és működési zavarainál, nemkülönben a könnylevezetés akadályainál, továbbá a melléküregekből tovahaladó gyuladásos folyamatoknál, midőn szemhéj és orbita phlegmone lépnek fel, de a kötőhártya, szarúhártya, reczehártya és látóideg is a megbetegedés körébe vonathatnak; gyakran látott *Kuhnt* vérbőséget a papillán, sőt egy izben reczehártyaleválást is; végül tisztán functionális zavarok is jelentkeznek a szemen az orr- és állcsontüreg megbetegedéseinél, milyenek a látótérszűkülések, esetleg kapcsolatban a központi látás megfogyatkozásával, továbbá muscularis asthenopia és a kitartó accomodatio képtelensége.

Hogy melléküreg-genyedések révén miként jön létre a szembeli fertőzés, még vitás. Mig egyrészt felveszik, hogy a melléküreg genyes váladéka által az orrban létrehozott lobos folyamat per continuitatem tova terjed a szemre, addig másrészt a genyes váladéknak a ductus nasolacrymalison át direct a szemkötőhártyára való jutása hozná létre bakteriuminvasio folytán a szem megbetegedését.

A szemmegbetegedésnek per continuitatem való létrejövését valószinűvé teszi a könnycsatorna kibélelésének az orr- és szem nyálkahártyájával való direct boncztani összefüggése, továbbá azon tapasztalat, hogy meghüléseknél, nemkülönben a kanyaró kezdeti szakában, a szénaláz és jodszedésnél nátha és szemhurut lép fel, azonkivül az orr hyperplastikus elváltozásainál gyakran található a conjunctiván gyuladás, mely az orrbeli zavarok megszüntével spontan visszafejlődik. Az ilyen egyidejüleges nyálkahártyamegbetegedéseknél bakteriologikus viszonyok is szerepet játszanak, noha azokra nézve az aetiologikus összefüggés még nem tisztázott. Egyes bakteriumok, melyek a kötőhártya- és szarúhártyabántalmaknál, mint a kórokozók kimutattattak, heveny és idült orrkatarrhusnál is találtattak. Ilyenek a *Fraenkel-Weichselbaum*-féle diplococcus, mely *Parinaux-Morax*, *Gasparrini* szerint *a conjunctivitis egy bizonyosféleségének*, *Uhthoff* és *Axenfeld* szerint pedig főleg az ulcus serpens corneae előidézőjeként tekinthető, továbbá a különféle strepto- és staphylococcusok. Conjunctivitis diphtheriticánál úgy a szemkötőhártyatasakban, mint az orrgaratban kimutatták (*Sourdille, Vossius*) a diphtheriabacillust, mely esetekben az infectio a szemből is juthatott az orr és garatba.

K. Joerss[1] említi legutóbb megjelent tanulságos dolgozatában, miszerint *Bach* vizsgálatai szerint a mikroorganismusok nem jutnak fel az orrkönnycsatornán a szembe és igy kérdésessé vált, vajjon az orrból a fertőző csirok az orrkönnycsatornán át jutnának a szembe vagy az orrváladékkal könnyen fertőzhető ujjak futtatják-e a virust a szembe és végül, hogy nem egyidejűleg fertőztetik-e az orr és szem mucosája egy közös külső fertőzéses forrásból.

Felette érdekesek azon vizsgálatok, a melyeket *Valude, Gourfein*, *Braunschweig*, *Conte*, *Römer*, *De Bono* és *Frisco* és legutóbb *Stock* végeztek arra nézve, hogy a különféle bakteriumok képesek-e az ép szemkötőhártyán infectiót létrehozni, a mely vizsgálatok, noha ellentétes eredményre vezettek is, a kérdés megvilágitásához mégis hozzájárultak.

Valude (cit. *W. Stock*: Über Infection vom Conjunctivalsack und von der Nase aus. Kritische Studie. Klin. Monatsblätt. f. Augenheilk. 1902) azt találta, hogy a tuberculosis-bacillusok az ép kötőhártyán és könnytömlőben lobos elváltozást nem hoznak létre s csupán a felsebzett nyálkahártyába bedörzsölve, inficiáltak. Kérdéses ugyan, vajjon e bacillusok elég hosszú ideig voltak-e érintkezésben a vizsgálat alatt a kötőhártyával előbbi esetben, mert a könnyek még nagytömegű bakteriumokat is aránylag rövid idő alatt elmoshatnak a kötőhártyáról. *Valude* kisérlete tehát csak azt bizonyitja, hogy a tuberculosis-bacillusok rövid időn belül az ép nyálkahártyán át nem képesek inficiálni. Épen igy nem bir bizonyító erővel *Gourfein* (l. c.) azon kisérlete sem, melylyel tuberculosis-bacillus-coloniáknak a könnytömlőbe helyezésével — miután előzetesen kiirtotta a könnymirigyet, a könnyezés kizárása végett — sikerült a nyálkahártyán tuberculotikus megbetegedést létrehoznia, mert csak a felületes lobosodás mentén lépett fel a mélyben az infectio és igy az ép epithelen át való fertőzés ezzel nincs bizonyitva.

Különös fontossággal birnak *Braunschweig* (l. c.) e nemű kisérletei, ki különféle bakteriumféleségeket vitt állatok könnytömlőjébe. Lépfene, egérsepticaemia, tyúkcholera. Tetragenus és aspergillus flavusbacillusokkal nem kapott infectiót. Csupán a *Ribbert*-féle bacillus (béldiphtheria) beoltására látott positiv eredményt az ezen bakteriumok iránt különben is igen fogékony egerek, tengerimalaczok és tyúkoknál, mikor is az állatok rövidebb-hosszabb idő mulva conjunctivitis diphtheriticával kapcsolatos általános fertőzésben pusztultak el.

A *Braunschweig* és *Conte* (l. c.) hasonló positiv kisérletei azért nem birnak bizonyító erővel, mert a ductus nasolacrymalis nyitva hagyatván, azon át a fertőző virus az orrba és onnan az emésztőcsatornába juthatott, a honnan az általános fertőzés tovaterjedhetett.

Römer (l. c.) azonos kisérletei szintén positiv eredménynyel jártak, a mennyiben a kötőhártyára vitt virus többnyire fertőzte az állatokat, *de az infectio elmaradt, ha a könnyelvezető utak elzárattak,* mely tapasztalati tényekből, azon meggyőződésre jutott, hogy a sértetlen könnytömlő útján bactericid fertőzés lehetetlen, hanem a virus a könnylevezető csatornán át az orrba jutva, felszivódás útján hozza létre a fertőzést.

De Bono és *Frisco* (l. c.) a palermoi hygieniai intézetben *Römer* kisérleti eredményeit vizsgálat tárgyává tették, a mely vizsgálatokat akként végezték, hogy miután a könnylevezető utat cauterizálás által átjárhatatlanná tették, a könnytömlőbe különböző időtartamon át ötperczenként különféle mikroorganismusnak bouillonkulturájából $^1/_2$ cm^3-t cseppentettek, azután steril vizzel lemosták a szemet és miután a corneát és sclerát nagyobb területen galvanocauterrel felületesen megpörkölték, ezen égetett területen át steril fecskendővel a mellső kamrából és az üvegtestből folyadékot szivtak fel, a melyek mindegyikében megtalálták a kisérleti bakteriumokat.

Második kisérletüknél a könnycsövecskéknek galvanocauterizálás útján való elzárása mellett az állatok orrába cseppentettek különféle kulturákat (pyocianeus, streptococcus, lépfene és prodigiosus) egy órán át és a mellső csarnok vizéből, valamint az üvegtestből most is sikerült szerzőknek a megfelelő bakteriumfajokat kitenyészteni, mely positiv sikerü kisérleti eredményeik azon meggyőződést keltették, miszerint azon bakteriumfajok, melyek az orrban és könnytömlőben feltalálhatók, a bulbusban is kimutathatók, azonban virulentiájukat részben vagy egészen elvesztették és hogy az orrból az orrkönnycsatorna eldugaszolása mellett is a szem másodlagosan fertőzhető.

W. Stock (l. c.) vizsgálat és birálat tárgyává tette *de Bono* és *Frisco* fenti kisérleteit és azokkal *merőben ellentétes* eredményre jutott, a mennyiben a könnylevezető utak elzárása mellett az orrba juttatott bouillonkulturák után a szemből vett csarnokvizben és üvegtestben *absolute semmiféle fertőző virust* kitenyészteni nem tudott. *Szerinte biztosra vehető*, hogy a *sértetlen conjunctiván át nem vándorolnak a bulbusba*, az egy órán át ott hagyott bakteriumfajok ép oly kevéssé jutnak elzárt könnyvezető csatorna mellett az orrból hasonló csirok a szem belsejébe. És ha *de Bono* és *Frisco* positiv eredményre jutottak, annak oka szerinte azon kisérleti hiba, ban keresendő, hogy a sokat zaklatott és insultált kötőhártya felületén olyan szabad szemmel nem is látható epithel-hiányok keletkezhettek, melyeken át az infectio könnyen beállhatott s nagyon kérdésesnek tartja, hogy az orrból a szembe direkte bakteriumok juthatnának, *Römer* nézetéhez csatlakozik, mely szerint ép kötőhártya a kisérleti bakteriumok számára átjárhatatlan.

Alább közlendő esetünkben a kórlefolyás feltélenül bizonyitja, miszerint a sinus maxillaris genyedésből a ductus nasolacrymalison át feljutott geny okozta a szembeli fertőzést, a mennyiben a sinus-genyedés fokozatos alábbhagyásával

[1] *K. Joerss*: Beitrag zur Lehre von dem Zusammenhang zwischen Augen- und Nasenleiden. Klinisch. Monatsblätter für Augenheilkunde. 1903. XVI. évf.

arányosan javult a szembeli folyamat is, a mely tapasztalatunk ellentmond a *Römer* és *Stock* kisérleti eredményeinek. Noha viszont nem lehetetlen, hogyha fenti szerzők a kisérleti virust *egy óránál* tovább, tehát huzamosabb ideig engedték volna a kötőhártyára hatni, akkor positiv eredményre juthattak volna. Mert hogy az élő szövet ellentállásra képes egy *bizonyos ideig* a fertőző virussal szemben, az kétséget kizáró tény, de hogy egy bizonyos idő elteltével elveszíti a szövet ellentállóképességét és akkor mi sem állja többé a bakterium-invasionak útját, az legalább is valószinű.

Ilyen módon magyarázható az orrbeli genyes folyamatok útján a szemen létrejövő infectio, a mennyiben a ductus-nasolacrymalison át a geny *állandóan* feljuthat a kötőhártyára, és ezen hosszas insultus folytán a kötőhártya elveszitvén ellentállóképességét, *felhámlaesiók állanak be*, *lobos lesz* és nyitva a kapu az infectiora.

Észlelt esetemet a következőkben ismertetem:

Sz. J.-né, 32 éves, napszámosnő Tiszakeszi̇ből, a borsodvármegyei közkórház szemészeti osztályára (rendelő orvos: Vajda Géza dr.) ezen év április 23-dikán vétetett fel. Kórelőzményi adatként beteg előadja, miszerint négy hét előtt erős tüszögés fogta el, mely egy héten át tartott és a melynek megszüntével bal orrfeléből előbb savós, néhány nap mulva pedig genyes váladék űrült olyan bőven, hogy reggelre kelve, egész tócsát látott a párnáján a kifolyt váladékból. Egy-két napra a bal szeméből is sok genyes váladék ürült, szempillái leragadtak, az orr bemenetét is beszáradt pörkös váladék zárta el. Szem. golyóját vér boritotta el és azóta nem lát s igen erős baloldali fejfájdalmakat érez.

Szembeli lelet: A bő nyálkás, gennyes váladékú bal szem fellazult; a bulbaris és palpebralis conjunctiva sötétvörösen injiciált, a szarúhártya belső-felső negyedében közvetlenül a limbus mellett, nagy széli fekély, a mely csaknem mindenütt egyenletes szélességű (körülbelül 2 mm.) és olyan tetemes mélységű, hogy az átlyukadás minden perczben várható. A különben tiszta szarú mögött renyhén reagáló, hyperaemikus iris. Nagy fájdalom az egész féloldali fejrészben. *Diagnosis:* Ulcus corneae catarrhale oculi sinistri. A jobb szem ép volta mellett, egyéb aetiologikus momentum hijján, a bakteriologikus vizsgálat nem történhetett — a nyilván fertőzéses eredetű conjunctivitis és az ehhez társuló súlyos szarúfekély kórfészkét a bal orrfélben gyanitván, vizsgálat végett a közkórház rhinologikus rendelésére utasittatott.

Rhinologikus lelet: Mindkét orrbemenetet beszáradt pörkök zárják el, melyek óvatos eltávolitása után látható, hogy az orrbemenet, különösen a bal orrszárny belső felületének mucosája excoriált. A középső és alsó orrjáratban hig geny, az alsó kagyló mérsékelten túltengett, sövényen az alsó kagylót szorosan érintő spina, középső kagyló mellső vége fellazult, bővérű nyálkahártyájú. Geny a letörlés után kis időre nem jelentkezett az orrjáratokban. A jobb orrfélben ép viszonyok.

A bal orrfél tamponnal elzáratott. Másnapra az alsó és középső orrjáratban ismét bőven találtatott geny. Hogy itt mellküreggenyedéssel állunk szemben, az legalább is valószinű volt, de hogy homlok, ik- vagy rostaöböl és nem inkább az antrum maxillare empyemája volt-e jelen, azt csak kizárás útján lehetett megállapitani. Azért is elsősorban a legkönnyebben hozzáférhető sinus maxillaris megnyitásához fogtam. A baloldali felső első molaris koronától fosztott gyökereit extrahálván, az egyik labialis gyökér helyén át megfúrtam az alveolust és elég könnyen a sinus üregébe juthattam. A fúró mentén, a mint a sinus alsó fala megnyittatott, hig geny csepegett alá, mig a sinus üregének bórvízzel való átmosásakor az előzetesen tisztára törült orrból a kifecskendezett folyadékban bőven úszkált genyes czafat. A treponált állcsont nyilását xeroformgazezal elzárva, az orrüreget is tamponáltam. Másnapra az orrüregbe helyezett tampon csak nedvesen volt átivódva és csupán a középső orrjáratban volt néhány csepp geny letörülhető. A sinus átmosásánál abból geny nem ürült. Másnapra az orr genytől mentesnek találtatott, mire az alsó kagylóba nyomuló sövénylécz is lefürészeltetett.

Utókezelés alatt geny többé nem jelentkezett az orrjáratokban, a beteg fejfájása megszünt, az orrbemenet eczemája eltünt és a szem rohamosan kezdett javulni és együttes rhinologikus és szemészeti kezelésre alig négy hét alatt meggyógyult a szarúhártya, perforatio nélkül; azonban az ulcus helyén vastag fehér a látást kissé homályossá tevő heg hátrahagyása mellett. A szemkötőhártya még a beteg távozásakor is (IV. 10.) mutatja, noha csak nyomokban a fertőzéses eredetet, a menynyiben a bulbaris conjunctiva normális, de a tarsus felett könnyen megvereseds, kissé érdes felszinű maradt.

Kétségtelenül bizonyos, miszerint betegnél előbb a bal sinus maxilaris savós megbetegedése volt jelen, a mely előttünk ismeretlen ok folytán empyemává fejlődött. Az alsó orrjáratot is elöntő, bőven képződött geny minden valószinűség szerint a ductus nasolacrymalison átjuthatott a bal szembe, hol a jelzett komoly megbetegedést hozta létre.

Érdekes a kórelőzményi adatok közül, hogy a betegnél egy héten át tartó tüsszögés jelentkezett, Látva a bal orrfélben a sövény kiemelkedő spináját állandó contactusban az alsó kagylóval, lehetetlen arra nem gondolni, miszerint a tüsszögés az orrnyálkahártyák contactusa folytán reflectorice váltatott ki és ezen izgalom egyszersmind a sinus maxillaris savós, majd genyes megbetegedésére is vezetett.

Közöltük esetünket annak a tudatában, hogy az orr és melléküregeinek a szemhez való kóros viszonyát feltüntető casuistica publicálásával nem végzünk felesleges munkát, mert minden egyes adat, mely a szomszéd szervek megbetegedésére világosságot vet, előbbre viszi tudásunkat e téren, a melyen még sok a bizonytalan, a tisztázni való és a mely nem részesül fontosságának megfelelő méltatásban.

A szembetegeknek nem kis része szenved orri eredetű betegségben, a mely szembajok csak *radicalis rhinochirurgiai* beavatkozásra gyógyulnak *véglegesen*. Hangsúlyozom, hogy véglegesen, mert tapasztaljuk, hogy ideiglenesen is meggyógyulhat némely nasalis eredetű szembaj néhány hét, vagy hónapra tisztán szemészeti interventiora, de a kiújulás nem soká késik, az alapbántalom káros hatása mihamar érvényre jut.

Az e téren tett sokszoros tapasztalatok igazolják azon óhaj jogosultságát és szükségességét, miszerint a rhinologiát hallgatásra *kötelező tantárgygyá kell emelni az egyetemen*, hogy a gyakorló orvos alkalom adtán legalább felismerni tudja a rhinologiai alapon keletkező és fennálló szembetegségeket. Nem győzöm eléggé hangsúlyozni, hogy milyen sötétség uralkodik a gyakorló orvosok nagy többségénél a *rhino-laryngo és otologia terén*; csak a szakorvos, kihez a kétségbeesett esetek kerülnek, tudnak ezen komoly állitásom mellett tanuskodni. Hiányos az egyetemi kiképzés, mely nélkülözi az emlitett nagyfontosságú szaktudományok kötelező hallgatását és mig az be nem következik, ennek az orvosi sötétségnek sok áldozata lesz.

Az meg feltétlenül nagy haszonnal járna a szemorvosra, ha a rhinoskopiát és a rhinochirurgiai beavatkozásokat elsajátitaná, mert mig az orrbántalmakkal kapcsolatos szembajok kezelésénél nem szorulna rhinologusra, addig az orr- és szembajok együttes észlelése és kezelése által sok világosságot derithetne e szomszédos szervek még homályos és vitás kór- és gyógytani viszonyaira.

Közlemény a szt. János-kórház fülészeti rendeléséről.

Mindkét hallójárat elzáródása és a dobüregek részleges csontos obliteratioja.

Török Béla dr., rendelő orvostól.

Azon fejlődési rendellenességektől eltekintve, melyek torzszülötteknél találtatnak, hol a hallószerven észlelhető eltérések, más, mélyreható fejlődési rendellenességek sorozatában foglalnak helyet, életképes magzatoknál ezek főleg a külső és középső fülre szoritkoznak. *Steinbrügge* által összeállitott 24 boncztanilag megvizsgált eset közül csak három izben mutatkozott a tömkelegen kisebb-nagyobb rendellenesség. *Moldenhauer* ennek

okát a fejlődési rendellenességek aetiologiájában keresi. Az öröklékenységen kivül, hol fontos szerep jut a szülők által a magzatra átvihető constitutionalis megbetegedéseknek (lues, tuberculosis), továbbá alkoholismus, vérrokonok közti házasságnak, primaer pathologikus csirvariatio és külső káros behatások emlittetnek aetiologikus momentumokként. *Moldenhauer* szerint a tömkeleghólyag már a fejlődés korai szakában jutván védett helyzetbe, nincsen annyira külső káros behatásoknak kitéve, mint a külső és középső fül és ha a fejlődési zavarok az idegapparatusra is kiterjednek, többnyire egyéb mélyebb elváltozások is vannak jelen, mik a magzat életképességét kérdésessé teszik.

Azon szoros fejlődési kapocs, mely a külső és középső fül között fennáll, könnyen érthetővé teszi, hogy egyik rész rendellenes fejlődése visszahatással van a másik kifejlődésére. Tudvalevőleg fiatal ébrényeknél az első zsigerhasadék háti végén, a hasi rész elzáródása után egy közös cső, a halló cső, foglal helyet, mely utóbb egy lemez, az elemi dobhártya, kifejlődése által egy medialis s egy lateralis részre oszlik, az előbbiből fejlődik majdan a dobüreg, az utóbbiból a hallójárat. A zsigerhasadékot bezáró első és második zsigeriv is résztvesz nevezetesen a középfül képzésében, *Reichert* felfedezése szerint az elsőnek proximalis részéből fűződik le a kalapács és üllő, utóbbiból, *Salensky* s mások újabb vizsgálatai szerint, legalább részben a kengyel. Ezen fejlődési viszonyokra mutat rá *Virchow* azon gyakori tapasztalat magyarázásánál, midőn a hallószerven észlelt fejlődési zavarok nem szoritkoznak pusztán ezekre, hanem velük kapcsolatosan észlelhetők ilyenek a zsigerivekből fejlődő szomszédos képleteken is, az arczonés nyakon.

Kisebb-nagyobb fejlődési rendellenességek a fülkagylón, miket újabban *Gradenigo* tett specialis tanulmány tárgyává, elég gyakran találhatók a nélkül, hogy a hallószerven bárminemű egyéb elváltozás mutatkoznék. Sokkal fontosabbak a hallójáratban észlelhető rendellenességek. Kisebb zavarok, mint az egész hallójárat veleszületett szükebb volta *(Schwartze)*, a középen fennálló körkörös szűkület *(Tröltsch)*, a falak között kifeszitett szálagos összenövések (*Moos*) vagy vékony hártyás elzáródás akár a bemenetelnél, akár további lefutásában, nem birnak nagyobb jelentőséggel. Fontosak azonban és nagyfokú hallászavarral s mélyreható egyéb fejlődési zavarokkal járnak a hallójáratok veleszületett részleges vagy teljes elzáródásai, atresiái. Kiterjedhetnek ezek a hallójárat egész hosszára, úgy a porczos, mint a csontos részre, viszont szoritkozhatnak csak az egyikre vagy másikra is. A hallójárat két része tudvalevőleg nem egyidejűleg fejlődik, mig újszülötteknél a porczosjárat már teljesen kifejlődött, addig a csontos helyén csak a dobgyűrű foglal helyet s belőle csak az első életévek folyamán képződik a csontos hallójárat. Ennek megfelelően vannak esetek leirva, hol jól fejlett porczos járat vakon végződik s utána a csontos rész teljesen elzáródott, viszont találunk ép csontos vég mellett elzáródott porczos járatot. Eddig egyetlen eset sem ismeretes, hol a hallójárat kiterjedt elzáródása mellett a dobhártya, hacsak durványosan kifejlődve is található lett volna és többnyire a dobüregben is nagyobb rendellenességek mutatkoznak. A kagyló is ily esetekben el van torzulva vagy csak durványosan fejlett, csupán néhány kivételes esetről van említés téve az irodalomban, hol a hallójárat elzáródása mellett normálisan fejlett kagyló volt látható (*Jacobson, Blau, Obertreuffer*).

A dobüregben észlelhető fejlődési rendellenességek igen kevés kivétellel a hallójárat atresiájával kapcsolatosan lépnek fel. *Steinbrügge* által emlitett 20 eset közül csak egyben volt kifejlődött hallójárat jelen. A mi a rendellenességeket illeti az esetek egy részében teljes csontos elzáródás állott fenn, legtöbbször azonban csak kisebb-nagyobb megszűkülése volt jelen az üregnek. Az esetek több mint felében a labyrinthablakokon is elváltozások voltak, legtöbbször teljesen hiányoztak 20 közül 8 esetben, részben szűkültek voltak.

A hallócsontocskák hiányozhatnak teljesen vagy durványosan fejlődöttek, alaki eltéréseket mutathatnak, egymásba forrhatnak, igy *Truckenbrod* esetében üllő és kalapács egy testté olvadtak, sőt egybeforrhat mind a három csontocska, columellaszerűleg *(His, Thomson)*.

A tuba rendellenességei ritkábbak s többnyire a garatban is jelenlevő fejlődési zavarokkal kapcsolatosak. *Wagenhauser* esetében a dobűri szájadéka hiányzott, *Joel* a csontos rész elzáródásáról tesz említést.

Ezeket előrebocsátva és különösen utalva a fejlődési rendellenességek combinált fellépésére, melyek nem szoktak egyes részletekben nagyobb elváltozásokat produkálni a nélkül, hogy a szomszédos részek fejlődésére nagyobb visszahatást ne gyakorolnának, érdemesnek tartom a következő eset ismertetését, mely több tekintetben eltérést mutat a rendesen ily körülmények között található viszonyoktól.

K. A. 14 éves leány, Kis-Szeben. Szülei és testvéreі egészségesek, rendes hallásúak. Kis korától veszik észre, hogy nehéz hallású, különben mindig egészséges volt, korához képest igen jól fejlett és jól táplált.

Koponya és arczcsontok symmetrikusan jól kifejlődöttek orr, garat rendes, mindkét fülkagyló teljesen normális.

Tükörrel való vizsgálatnál a rendes külső nyilással biró hallójárat a mélybe előhaladó fokozatos concentrikus szűkületet mutat, mindenütt ép bőrrel fedett, sehol hegesedés nyomai nem észlelhetők, belső vége annyira szűkült, hogy szabad szemmel át nem látható. Kutaszszal a tragustól 2·5 cm.-nyire haladhatni befelé, hol szilárd csontkemény alapra ütközünk, a tölcsérszerű szűkület belső vége egy középvastagságú sonda gombját képes befogadni. Úgy jobb mint bal oldalon teljesen symmetrikusan ugyanazon képet találjuk s a méretek is teljesen egyezőek. Tubák katheterismusnál jól átjárhatók egyenletes, lágy, fúvó zörej hallható. A hangvilla-vizsgálatnál: W. nincsen lateralizálva, Ri. mindkét oldalt negativ, perceptio ideje csontvezetésnél nincsen megrövidülve, légvezetésnél mély hangok perceptioja meglehetősen lefokozott magasaké kisebb fokban. Hallás súgott számokra mindkét oldalt 0·20 m., hangos beszéd 3·0 m.

Egybevetve a vizsgálatnál nyert képet, a hangvilla-vizsgálattal, a hallászavart a hallójárat elzáródásában s esetleg a középfülben székelő hangvezetési akadályban kellett keresni, minden valószinűség szerint ép hangfelfogó készülék mellett, miért is, különösen tekintve a hallójáratnak a rendestől alig eltérő mélységét, műtéti beavatkozásra határoztuk el magunkat.

Műtét jobboldalt. Chlorof. narc. Szokásos ivelt metszés a kagyló mögött, csonthártya nincs megvastagodva, könnyen leválasztható, csecsnyújtvány széles, jól fejlett, spina suprameatum jól szembetünik. A hártyás hallójárat leválasztása a csontos részről kezdetben elég könnyen eszközölhető, de a mélyben rendkivül erősen rögzítve van s felszabaditása csak az elevatoriummal való hosszas és erőteljes manipulatiora sikerül. A hártyás hallójárat ekkor egy végén megvastagodott falú vak tömlő képét mutatja. A csontos hallójárat falai simák, tágassága, mélysége szembetünő eltérést nem mutat, belső végén azonban, a dobhártya helyén, egész kiterjedésben csontos fallal van elzárva. Ezen csontos fal enyhén kifelé domborodik, közepén érdes felületű, mig a szélek felé sima felszinű, s a körzeten a hallójárat falaival való találkozásnál sekély limbusszerű körkörös vájulattal határolt. Vésésre rendkivül kemény, eburnizált consistentiát mutat s csak elől, a tuba felé sikerül óvatosan rajta keresztül egynéhány millimeter átmérőjű üregecskébe jutni, honnan tompa kampóval felfelé és alófelé is kissé alája lehet férkőzni s az atticushoz s a mellső fal mentén pár millimeternyire kitárható. Ezek után azon feltevésben, hogy a dobüreg hátsó fele sincsen egészen obliterálódva, radicalis műtétre tértünk át. A csecsnyújványon 3—4 cm. vastag corticalis alatt jól kifejlődött üregrendszer, antrum középnagyságú. Aditus szűk, benne az üllő rövid szára nem található, atticus csak hátul van egy kis üregecskével képviselve, előre csontosan obliterált.

Az ovalis ablak és a promontorium felé átmenet nélkül összeforrt a dobüregben foglalt csontos tömeg a dobüreg belső falával, csak hátul lefelé találni a kampócskával kis üreget. Ily körülmények között a további beavatkozástól eredmény várható nem lévén, legalább a lágyrész-elzáródás megszüntetése czéljából a hártyás hallójárat hátsó részéből háromszögű Körner-féle lebeny készittetik. Ez alkalommal látható volt, hogy a hallójárat szűkülése a falzat előhaladó fokozatos megvastagodása által volt feltételezve. A Körner-féle lebeny a

csontos sebüreg hátsó falához tamponáltatik, primaer bevarrás. Zavartalan gyógyulás után a hallás némi javulása volt constatálható, u. i. súgott szavakat 0·5 m.-ről hallja, a javulás conversatiós beszédre még jobban szembetünő. (5·0 m.) Tekintettel az elért, ha nem is nagyfokú, de mindenesetre számbavehető eredményre, a túloldalon is a hártyás hallójárat elzáródásának megszüntetésére határoztuk el magunkat. Az anatomikus viszonyok teljesen egyezőek, csak a hallójárat mélyében fekvő csontos fal képe eltérő, a mennyiben egész felszine érdes, egyenetlen, közepén tányérszerű bemélyedést mutat, melynek szélei sánczszerűen kiemelkednek, a körzeten kissé mélyebb vájulattal elhatárolva, úgy, hogy az egész a dobüregből kiemelkedő rózsaszerű képződményhez hasonló.

A mindenben egyező symmetrikus viszonyok mellett a dobüregben sem várhatván a túloldaltól lényeges eltérést, a csontos elzáródás eltávolításának kisérletétől elállottunk.

A csontos hallójárat hátsó falából néhány millimeter réteget laposan levésvén, a hártyás hallójáratból képezett Körner-féle lebenyt ide tamponáltuk. Az eredmény megközelíti a tulsó oldalon elértet. (0·4, illetve 4·0 m.)

Esetünkben, mint látjuk, a hallójáratnak, annak belső végén székelő elzáródásával állottunk szemben, míg a csontos rész rendesen kifejlődött a porczos-hártyás rész, közel rendes mélység mellett, előhaladva, fokozatosan szűkül, míg végén megvastagodott falakkal vakon végződik. A kagylók mindkét oldalon teljesen normálisak, a csecsnyújtvány és üregrendszere rendes, a tubákon elváltozás nem észlelhető, a dobüreg méreteiben az aditustól, illetve az előtte talált üregtől a tubanyilásig, a hátsó faltól a mellső falig, sem mélységében szembetünő eltérés nem mutatkozik, úgy hogy azt a benyomást nyerjük, hogy egy rendes nagyságú dobüreg csontos tömeggel kitöltődött, míg a hallócsontocskák nyomai sem lelhetők.

Közel áll a gondolat, hogy a jelenlevő fejlődési rendellenességeket a hallócsontocskák rovására irjuk s a hallójárat elzáródását csak következményes, gátolt fejlődésnek tudjuk be, mi mellett szól úgy a porczos, mint a csontos járat, tulajdonképen egész hosszában való kifejlődött volta s csak végének lágyrészes elzáródása, mely a dobüregben helyet foglaló s ab ból kissé ki is emelkedő csontos falba ütközve rögzitődött, e mellett szól a kagylók normális fejlettsége is.

Hogy a hallócsontocskák egy tömegbe olvadhatnak, mutatja a columellaszerű alakulás, mit feljebb említettünk, jelen esetben úgy látszik, egy alaktalan tömeget alkottak, mely a labyrinth-fallal összeforrott s csaknem az egész dobüreget kitöltötte. Ha tekintetbe veszszük a kezdetleges fejlődési viszonyokat, hogy emberi ébrénynél a harmadik hónap elején a hallócsontocskák helyén még közös porczos pálcza van jelen, ugy ez csak támogatni fogja feltevésünket.

Irodalom: *Moldenhauer:* Missbildungen des menschlichen Ohres (Schwartze's Handb. I.). — *U. a.:* Die Entwicklung des äuss. und mittl. Ohres. Morph. Jahrb. III. — *Hertwig:* Entwickelungsgeschichte des M. Ohres (Schwartze's Handbuch.) — *Steinbrügge*: Patholog. Anat. des Gehörorg. — *Virchov:* Über Missbild. des Ohres V. Archiv. XXX. — *Hessler*: Cong. Atresie Arch. für O. XVI. — *Joel*: Über Atres. aur. cong. Zeitschrift f. O. XVIII. — *Truckenbrod:* Z. f. O. XIV. — *Mihalkovics*: Érzékszervek. Lucae Virch. Arch. XIX. — *Jakobson-Blau*: Lehrbuch f. Ohr.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(IV. rendes ülés 1903. április hó 30-dikán.)

Elnök: **Navratil Imre**; jegyző: **Zwillinger Hugó.**

Elnök: Az ülést megnyitja, a mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti, jelenti hogy a külföldi, nevezetesen angol, franczia, német, olasz, orosz, hollandi szaktársulatok évkönyvei, melyekkel egyesületünk csereviszonyban áll, a könyvtárosnál betekinthetők.

Napirend:

Elektrolysissel gyógyított gümős tumor esete.

Tóvölgyi Elemér: J. Antal, 30 éves, iparos, ezelőtt körülbelül egy évvel betegedett meg nagyfokú köhögési rohamok, mindjinkább növekvő rekedtség és az egész testre kiterjedő nagy gyengeség tünetei között. Bajának első napjaiban három izben kisebb mennyiségü vért köhögött ki és éjjelente erősen izzadt.

Hova-tovább mindinkább növekedő légzési nehézség vett rajta erőt, a midőn is mult év julius havában szólóhoz fordult segitségért. Az igen vérszegény, rosszul táplált és kissé cyanotikus színezetü betegnél a lelet a következő volt.

A tüdőben; jobb kulcs f., valamint jobb tövis f. az interscapularis tér alsó harmadáig tompa k. h. Kulcs f. jobb és bal o. bronchialis kilégzés. Diag. Cat. ap. l. d.

A gégében az interarytenoidalis tájékról, mindkét arytenoid porczon széles alappal fekvő, jó nagy borsónyi, egyenetlen felületü és előfelé kicsúcsosodó, mellső szabad szélén kifekélyesedett daganat tolult előfelé, a gégebemenetet annyira elfedve, hogy csupán a hangszálagok mellső részletéből látható néhány millimeternyi széles csíkocska. Beteg beszéd közben a légzési nehézség miatt gyakran szünetet kénytelen tartani, belégzés hangos, megnyúlt.

Köpetben sok Koch-féle bacillus található. Beteget ez időtől fogva szeptember közepéig hetenként háromszor, concentrált tejsav és 30% phenolum-natrio-sulfo-ricinicummal felváltva ecseteltem, a nélkül, hogy lényegesebb javulást tudott volna elérni. Ez okból szeptember 27-dikén végül az elektrolysishez folyamodott. A műtéthez bipolaris elektrodokat választott, és a műszert előleges alapos fertőtlenítés és a gége cocainozása után a tumornak körülbelül a középső részébe szúrta be. Az áram megindítása minden esetben erős öklöndözési mozgásokat váltott ki, a következő mély légvételek hatása alatt azonban e kellemetlenség csakhamar megszünt és a beteg a további három-négy percznyi ülés tartama alatt a müveletet igen jól türte. Az áramot első izben nyolcz, majd a következő alkalmakkor egész tizenkét milli ampèreig növelte, majd lassan csökkentette, nehogy a beteg az áram hirtelen megszakítása folytán egy kellemetlen ütést érezzen.

Beteg e mütevések után teljesen jól érezte magát és már a harmadik-negyedik napon a tumor észrevehető csökkenését és a lélegzet javulását lehetett constatálni. Október hó folyamán még tíz napi időközökben két izben és november hóban mintegy három heti időközben még egy izben, tehát összesen négyszer végezte az elektrolysist.

A mint jelenleg a betegnél látható, a tumor az aryporczok kisfokú megvastagodását leszámítva, eltünt, mindössze a jobb aryporcz belső részén áll még fenn egy fél lencsényi kis granulatio, a melynek curettel való eltávolítása elé most már semmi akadály nem gördül. A daganat oly nagy volt, hogy curettel eltávolítani nem igen lehetett volna, de másrészt az elektrolysisnek ama nagy előnye is megvan, hogy új sebfelületet nem csinál, a minek tulajdonítandó, hogy a jelen esetben is oly hosszú idő óta recidiva nem állott elő, a mi pedig curette-nél elég gyakori.

Tekintetbe véve a jelen esetben is elért eredményt, semmi esetre sem érthetek egyet abban Schrötter tanárral, hogy az elektrolysis csupán haszontalan játék számba mehet.

Orrsynechia Thiersch-féle transplantatioval gyógyított esete.

Navratil Imre: Az orrjáratok synechiáját sokféleképen próbálták meggyógyítani, de eredménytelenül. A galvanocaustica, bemetszés és az e czélra készült dilatatorok voltak alkalmazásban.

Szóló is ezen eljárásokat alkalmazta, de fáradsága sikerrel nem járt, mert az elválasztott synechiák, akár rövidebb idő után, akár hónapok multával újra összenőttek; de ezen eljárások, nem csak fáradságosak, hanem még igen fájdalmasak is.

Egy eset kapcsán arra a gondolatra jutott, hogy Thiersch-féle lebenyátültetést kisértsen ilyen synechiák megszüntetésére.

Az eset a következő:

B. M. 15 éves hajadon, az orrán nem kap levegőt. A vizsgálatnál kitünik, hogy a bal orrjárat teljesen össze van nőve, a jobbon a legvékonyabb sonda hegye sem megy keresztül. Minden jel arra enged következtetni, hogy a bántalom hereditaer luetikus eredetü.

Folyó évi márczius 17-dikén a Grünwald-féle sanatoriumban végezte a műtétet Koch, Schiller és Frigyessy assistentiája mellett, chloroformnarcosisban.

Az összenövést bemetszette, ebbe helyezve egy Richter-féle térdollót, az orrszárnyat az orrháton vezetett 4 cm. hosszban felhasította. Pontos vérzéscsillapítás után a hegeket kimetszette melyek 12 mm. négyszögterületet foglaltak el. A vérzés nyo-

mással megszünt és tekintettel, hogy nőbeteg, a lebenyeket a czombról vette, melyeket a felsebzett területre jól odailleszt hetett. Most arról volt szó, vajjon tamponálja-e az orrt és felette egyesítse, vagy pedig a tampont hagyja el. Az utóbbira határozta magát, mert a tampon oly ingert gyakorolhatna, hogy a létrejövő váladék feláztatná a lebenyeket, azonkivül a felette érzékeny és türelmetlen beteg kiprüsszenthetné, végre a tampon eltávolításakor a börlebenyek könnyen lesuroltathatnának. A sebszéleket pontosan egyesítette és jól illő fedkötést alkalmazott. Ezen kötés 48 óráig maradt helyben, levétele után az orr nyilására helyezett gazetampon csekély beivódást mutatott. A második kötés két nap mulva távolíttatott el. Heted napra meggyőződött, hogy a lebenyek megtapadtak, az orrjárat tág. Naponkénti orririgatiót alkalmazott és száraz tampont vezetet, be az orrba, és miután tíz napon át az orr lumene nem változott, a betegek hazabocsátotta.

Tudtával ez az első eset az irodalomban, hol orrsynechia miatt orrfelhasítással és a hegek teljes kiirtásával Thiersch-féle börlebenyek lettek átültetve teljes sikerrel.

Mohr Mihály: A kötőhártyán applikált Thiersch-féle transplantationál szerzett tapasztalatai alapján, bár elismeri, hogy előadónak tampon nélkül is sikerült a transplantatio, azt véli, hogy a tampon alkalmazása az orrban is czélszerű. A mikor a Thiersch-féle lebeny oda van fektetve a felsebzett heges részre, a tampon is behelyezhető, és tán hátul a chranákon keresztül húzott fonállal elől a szájnál rögzíthető.

Pollatschek Elemér: Azt hiszi, hogy a tamponnak az orrba való behelyezése dörzsöléssel jár, és ép így a kihúzása is, a mi a lebenyt megmozditja. Hasonlókép leválasztja a fokozott secretio is a lebenyt.

Mohr Mihály: Ez ellen azt hozza fel, hogy a Thiersch-lebeny behelyezésekor kell a tampont is reáhelyezni és így zárni fölötte a sebet. Tehát dörzsölésről szó sem lehet. De még a Thiersch-féle lebeny 2—3 nap alatt megtapad vagy egyáltalában meg nem tapad. De nem is kell az egésznek odatapadnia, elég, ha az két kis helyen megtapad, az ott lévő hám proliferál és befedi hámmal a többi sebes részt is.

Donogány Zakariás: Nagyon szerencsés dolognak tartja, hogy a Thiersch-féle lebeny a bemutatott esetben megtapadt. A tampont szükségesnek tartja, talán olyan anyagból készültet, mely az orrban formálható.

Baumgarten Egmont: Czélszerűnek tartaná a lebenyt collodiummal fixálni.

Navratil Imre: Maga is helyesli azon érveket, melyeket a hozzászólók a tampon használata mellett felhoztak. Jelen esetben azon okból, mert a beteg nagyon izgékony volt, nem merte azt alkalmazni.

Garatív mögött lévő lencsényi carcinoma.

Lipscher Sándor; Z. J. 54 éves, zenész, előadja, hogy a bal mandola tájékán egy év óta fájdalmat érez, mely hol erősebb, hol pedig teljesen elmarad. Az anamnaesisből kitünik, hogy 1866-ban állítólag luest aquirált, de azóta semmi tünet nem mutatkozott.

Vizsgálatnál az orrban, torokban és gégében semmi rendellenest nem látni. Azonban a panasz helyére concentrálva a figyelmet, tükör segélyével a bal garatívek között egy lencse nagyságú behuzódást látni, mely apró kiemelkedésekkel van körülvéve. Megtapintva, ezen kis daganat porczkeménynek bizonyult és az keltette fel benne a gyanut egy álképlet felvételére. Mirigyek a nyakon vagy az áll alatt nem tapinthatók. Próbaexcisiót végezte és kórszövettani vizsgálat tényleg laphámrákot derített ki.

Ritkán jut az orvos abba a helyzetbe, hogy álképletet ily kezdő stádiumban lásson. Részint azért, mert a betegek ilyenkor még orvosi segélyt nem vesznek igénybe, részint pedig a tumor kicsisége a vizsgálatnál elkerüli a figyelmet. De tudjuk, hogy a tonsillák tájéka s carcinomák kedvencz helye, azért ne mulasszuk el a próbaexcisiót.

A betegnek a műtétet fogom ajánlani és bár tapasztalataink tonsillarákok operátiójánál nem a legkedvezőbbek, ily kezdő stádiumban mégis jó keménynyel kecsegtet.

Irsai Arthur: Az esetet egy év óta ismeri, a beteg torokfájásról panaszkodott. Leukoplakia volt nála jelen, azért megtiltotta neki a dohányzást. Három hét előtt, kivül a nyakon, mirigy volt tapintható, de tükörrel mitse lehetett látni. Később hallotta a betegtől, hogy kimetszettek egy darabot, és megvizsgálták, és most hallja, hogy carcinomának bizonyult.

Zwillinger Hugó: A diagnosis biztositása végett — klinice a diagnosis nem bizonyos — szivesen látta volna a praeparatumokat, vagy legalább a leletről szóló authentikus értesitést.

Lipscher Sándor: A lelet és a készitmény még nincsen kéznél. Várja még a kórboncztani intézettől, és ha meglesz, be fogja mutatni.

(V. rendes ülés 1903. május hó 14-dikén.)

Elnök: **Navratil Imre**; jegyző: **Zwillinger Hugó**.

Elnök az ülést megnyitja, a mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti, jelenti, hogy a mult évről szóló évkönyv magyar és német nyelven megjelent. A tagoknak a magyar, a külföldi társulatoknak és tagoknak a német évkönyv megküldetett. *Elnök* indítványára az évkönyv szerkesztéseért a titkárnak jegyzőkönyvi köszönetet szavaz az egyesület.

A primaer orrüregrákról kórjelzési, kórtani és gyógytani szempontból.

Donogány Z. és **Lénárt Z.**: Az orrüregben a rák a ritkább betegségek közzé tartozik. Az irodalomban mindössze 80 idevágó esetet észleltek. Előadók hét esetet közölnek. Az orrcarcinoma aetiologiájában előforduló előrement hurutok, melléküregbántalmak, ártalmas gőzök, trauma stb., csak az esetek egy részében iratnak le és közösek más orrbetegségek kórokaival. A sokszor hangoztatott, de még be nem bizonyitott kérdésre vonatkozólag, hogy jóindulatú polypok is átváltozhatnak carcinomává, szerzők egy észlelésüket irják le, hol a mikroskopos vizsgálat azt mutatta, hogy a multiplex kiindulású carcinoma a polypot fedő basalsejtrétegből indult ki s ezt rákosan infiltrálta.

A daganat kiindulását illetőleg az tünik ki, hogy a rák az esetek felében a középső kagyló tájáról indul ki, csak kisebb számában az eseteknek az alsó kagyló, a septum, az orrtető, Highmor-üreg medialis fala és a sinus sphenoidalisból. A betegség későbbi tünetei: a tovaterjedés folytán fellépő orrdifformitas fájdalmak, torok-, fültünetek, az orbita kitöltése s az agycomplicatiók. Az orrüreg-rák metastasisokat nem képez, csak egy idevágó adatot találtak az irodalomban.

Az orrban előforduló rákokat, a sejtek finomabb structurája és a histogenesis szerint három csoportra osztják, úgymint tüskés, henger- és baselsejtű rákra. A rákos daganatot az orr jóindulatú daganataitól elkülöníteni rendesen nem nehéz, de a sarcomától csak histologikus vizsgálat segélyével lehetséges. A gyógyítás sebészi. A bántalom elején, a midőn a daganat körülirt, a radicalis műtéti beavatkozást ajánlják s csak a későbbi stadiumban, a midőn a bántalom már ki nem irtható, tartják megengedhetőnek, sőt szükségesnek az endonasalis beavatkozást, a mely által a betegség gyötrő tüneteit enyhíteni lehet.

A prognosis igen rossz, eddig csak két gyógyult esetről van tudomásuk.

Pollatschek Elemér: Érdekes, hogy előadók hét primaer carcinoma-esetet észleltek, ez az ambulantia anyagát és a vizsgálat alaposságát dicséri. Előadó úr felemlítette, hogy öt esetben a középső kagylón, egyben a kagyló mellső, egy esetben a kagyló hátsó végén fordult elő a rák. Tudjuk, hogy a carcinoma keletkezését illetőleg, a Cohnheim-féle theoriától kezdve, sok mindenfélét okoztak, de azért a carcinoma tulajdonképeni okát nem ismerjük. Csak egyet ismerünk el és ez a mechanikus inger. Erre utal az alsó ajak, a kéményseprők scrotumának és a hátsó gégefal rákja. Igaz, hogy más helyen is behat a trauma s mégsem keletkezik rák, de épen ez az, a mit nem ismerünk. A középső kagylónak megfelelőleg nyilnak a melléküregek kivezető csövei és a normális váladék is már elég ingert fejt ki a carcinoma kifejlődésére. A mellső és hátsó polus megbetegedését illetőleg, ezek azok a helyek, a hol idegen test, por, bakteriumok letelepedhetnek, sőt a levegő lehülése sem hanyagolható el. Ezen körülmény kiemelését, melyet előadók nem említettek, fontosnak tartotta. A korai tünetek közt említették az orrnak egyoldali eldugulását. Ez igaz, de sem ez, sem a vérzés, sem a főfájás nem tekinthetők kórjelzőknek, mert más bajnál, például Highmor-üreg megbetegedésnél is előfordulhatnak. A diagnosis csak akkor állapitható meg, ha tumort látunk és akkor biztos, ha a próbaexcisio és a therapia igazolta. Szóló a kocsányos carcinomát sem operálná endonasalisan, hanem mindjárt radicalis kiirtásához látna.

Donogány Zakariás: Összeállításunkból kiderül, hogy 50%-ában az eseteknek a középső kagylón van a carcinoma, míg régen azt tartották, hogy a septumon van. A melléküregek váladékának mechanikus és chemiai ingerét kórokozóként felvenni, közelfekvő gondolat, de még megerősítésre szorul, különben ezen ártalmak, valamint egyéb mechanikus, chemikus és thermikus ingerek az orr többi részeit is érik. A therapiára nézve megegyeznek véleményeink. A bemutatott praeparatum valószinűvé teszi a sejteknek carcinomás metaplasiáját.

Zwillinger Hugó: Érdekesnek tartja, hogy előadók 3½ év alatt hét elsődleges orrüregcarcinomát észleltek, még pedig mind a hét egyforma, az irodalomban felsorolt 80 esettel szemben. Lehetséges és így magyarázható a tény, hogy előadók már a korai stadiumban figyeltek e megbetegedésre és a gyanus eseteket mindjárt górcsövileg vizsgálták. A korai tünetek azok, melyek a diagnosis szempontjából felette fontosak, mert csak a korán felismert esetek operálása biztat

sikerrel. A rossz- és a jóindulatú orrbeli daganatok közti megkülönböztetést illető ismereteink elég jól vannak kifejlődve. A mi a sarcoma és carcinoma közötti különbséget illeti, gyakran sem a korai klinikai, sem a histologiai lelet nem döntő, de ez a therapiára nézve nem is bir oly nagy fontossággal. Az orrbeli primaer carcinoma kiindulási helyét illetőleg szerzők 87 eset közül 42 eset alapján állítják, hogy a középső kagyló az, melyből az orrüregbeli primaer carcinoma leggyakrabban indul ki. Nézete szerint e szám nem elegendő e tétel felállítására.

Baumgarten Egmont: Feltünő, hogy az észlelt esetekben tumorszerű volt a carcinoma jellegzete. Kevés carcinomát látott tumor-alakban, lehet hogy sarcomának nézte és histologiailag nem vizsgálván, mégis carcinoma volt. Nem tumor-alakban, hanem infiltratum alakjában látott carcinomát az orrüregben, mely később kifekélyesedett. Lehet, hogy luetikus fekélyek alapján lépett fel a carcinomás elváltozás. Feltünő, hogy amerikai szerzők gyakrabban közölnek carcinoma-eseteket, lehetséges, hogy gondosabban vizsgálnak és a histologiai leletet korábban értékesitik. A szóban forgó utolsó esetet ő is látta, sarcomának tartotta s most hallja, hogy carcinoma. Klinicé gyakran nem különböztethetők egymástól, ezért fontos a histologiai vizsgálat.

Navratil Imre: A hét esetben mikroskopiai vizsgálat döntötte el a carcinoma kérdését. Van még két esete, ezeket előadók nem vették fel, mert histologiai vizsgálat nem történt, de a klinikai tünetek a carcinoma diagnosisát kétségtelenül tették. Az egyik eset 44 éves asszony 1897-ben jelentkezett nála, az orrüreg tetején szétterülő sarjadzó fekélyes göröngyös infiltratum, melyből savós, véres, büzös váladék ömlött. Az orra eldugult, erős fejfájások gyötörték, melyek az orr kezelésével engedtek. Haláláig, 1899. junius 21-dikéig észlelte a beteget, ki semmiféle beavatkozásba bele nem egyezett. Második esete szintén 40 éven felüli korú nőre vonatkozik, a jobb középső kagylón egyenetlen felületű, göbös, vérzékeny daganat, mely betegnek fájdalmakat okozott. Metastasis ez esetben nem volt észlelhető. A beteg, kinél külföldön szintén carcinomára tették a diagnosist, ott sem engedett beavatkozást, rövidesen elpusztult. Az előadásban felemlített hét eset között volt két nő, ezen utóbbi két eset is nőkre vonatkozik. Érdekes, hogy míg a gégerák nőknél igen ritka, az orrüregrák majdnem oly gyakori, mint férfiaknál.

Lénárt Zoltán: Mi a kiindulási helyet 50% a középső kagylóból találtuk, a septumból pedig 14%-ban, ezen eredménynek általános értéket nem tulajdonítunk, csak regisztráljuk. Fekélyes formában megjelenő rákot nem láttunk és nincs is ilyenről tudomásunk, nem tudja elképzelni, hogy ulcus rodens megjelenhetne az orrban.

Zwillinger Hugó: Csak azért tette felszólalás tárgyává a kiindulási helyre nézve talált százalékot, mert az irodalmi feljegyzésekkel szemben feltünőnek találta.

A német otologiai társaság gyülése 1903. évi május hó 29-dikén és 30-dikán Wiesbadenben.

A Wiesbadenben összegyült szakemberek száma a százat meghaladta; az érdekes előadásokban és bemutatásokban gazdag üléseken *Körner* elnökölt. Mint előadó *Denker* referált a stapesankylosisról. Referatumában kiemeli, hogy neki sikerült először kimutatni pathologia-anatomiai úton, hogy a hangvezető közegek fixatiojában a Rinne-féle kisérlet negativ eredményt ad. Ismerteti a histologiai és kórboncztani eredményeket. Minden egyes esetben a kengyel normális csontszövetének és a fenestra rotundát körülvevő csontrészletnek osteoid szövetté való átalakulásáról volt szó. Az aetiologiára nézve, hivatkozik ama statistikai tényre, hogy az nőknél gyakoribb mint férfiaknál, és hogy ezeknél a puerperiumra, a graviditásra vezethető vissza, ezenkivül constitutionalis anomaliákat is kénytelen felvenni. Ismerteti a therapia tehetetlenségét e bajjal szemben és még legtöbb eredményt látott a dobhártya elektromotorius massage-ából, főleg a subjectiv zörejek csökkentését illetőleg.

A tartott előadások és bemutatások közül legyenek még mint érdekesebbek megemlítve a következők: Igy *Bezold* előadása a hangvillavizsgálatokról egyoldalú süketség eseteiben és ama következtetésekről, melyek ebből a csontvezetésre vonhatók le és melyek a hangvezető készülék functiojára vonatkoznak. A hallásvizsgálatokról labyrinthnecrosis és egyoldalú süketség esetében értekezett *Wanner*. *Lucae* a beszéd- és hanghallás közti viszonyt ismertette. *Ostmann* az azóta már könyvalakban is közzétett vizsgálatait adta elő az egyöntetű hallásmértékre vonatkozólag. *Scheibe* a furunculusokkal kapcsolatos nagyothallásról beszélt. *Siebenmann* veleszületett labyrinthanomalia boncztani képét mutatta be. Dobüregben képződött borsónagyságú concrementumot ir le, ennek chemiai és mikroskopiai vizsgálatát adja *Kretschmann*. *Brühl* az idioták garatmandoláját és hallószervét ismerteti, vizsgálatai szerint 75%-ban volt garatmandola-nagyobbodás, 28%-ban torokmandola-hypertrophia volt. Csak 32%-ban volt normális dobhártya. 5·7%-ban volt idült fülgenyedés, 14·5% még fennálló vagy lefolyt genyedés. 306 hallószerv közül 36% 8 méter alatti távolból hallott csupán, 22% 4 méter alól. *Röpke* a hysteriáról értekezik, mely a fül- és halántékcsontgenyedések folytán áll be. *Heine* egy érdekes eset kapcsán, az amnesiás aphasiáról és hemiopiáról tart előadást, mely a jobboldali halánték- és occipitalis lebeny tályogja folytán lép fel. A beteg jobbkezes volt. Ez az első eset, hol jobbkezes egyénnél, jobboldali halántéklebenybeli tályog mellett beszédzavar állott be. Ez a megismerés fontos azért, mert ebből kitünik, hogy kétoldali idült középfülgenyedéseknél, aphasiás tünetek esetében, nem lehet a megbetegedés gócát minden további megfigyelés nélkül csak a bal halántéklebenybe localizálni. Ezeken kivül előadásokat és bemutatásokat tartottak még: *Panse*, *Bönninghaus*, *Moxter*, *Manasse*, *Rudloff*, *Hölscher*, *Haug*, *Friedrich*, *Winkler*, *Wittmack*, *Bloch*, *Eschweiler*, *Krebs*. Az egyes előadások után élénk discussio fejlödött, melyekben a fentieken kivül főleg résztvettek: *Werner*, *Passow*, *Körner*, *Kirchner*, *Kümmel*, *Hinsberg* és mások. Az érdekes és tanulságos ülések közben a társaság tagjai barátságos discussiókban vettek részt. A jövő évi összejövetel helyéül Berlin lett megállapítva.

Klug Nándor.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

R. Kafemann: Rhino-pharyngologische Operationslehre mit Einschluss der Elektrolyse. Halle, 1903.

Kafemann hasznos könyvecskéje tetemes bövitéssel második kiadását érte el elég rövid idő alatt, mely jellemzi a mostani irányzatot, mely mohón nyeli el a legszerényebb alkotásokat is, ha azok tisztán a gyakorlat körébe vágnak. Tagadhatatlanul Kafemann a tanulóknak és orvosoknak egy hasznos tankönyvet nyujtott, a melyben gyakorlati érzékkel tárgyalja az orrgarat mirigyes növedékeinek műtevéseit, az orr és orrgarat különböző elváltozásainál, valamint a porczos és csontos orrsövénynél szükséges műtéti beavatkozásokat, végül a melléküregek megbetegedéseinél az egyes műtevéseket. Az egyes műtéti eljárások leirásához mellékli az egyes műszerek ábráit is. Törekszik egyes ábrákban műtéti eljárásokat és topographikus viszonyokat is feltüntetni, de ezek a könyv értékének rovására történtek, mert azok tökéletlensége a helyes tájékozást nem engedi meg. Ezen árnyoldal mellett a szerző minden műszer feltalálóját hizelgően említi fel, valóban mosolyt keltő a hizelgő jelzők tömkelege és azon a tárgyilagosság rovására történő udvariasság, melylyel az általa bevallottan nem alkalmazott eszközről is hizelgően nyilatkozik. De ha nem áll is még feladata magaslatán ezen könyvecske, mégis dicsérettel kell megemlékezni szerző törekvéséről és gyakorlati érzékéről, melylyel hibáitól eltekintve, munkáját hasznossá tenni iparkodott.

Ónodi.

Lapszemle.

A gégetuberculosis kezelésében Grünwald szívesen alkalmazza a galvanocaustikát. A mélyebb infiltratumoknál, hogy a felette levő, még ép nyálkahártya sértése elkerültessék, beszúródások alakjában ajánlható az égetés. Habár szerző az elektrolyssisel igen jó eredményeket ért el, nem ajánlja hosszadalmassága miatt. A galvanocaustikus beszúrások épen olyan könnyen türetnek és hamarább vezetnek eredményre a gége teljes érzéstelenitése után, a platinégő, miután az infiltratumokra helyeztetett, izzóvá tétetik és az infiltratumba besülyesztjük. Ha már ép talaj van az égő alatt, azt a nagyobb ellentállásból ismerjük fel. Ha az infiltratum alsó része szabadon nyúlik be a tracheába, úgy ezt felismerhetjük abból, hogy a légcsőben az égő veres fénye láthatóvá lesz. Az égetést addig folytatjuk, míg az égő a szúrási csatornában szabadon ide-oda mozog. Az egész eljárás öt-tiz napig tart, a reactio igen csekély. *Tövölgyi.*

Az ozaena Vaquier szerint contagiosus bántalom. E véleményét ama tapasztalatra alapítja, hogy hat család több tagjánál észlelte a bántalmat. Ez okból helyteleníti a gyermekek együttalvását, egy zsebkendő használatát. A gyermekek ne nagyon barátkozzanak a kutyákkal, a cselédek és főleg a dajkák szolgálatba állás előtt szakorvosokkal megvizsgáltassanak. A kezelésben ajánlja az igen meleg orrmosásokat, jodecseteléseket és jodot belsőleg. Továbbá az orrba helyezett vatta-tamponokra jodaethert kell fecskendezni és az orrnyilásokat hermetice elzárni, hogy a jodgőzök soká időzzenek az orr üregében. (Rev. hebdomad. de Laryng. 1903. Nr. 5.) *Tövölgyi.*

VEGYESEK.

A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete f. é. deczember havában fogja tiz éves fennállásának évfordulóját megülni. Ez ünnepélyes közülésen Navratil Imre és Böke Gyula egyetemi tanárok fognak előadásokat tartani, melyeknek történelmi becsük is lesz, a mennyiben hazánkban úgy a rhinolaryngologia, mint az otologia megalapitását és fejlesztését fogják tárgyalni. Ezen alkalomból az Orvosi Hetilap „Orr-, gége- és fülgyógyászat“ czimü melléklete ünnepi számot ad ki az egyesület tagjainak tudományos munkálataival, mely azután idegen nyelven is megjelenik. Ismételten kérjük az egyesület tagjait, hogy a jubilaris számra szánt kéziratokat november hó 15-dikéig Ónodi Adolf dr. czimére, Ó-utcza 12 küldeni szivesek legyenek, hogy a jubilaris szám az ünnepélyes közgyülés idejére elkészülhessen.

Kilian tanárt Freiburgból a londoni laryngologiai társaság tiszteleti tagjává választották.

A királyi svéd orvosegyesület Stockholmban *Schwartze H.* tanárt Halleból társasága tagjává választotta.

Urbantschitsch V. rendkivüli tanár Bécsben a rendes tanári czimet kapta.

Szent-Pétervároń egy oto-rhino-laryngologiai társaság alakult, mely egyesület már is több ülést tartott *Simanowsky* tanár elnöklete alatt.

Az olasz laryngologiai, otologiai és rhinologiai társaság könyvtár alapitását határozta el Novoli G. dr. felügyelete alatt.

Budapest, 1903. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Közol Antal J.) Dorottya-uteza 14. sz.

Negyvenhetedik évfolyam. 42. szám. *Budapest, 1903. október 18.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hollós József: Közlemény a II. sz. kórboncztani és kórszövettani intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr., egyetemi ny. r. tanár.) Elsődleges mesenterialis gümőkór. 657. lap.

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári m. k. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti tankórodájáról. (Igazgató: Brandt József dr., min. tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) Pofaképlés Gersuny-féle lebenynyel. 659. lap.

Friedrich Vilmos: A hernia epigastricáról belgyógyászati szempontból. 660. lap.

Gergő Imre: A malaria-parasiták endogen fejlődési menete, észlelt esetek kapcsán. 662. lap.

Tárcza. Tauffer Vilmos elnöki megnyitója. — **Szegedy-Maszák Elemér:** A bruxellesi nemzetközi hygieniai és demographiai congressus. 664. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Marikovszky György:** A dysenteria aetiologiájáról. — *Könyvismertetés. Mering:* Lehrbuch der inneren Medicin. — *Lapszemle. Bőrkórtan. Deckers és Meersen:* Morbus maculosus Werlhofii gyógyítása. — *Jacobsohn:* Impetigo contagiosa gyógyítása. — *Sabouraud:* A hajas fejbőr megbetegedéseinek therapiája. — *Venereás bántalmak. Kinstein:* Az ulcus Ducrey. — *Danlos:* A syphilis gyógyítása. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Beaman Douglas:* Az ichthargan használata orr-, torok- és gégebajokban. — A heroin legnagyobb adagja. — *Folyóiratok átnézete.* 666—667. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kinevezések. — Megválasztás. — Czirfusz Dezső. — A budapesti orvosi kör országos segélyegylete. — A budapesti orvosi kör országos segélyegyletének pénztára. — A budapesti orvosi kör. — A pestis ellen való védekezés. — Figyelmeztetés. — Megjelent. 668. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. A stomatologusok (fogorvosok) VII. évi köz- és nagygyülése. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése.

Melléklet. Knoll és Társa ludwigshafeni czég prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a II. sz. kórboncztani és kórszövettani intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Elsődleges mesenterialis gümőkór.

Irta: *Hollós József* dr., I. tanársegéd.

Az elsődleges bél- és mesenterialis gümőkór kérdése tudvalevőleg égetően actualissá vált Kochnak az 1901-diki tüdővészcongressuson tett kijelentése óta, mely szerint az emberi gümőkór és állati gyöngykór bacillusát nem tarja identikusnak s épen ezért e két megbetegedés egymásba át sem vihető. E kijelentése homlokegyenest ellenkezik azon régebbi tételével, mely az emberi gümőkór forrásai között az állatok gyöngykórját, mint egyik főtényezőt állítja elénk. A kérdésnek úgy tudományos, de főképen óriási gyakorlati hordereje természetessé teszi, hogy a legnagyobb megvitatás és kisérletezés tárgyát képezi s általánosságban az mondható, hogy mindazon búvárok, kik e kérdéssel azóta, de azelőtt is foglalkoztak, Koch-hal többé-kevesbbé ellenkező eredményre jutottak. Emlékezhetünk, mily élénk ellentmondást szült Koch véleménye már a congressus idejében a pathologusok között s ez oly kérdésnél, a mely mindeddig szinte vita tárgyát sem képezhető igazsággá érlelődött a pathologiában, még akkor sem volna csodálandó, ha Koch teljesen meggyőző érvekkel állott volna is elő.

Koch borjukon, disznókon és juhokon végzett kisérleteket, melyeket részint gümőkóros köpettel, részint tiszta culturával különböző módon — subcutan, intravenosusan, hasüregbe és szájon át — igyekezett inficiálni, teljesen eredménytelenül, míg gyöngykórtermékekkel vagy culturával ez mindig pontosan sikerült. E különbséget az állati és emberi eredetű bacillus között ez alapon oly kifejezettnek nyilvánítja, hogy szerinte a marha reactioja egyenesen megkülönbözteti az emberi gümő-bacillust az állatitól.

Chauveau[1] már 1870, 1872 és újabban 1891-ben végzett e nemű kisérleteket, melyeknél emberi gümőkóros sajtos anyaggal részint táplálás útján, részint intravenosusan inficiált borjukat s azoknál a gyöngykórt több esetben sikerült előidéznie. Ugyanily positiv eredményei másoknak is (Klebs,[2] Bollinger[3] stb.) voltak. A mult évben Schottelius[4] referált ilynemű sikeres állatkisérleteiről; ő 2 borjut és egy tehenet, melyek tuberculin-reactio hiányának alapján megelőzőleg teljesen gümőkórmenteseknek bizonyultak, etetett gümőkóros köpettel kevert táplálékokkal s míg a control állatok 4 havi észlelés után a bonczolásnál teljesen egészségeseknek bizonyultak, addig az inficiált tehénnél gümős bélfekélyek mesenterialis mirigyduzzanattal, sajtos pneumonia és a mellkasi mirigyek sajtosodása volt kimutatható, a borjuknál pedig gümős-sajtos mesenterialis és submaxillaris mirigyeket constatálhattak.

Arloing[5] 1896-ban szamarakat és kecskéket emberi bacillus tiszta tenyészetével oltott be intravenosusan s a bonczolatnál valamennyien gümősöknek bizonyultak. Hogy a positiv eredmény nem mindig áll elő, azt úgy ő, mint Hueppe és Disselhorst az emberi gümő-bacillus különböző virulentiájának tulajdonítják. Krompecher és Zimmermann[6] idevonatkozó vizsgálatai azonban arról győznek meg, hogy az emberi tuberculosis-bacillus — legyen

[1] Münchener medicinische Wochenschrift, 1893.
[2] Virchow's Archiv 1870. 49-dik kötet.
[3] Münchener medicinische Wochenschrift. 1894.
[4] Münchener medicinische Wochenschrift, 1902. 39. sz.
[5] Revue de la tuberculose.
[6] Magyar orvosi arch. 1903. III. füzet.

bár a legkülönbözőbb eredésü — mindig azonos virulentiával bir s pathogenitása tisztán a bacillusok mennyiségétől függ, a mely mennyiség tiszta culturánál pontosan adagolható. A negativ eredmények oka tehát valamely más — eddig úgy látszik ismeretlen — okban keresendő.

Kochnak mondott állatkisérleti eredménye mellett másik főérve volt állítása bizonyítására azon körülmény, hogy elsődleges bél- vagy mesenterialis tuberculosis a tej- és hústermékek nagymérvü gyöngykór infectioja daczára aránylag igen ritkán fordul elő. Tényleg az idevágó statistikai adatok 1—2%-ra becsülik ezen eseteket. Nem szabad azonban felednünk, hogy béleredésü tuberculosis a tüdőknek és más szerveknek gümösödését is maga után vonhatja s az idült lefolyás a primaer bélbeli eredés kimutatását úgyszólva lehetetlenné teszi. Ép azért igen becsesnek tarthatjuk Heller[1] statistikáját, melyet mult évben tett közzé, a ki 714 diphtheriában elhalt gyermek bonczolásánál talált 140 gümös eset közül 30%-ban constatálhatta a primaer bél- vagy mesenterialis tuberculosist.

Koch legutolsó közleményéből[2] megtudhattuk, hogy kérelmére a porosz közoktatásügyi minister 5/4 év előtt az összes porosz egyetemekhez és prosecturákhoz felhivást intézett, hogy mindazon elsődleges bél- és mesenterialis gümökór esetekről, melyeknél gyöngykórral történt fertőzés felvehető, referáljanak s az anyagot bocsássák Koch rendelkezésére. E felhivás daczára egyetlen esetről sem kapott értesitést (a minek okát nem tudományos észlelések hiányában, hanem más valamiben kell keresni). De már ezt megelőzőleg kapott Virchowtól megfelelő esetből származó anyagot, melyet tőle függetlenül Wolff[3] is beható vizsgálat tárgyává tett. Az eset 63 éves férfire vonatkozott, kinél a tüdők és mellkasi mirigyek épsége mellett számos gümös bélfekély, a mesenterialis mirigyek sajtosodása és kezdődő hashártya tuberculosis forgott fenn, tehát kétségen kivül a bélnek elsődleges fertőzése. A nyert sajtos anyaggal Wolff tengerimalaczokat inficiál; ezeket 7—8 hét mulva leöli s ezeknek gümös sajtos termékével egy borjut a nyakán subcutan módon beojt. Az állat előzetesen semmi tuberculin reactiot nem adott. A beojtás helyén néhány hét mulva nagy sajtos daganat keletkezett s csakhamar a táji mirigyek megduzzadása is létrejött; az állat tuberculin adagolásra prompt reagált. 3 hónap mulva az állat leöletett és nála a spontan gyöngykórra jellegző összes elváltozások kimutathatók voltak. Ez esetet Wolff azért is nevezetesnek tartja, mert első izben sikerült oly elsődleges béltuberculosisból, mely a kérdés eldöntésére Koch szerint feltétlen szükséges követelményeknek teljesen megfelel, a gümökórt borjura átvinni.

Koch erre vonatkozólag azt jegyzi meg, hogy ezen eset vizsgálatánál épen ellenkező eredményre jutott, mert azon anyagból nyert tiszta cultura marhára teljesen avirulensnek bizonyult. „Az okokat, melyek miatt Wolff úrral ennyire ellentétes eredményre jutottam, itt nem részletezhetem; ezt más alkalomra tartom fenn.“ Úgy látszik, ezideig még nem látta elérkezettnek eme „alkalmat“.

Még sokkal tanulságosabb a gyöngykór szemmel látható módon történt infectiojának azon esete, melyet ez év márcziusában *Troje*[4] közölt. Fiatal mészároslegény gyöngykóros marha levágásánál a bordával megsérti alkarját. A sértés helyén 6 hét mulva börtuberculosis s csakhamar a könyökmirigyek fájdalmas duzzanata lépett fel. A kivett mirigyek góresövileg is gümösöknek bizonyultak. A mütét helyén recidiva (gümös böralatti tályog), majd a hónalj-mirigyek kiterjedt tuberculosisa fejlődött ki.

Ugyanezen időben jelent meg *Behring*[5] dolgozata e tárgyról, a melyet e vitának szinte befejezőjeként tekinthetünk, még pedig Koch felfogásával ellenkező értelemben, a melyben az eddigi vizsgálatok eredményeként kimondja, hogy az összes tuberculosis bacillus-fajok phylogenetice összetartoznak s egymásba könnyen át is vihetők. A kérdés irodalmának kitünő összeállitását adja Székely Ágoston dr., Orvosi Hetilap 1902. 34—38. sz. és 1903. 1—2. sz.

[1] Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 39. sz.
[2] Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 48. sz.
[3] Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 32. sz.
[4] Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903.
[5] Deutsche klinische Wochenschrift, 1903. 12. szám.

A kérdés eme vitás állása mellett felette indokolt, hogy mindazon esetek, melyekben elsődleges bél- vagy mesenterialis gümökór mutatható ki, beható vizsgálat tárgyává tétessenek s ez indított engem is egy idevágó esetem tüzetes áttanulmányozására, a melynek megejtését egyébként még más szempontból is érdemesnek tartottam.

Az eset 38 éves parasztasszonyra vonatkozik, kinél az egész szervezet legideálisabb épsége mellett meszes-sajtos mirigyek voltak találhatók a mesenteriumban s a halált meningitis tuberculosa idézte elő. A bonczolási jegyzőkönyvből (1903. január 8.) álljanak itt a következők.

A tetem mérsékelten fejlett és táplált, gracilis csontrendszerü, kissé lesoványodott.

Tüdők teljesen szabadok. Mellhártya mindenütt sima, fénylő, sehol a legkisebb odanövés vagy megvastagodás sem látható. Tüdők légtartók, lószőrpárna tapintatúak mindenütt, a csúcsokban is sejtesek, metszlapok teljesen simák, vérbővek, porfestenyzettség csak a legesekélyebb mértékben van jelen. Légutak és garat nyálkahártyája halavány. Peribronchialis és mediastinalis mirigyek lencse-borsó nagyságúak, szabadok, metszlapjukon sajtosodásnak vagy meszesedésnek semmi nyoma.

Peritoneum sima, fénylő. Gyomor és belek nyálkahártyája halvány rózsaszinü, kevés nyákkal fedett, csak a vakbél nyálkahártyája mérsékelten palaszürke szinezetü. Sehol hegesedés vagy kifekélyesedés a leggondosabb vizsgálat mellett sem constatálható. A mesenterium mirigyei általában lencsényiek, halvány rózsaszinüek; 4 mirigy azonban megnagyobbodott és pedig kettő kis mogyorónyira, kettő félbab nagyságnyira; ezek teljesen elmeszesedtek, itt-ott kevés sajtos törmelékkel. Egyik mirigy felett a serosa mérsékelten hegesedett.

A dura feszült; agyfelszin lágy burkai szárazak, belöveltek. Gyrusok lelapultak. Agyalap, főleg a chiasma táján, nagy mennyiségü, áttetsző, szürkés, savós-kocsonyás váladékkal fedett, mely a nagy edények mentén részben folytatódik, a hol is a pia bársonyos, helyenként jól kivehető tűszúrásnyi vagy mákszemnyi fénylő göbökkel. Oldalgyomrocsok jelentékenyen kitágultak, kissé zavaros savóval kitöltöttek. Agyállomány vérszegény, igen vizenyős, puhább, septum lucidum málékony. Gerinczagy lágy burkai hasonló szürkés, áttetsző savós váladékkal födöttek; gerinczagy állománya nedvdús.

Dobüreg nyálkahártyája halavány; a sziklacsont eléggé szivacsos. Orrüreg, valamint az összes melléküregek nyálkahártyája halavány. Húgy és ivarszervek teljesen épek. Májban, szivizomban csekélyfokú parenchymás homály. Gerinczoszlop, csöves csontok, izületek felfürészeltettek, illetőleg megnyittattak s bennük sehol a rendestől eltérés nem volt kimutatható.

Látnivaló, hogy a legpontosabb vizsgálat daczára az egész szervezet teljesen mentesnek bizonyult régi gümös folyamattól, úgy, hogy a *mesenterialis sajtos-meszes mirigyeket absolut biztossággal elsődleges gümös góczoknak tekinthettem.*

De vajjon csakugyan gümösek-e ezen mirigyek? s ha igen: hozhatók-e okozati összefüggésbe a halált előidéző gümös meningitis-szel?

Az egyik félbabnagyságú, csak részben elmeszesedett mirigy metszetein még volt kevés élőszövet fellelhető, a melynek elhyalinosodott alapállományában epitheloid-sejtek s egy-két Langhans-féle óriás sejt volt látható; festés gümőbacillusokra negativ eredményt adott. A diagnosis ez alapon még kétségtelennek nem volt tekinthető. Tudvalévő, hogy régi gümös termékekben a bacillust mikroskop alatt nem sikerül kimutatni, mely esetekben az állatojtás még positiv eredményekkel járhat. Ezt eldöntendő, a sajtos anyagot steril-bouilonnal összedörzsölve tengerimalacz hasfali bőre alá oltottam. Hasonló módon oltottam egy másik malaczot az agyalapi, gümösnek diagnostizált meninxek emulsiojával is. Az eredmény a következő volt.

a) A mirigygyel oltott malacz:

Oltás 1903. január 8.

Lefolyás. Két hét mulva semmi elváltozás. Az állat fokozatos lesoványodás kiséretében április 10-dikén megdöglött.

Bonczlelet. Beoltás helyén mogyorónyi ellágyult, sajtos daganat. Tüdőkben számos gombostűfejnyi és kendermagnyi sajtos gümő, melyek a pleurán mérsékelten kiemelkednek. Lép jelentékenyen megnagyobbodott s úgy ebben, mint a májban elszórt gombostűfej egész lencsenagyságú sajtos góczok. Bal inguinalis mirigy félbabnyira duzzadt, elsajtosodott.

b) Meningealis váladékkal oltott malacz.

Oltás 1903. január 8.

Lefolyás. Két hét mulva a beoltás helyén fillérnyi sajtos fekély; mindkét oldali inguinalis mirigyek jókora borsónagyságra duzzadtak. Elpusztult márczius 1-jén.

Bonczlelet. Kiterjedt sajtos góczok a tüdőkben, lépben, májban és nyirokmirigyekben.

Az *a)* malacz hasfali sajtos daganat bennékében fedőlemezkészitményeken elszórtan 1—2 gümőbacillus constatálható. Glycerines burgonyára történt oltás 4 hét mulva a tuberculosis-bacillus tiszta culturáját eredményezte.

Kétségtelenné tette ezen eredmény a mesenterialis elváltozás gümös eredetét és azt a körülményt, hogy a mirigyek a csaknem teljes elmeszesedés daczára is még élő, virulens bacillusokat tartalmaznak. Csak természetesnek jelezhetjük azon jelenséget, hogy a mesenterialis mirigyek sajtos termékével oltott állat majdnem kétszer annyi idő alatt pusztult el s még akkor is sokkal csekélyebb gümös elváltozásokat tüntetett fel, mint a meningealis productummal fertőzött malacz. Hogy itt nem a bacillusok különböző virulentiája szerepel, miként azt általában hiszik, hanem csupán a bacillusok száma, vagy más kifejezéssel élve: a virus mennyisége határozza meg a betegség lefolyását és kiterjedését, azt Krompecher és Zimmermann idevonatkozó vizsgálatai kétségen kivül igazolták. A priori felvehető volt, hogy a régi sajtos-meszes mirigyek sokkal kevesebb bacillust tartalmaznak, mint az agyhártyák friss gümös eruptioja.

A mesenterialis tuberculosis elsődleges fellépése ezen, különben teljesen ép szervezetü egyénnél tehát tudományos biztossággal állítható. A fertőzés kapuja természetesen csakis a bél lehet, noha ennek nyálkahártyája teljesen intact maradt, a mi a szájüreg és légutak nyálkahártyáján, valamint magánál a tüdőnél is felette gyakori jelenség. Az elváltozás anatomiai képe a mellett szól, hogy a fertőzés évekkel, talán évtizedekkel azelőtt s minden bizonynyal a táplálék közvetítésével történt.

A másik kérdés, mely e vizsgálat kapcsán felmerül, az, hogy a meningitis okozati összefüggésbe hozható-e ezen régi, eltokolt sajtos mirigyekkel. A feleletet vajmi nehéz e kérdésre biztossággal megadni, ámbár elsőrangú gyakorlati értékkel birna annak eldöntése, hogy ily eltokolt, csaknem teljesen elmeszesedett, de még mindig élő bacillusokat tartalmazó gócz válhatik-e ily eruptio okozójává. A köztakaró, a csontok, izületek pontos átvizsgálása, az összes koponya- és arczüregek leggondosabb megtekintése teljes biztosítékot nyujt arra nézve, hogy mindennemü más gümös elváltozás a szervezetben hiányzott. Kizárás útján tehát odajutunk, hogy mégis e góczból indulhatott ki a fertőzés, hacsak nem akarjuk a meninxek primaer, a régi gócztól független fertőzését felvenni. E felvétel elől azonban nem zárkózhatunk el. Tudvalevőleg az orrüreg szaglótájéka a nervus olfactoriust kisérő nyirokutak közvetítésével egyenes összeköttetésben áll az agyalapi subarachnoidealis nedvhézagokkal. A légzés által az orrba bejutott bacillusok ép úgy passzirozhatják a nyálkahártyát annak minden megbetegítése nélkül, mint a hogy ezt jelen esetünkben is a bélnél constatálhattuk. Másrészt azonban bizonyos, hogy meningitis eseteiben a gondos kutatás úgyszólva mindig lehetővé teszi valamely régi gümös folyamat kiderítését; legalább a II. sz. kórboncztani intézet nagy hullaanyaga mellett (évente átlag 1000 bonczolás) az utolsó 5 esztendőben, mióta a bonczolás anyagát ismerem, nem volt rá eset, hogy ily elsődleges góczokat ki ne mutathattunk volna.

Hogy mily csekély góczocska lehet elegendő a meningitis előidézésére, arra nézve egy nem rég bonczolt esetemet említem, melynél 40 éves, minden szervében teljesen egészséges, *jól fejlett s igen jól táplált* nőről van szó, kinek halálát szintén meningitis basilaris tuberculosa okozta. A tüdők ideálisan épek, sehol az egész szervezetben gümös elváltozás, csak az egyik hátsó mediastinalis, mogyoró nagyságra duzzadt, szürkés-fekete nyirokmirigyben van egy lencsenagyságú sajtos gócz.

Közlemény a kolozsvári m. k. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti tankórodájáról. (Igazgató: Brandt József dr., min. tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

Pofaképlés Gersuny-féle lebenynyel.

Irta: *Hevesi Imre* dr., tanársegéd.

A pofarák operálásánál két főszempont vezérel bennünket a mütét technikájának megválasztásában.

Először is mindent el kell távolítanunk, a mi beteg, beleértve a nyirokutakat is, melyekben a kór tovább szokott terjedni. Másodszor pedig ki kell pótolnunk azt a hézagot, mely épen a kiirtás következtében a pofán keletkezett.

Összes részletmüveleteinket e vezéreszmék irányítják. E részben aztán nem nagy fontossággal bir az a kérdés, hogy a rákos elfajulás elsődlegesen magán a pofán, nevezetesen a pofanyákhártyán kezdődött-e, avagy a szomszédságból, foghúsról, szájzúgból, ajakról terjedt-e át.

Minden nagy kiterjedésü pofarák kiirtása után a pofa egész vastagságából hiányzik egy nagy darab, akár az egész bör-izomnyákhártyafal, melyet pofának nevezünk.

A beteg érdeke az, hogy száját jól kitáthassa, arcza ne legyen elektelenítve és hogy a gyógyulás ideje lehetőleg rövid tartamú legyen. Csak nagy kiterjedésü képlet és hiány esetéről szólok, mert csekélyebbekkel az itt említett elvek szemmel tartásával úgy is könnyebben boldogulunk.

Ezt is csak azért teszem, mert azt a benyomást nyertem meglehetősen hosszú időre, nagyszámú esetre terjedő klinikai tapasztalataim és többféle mütéti eljárás kipróbálása alapján, hogy az a módszer, melyben végül megállapodtam, úgy a müködés és kosmetikai hatás, valamint az időmegtakarítás szempontjából figyelemreméltó előnyökkel bir. Azonkivül technikája egyszerü, nem mesterkélt, hogy úgy mondjam magától kinálkozóan természetes.

Egyes részleteiben hasonlít is mások eljárásaihoz, nevezetesen a Gersuny-féle nyákhártya-pótláshoz — kötszövet-csonthártyából álló tápláló hiddal, befordított bőrlebenynyel, állkapocs alatti tájról —, de nem egészen azonos egyikkel sem.

Egyik részlet ehhez, másik amahhoz a módszerhez közeledik, de ez nem is lehet másképen oly gyakori baj gyógyitásánál, melylyel annyi idő óta annyian foglalkoznak, miközben egyiknek a figyelmét az ragadja meg, hogy a nyákhártyát vékony bőrrel jobb volna pótolni, a másik szőrtelen bőrlebenyt akar nyerni e czélra, a harmadik okvetlenül mentül távolabbról előrántott bőrlebenyekben leli örömét stb.

A nyákhártyahiány bőséges kipótlása a legfontosabb azért, hogy utólag hegzsugorodás folytán állkapocsszorulás (állkapocsszor, ankylostoma, ankylostomiasis) be ne állhasson. E végből nagy számmal hozattak javaslatba módszerek, melyeknek bővebb tárgyalásába bocsátkoznom azért is felesleges, mert azokat az Orvosi Hetilap 1902. 4.—9. számaiban a közelebbről érdeklődő ugyis megtalálja *Pólya Jenő Sándor* kartárs alapos tanulmányában.

Mikor én előadandó módszeremet kigondoltam, ezek jó része ismeretes volt előttem, egyikét-másikát magam is gyakoroltam már és épen ezek hiányosságai ösztönöztek jobbnak keresésére. De ha az ember a sebészet óriási birodalmának jóformán minden kérdésében korszerü tájékozottsággal akar birni és még nagy mérvü klinikai és kórházi teendőkkel is el van halmozva, bizony megeshetik vele az, a mi itt velem, hogy még a Gersuny javasolta bőrlebeny használata is kikerülte figyelmemet. Úgy hogy ezt a módot kénytelen voltam magamtól kitalálni, a mi csak azt bizonyítja, hogy az annyira egyszerü és közelálló gondolat, hogy akárki is rájöhet. Ennek lényege az, hogy a nyákhártyát olyan, közvetlenül a defectus szomszédságából felkészített bőrlebenynyel pótoljuk, a mely mind a négy oldalán körül van vágva és csupán a pofahézagnak azon a szélén, a hol a lebeny és a nyákhártya sebszélei egymás mellé esnek, függ össze alapjával egy vékony kötszövethíd útján, mely táplálását fenntartja. Gersuny úgy látszik lehetőleg vastag hidat akart nyerni, azért választotta lebenykészítésre az állkapocs alatti táj bőrét, mert itt a kötszövet mellé még a csonthártyát is felhajthatta, miután ezt az állkapocs széle mentén átmetszette.

Én elegendőnek gondoltam a pusztán kötszöveti hidat, mivel ezen tájék bőséges érhálózata itt a kellő táplálást valószinüvé tette; a csonthártyát bevonni eszembe sem jutott.

Az állkapocs alatti tájék bőrét több okból szemeltem ki. Ezek közt első helyen áll a lebeny táplálkozásáról való gondoskodás. Ez annál könnyebb, mentül szélesebb (hosszabb szélre kiterjedő) a kötszövethíd és mentül gazdagabb erekben.

E feltételek a defectus alsó szélén, a mely hosszú, egyenes és tudvalevőleg jól edényzett, elegendőképen megvannak.

Második előny az, hogy a hiány kivánta bármily nagy lebeny készíthető a nyak bőrének belevonásával, a mi sem a regio masseterica, sem a szemhéj alatti táj bőrére nézve nem áll ily mértékben.

Harmadszor nem csekély az az előny sem, hogy az arcz többi része épen marad, ektropium vagy eltorzító hegek elkerül-

tetnek. Az eltorzulás annál biztosabban elkerülhető, mert az egész nagy sebfelületet, melyet a befordított lebeny bevarrása után magunk előtt látunk, egy lebenynyel szép simán betakarhatjuk.

Ez a sebfelület egy nagy bőrhiány, mely a pofán főleg a képlet kiirtásából, felül és oldalt még a börsebszélek visszahúzódásából, alul az állkapocs oldalán és az állkapocs alatti tájon pedig a befordításra szánt bőr felkészítéséből származott.

Ehhez képest a sebfelületet legnagyobb részben az állkapocs alatti tájon s a mandibulán — miután innen kötszövet, mirigyek és esetleg csonthártya is kiszedettek — a visszamaradó részek felszine, visszahajtása vonalán megszakítás nélkül átmenve a befordított lebeny kifelé tekintő sebzett oldalába, képezi; ezeket oldalt és felül olyan sebfelületek szegélyezik, melyeket a lebenyhez már varrás kapcsol.

Ez utóbbi áll a mellső szegélyre nézve is, ha a pofahiány lyukat képezett, a mikor is a lebeny elül a pofának a szájzúg mellett megmaradt nyákhártyájához varratott.

Az ilyen lebeny hasznavehetősége azért is úgyszólva universalis, mert különös előnye van még egy tekintetben akkor, a mikor a szájzúg, esetleg kisebb-nagyobb ajakrészek pótlására is van szükség.

Ilyenkor a lebenyt akkorára és oly alakura szabjuk, hogy széleinek, az ajakpirnak megfelelő visszafordításával épen az ajakszegélyt tudjuk szépen utánozni.

Ez úgy történik, hogy a visszahajlást olyan szélességüre mérjük ki, hogy az a hegvonal, mely a szomszédos bőr és a nagy sebfelületet fedő második bőrlebeny sebszéleihez való varrása folytán létesül, épen pontosan megfeleljen az ajakpir szegélyvonalának. Ily módon a legszebb kosmatikai eredmény biztosíttatik.

A fentebb meghatározott egész sebfelület egy darabban való befedésére a nyak bőrét használjuk fel és pedig annak azt a részét, mely a nyákhártyát pótló lebenyt elül és oldalt környezi.

Innen akármekkora és akármilyen alakú lebeny vehető, melynek nyele az állkapocs szeglete táján van.

Az ilyen lebeny alig észrevehető nyélcsavarodással fordítható fel a pofa, állkapocsszél és fossa submaxillaris betakarására. A lebenyek felkészítése után továbbá az összes nyirkutak az elülső nyaki tájon, az áll-, állcsont alatti, carotisgödri, az edényhézagban fészkelő nyirkmirigyek, az állkapocs alatti nyálmirigy, a parotis csúcsa az alattuk többnyire székelő nyirkmirigyekkel: szóval a rák tovaterjedésének minden útja egy összefüggő darabban kényelmesen és tisztán kiirthatók, úgy hogy az egész tájék mint egy boncztani izom-edény-idegpraeparatum tünik szembe.

A fültömirigyet mindig csonkítom, a glandula submaxillarist pedig tokostul, a vena facialis anticával, art. max. externával együtt elvileg szintén beléfoglalom a kiirtani való tömegbe. Mert — noha alkalmatlan üreg marad a helyén — nem lehet biztosan megmondani, mikor mentes teljesen a fertőzéstől, de meg a kötszövetet is teljesebben szedhetem ki vele együtt.

A nyak sebfelületét a mennyire lehet összehúzással, ha kell további plastikával fedem. Igeiglenesen drainezni a fossa submaxillarisban szükséges, a hol holt üreg nem kerülhető ki; többnyire hasznos még egyes sebzúgokba is néhány napra gaze-csíkot helyezni a primaer váladék kivezetésére; hiszen sem komprimálni nem lehet, sem csirmentességről nem kezeskedhetünk. Hátra van még a befordított lebeny egy kellemetlen tulajdonságáról megemlékeznem, a mely különösen erős szakállnövésü egyéneknél bizony zavarja megelégedésünket.

Ezen szőrökről azt állították, hogy utóbb kihullanak. Ezt a szivességet nekem nem tették, sőt igen gyorsan és erőteljesen növekedtek a gyógyult beteg nem csekély boszankodására. Szerencsére egyszerü módon segíthettem a panaszon elektrolysises epilatio alkalmazásával. A szájürben sem okoz valami különös nehézséget 2—3 ülésben pár nap alatt az egész lebenyt ily módon véglegesen szőrteleníteni, mire meggörbített tüelektródot használtam.

Ezt már előzetesen is megtehetjük, ha a műtét kivitele nem sietős; csakhogy akkor sokkal nagyobb területre kell kiterjeszkednünk, mivel a használandó lebenynek sem nagyságát, sem alakját nem igen tudjuk előre pontosan megállapitani.

Az a módszer tehát, a melyet én pofarák kiirtása után visszamaradó nagy pofahiány és esetleg még ajakhiány pótlására is a legjobbnak tartok, röviden ismételve ez: Minden oldalról körülmetszett, *kötszöveti hiddal táplálkozó bőrlebeny vétetik a hiány alsó környezetéből*, felhajtatik, mint egy ajtó sarkai körül, a defectusba, szélei a szájür felül a nyákhártyával pontosan összevarratnak; ha pedig elül ajakrészeket is kell pótolni, *a lebeny szélei visszahajtással az ajkpir utánzására használtatnak fel.*

A lebeny szőrzete előzetesen vagy utólag elektrolysissel kipusztíttatik.

A pofabőr és egyéb bőrhiányok nagy nyaki nyeles lebenynyel pótoltatnak, ennek helye pedig böreltolással és összehúzással fedetik.

Ezen elvek alapján gyakorlott mütő más nyákhártya- és pofahiányok, heges szájszor, ajakdefectus esetén is — mutatis mutandis — haszonnal alkalmazhatja e módszert.

Előnye, hogy egy ülésben az egész mütét sipoly és utómütétek szüksége nélkül elvégeztetik, 2—3 hét alatt a beteg teljesen felgyógyul, a működési és kosmetikai eredmény pedig a lehető legtökéletesebb.

Megemlítem még, hogy csontresectio sem alterálja a Gersuny-féle lebeny használatát, csak annyiban módosítja, hogy pl. felső állcsont kiirtása után a csont helyén maradt üreget a szájür felől tamponáljuk, itt tehát a lebeny és az involucrum palati duri összevarrásában e czélra részt hagyunk. Ilyenkor különösen ajánlatos a felső részekben a külső és felső lebenyt pár matráczöltéssel egymáshoz szorítani, hogy az üreg váladéka közibük ne toluljon. Egy a fentebb vázolt módon operált beteget néhány hónappal ezelőtt bemutattam az Erdélyi Muzeum-Egylet orvosi szakülésén.

A beteget a jobb szájzúgból kiindult, kiujult pofarák miatt operáltam.

Az egész pofát, felső és alsó ajkat és szájzúgot egy Gersuny-féle lebenynyel béleltem ki, az ajakpirt a leirt visszahajtással utánoztam. Külső fedő lebenyt a nyakról vettem, keskeny nyéllel az állkapocs szöglete alatt.

Ennek helyét összehúzással és böreltolással fedtem, miután a nyirkmirigyeket a kulcscsontig és az állkapocsalatti nyálmirigyet eltávolítottam, a parotist amputáltam, a vena fac. anticát és art. max. externát resecáltam. Mindezeket egy tömegben és összefüggésben egy lúdtollszárnyi vastag köteggel, mely a szájzúgtól a fossa submaxillarisba húzódott s továbbá ennek közvetítésével összefüggésben a pofaképlettel irtottam ki.

A 82 éves beteg a mütétet jól állta ki, egy hét mulva már csak az állkapocs alatt volt kis tampon-nyilás, mely hamar záródott, úgy, hogy 3 hét előtt teljesen meg volt gyógyulva. De a szájába növő erős, sürü szakállszörök nagyon boszantották, míg azokat két ülésben el nem távolítottuk meggörbített tüelektrod segélyével (kathod, 3—4 milliampère). Azután a befordított és szélein visszahajtott bőrlebeny annyira hasonlatossá lett a nyákhártyához és a különben halavány ajkpirhoz, a pofa külső oldalán és a nyakon a vonalas hegek mütét után 6 hétre oly kevéssé ötlöttek szembe, hogy még a simára borotvált egyénen is alig tüntek fel a nagy hiányt pótló, az egész pofára és az egész nyakra kiterjedt mütét nyomai. Fogatlan állkapcsát 5 cm. fogmedriszél távolságra könnyen nyitotta.

A hernia epigastrica belgyógyászati szempontból.

Közli: *Friedrich Vilmos* dr., egyet. m. tanár, a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosa.

(Folytatás.)

E beteganyagnak bizonyos, czéltudatosan irányított csoportosítása mellett kihozhatjuk a Bohland-Kuttner-féle és átlagosan előfordulni szokott számot, a 0·6%-ot, mely szerint 1000 észlelt beteg közül 6 szenved hernia epigastricában. A felülvizsgált 3812 férfibeteg közül 30 esetben, vagyis 0·78%-ban találtam hernia epigastricát; e szám azonban lényegesen változik s csökken, ha a vizsgálatra került 8912 férfi közt talált 23 hernia epigastricát, az esetek 0·25%-át hozzáadjuk, mikor is kitünik, hogy 12,724 férfibeteg közül 52 esetben volt kimutatható a baj,

vagyis az esetek 0·41%-ában. Ezen számot elég magasnak kell tekintenem, de ez jelentékenyen csökkenne, ha oly beteganyagon lehetne megtenni az észleletet, mely nemcsak nehéz munkával, főleg iparral vagy kereskedelmi segédlettel foglalkozik, hanem a különböző vagyoni osztályokra vonatkoznék.

Ezen elébb említett, már lényegesen kisebb szám még jelentékeny módon redukálódik, ha a nőbetegeket is, kiknél jóval kisebb számban jelentkezik a hasi sérv, hozzáadjuk. 912 felülvizsgált nő közül csak 1, azaz 0·11% és 1645 beteg közül 1, vagyis 0·063%, összesen 2557 nő közül csak 2, azaz az eseteknek 0·08%-a volt terhelve hernia epigastricával.

Összegezve mind e számadatokat, kiviláglik, hogy az én eseteimben a hernia epigastrica előfordulási gyakorisága 0·35%-ot tesz. De akár az általam talált számok a helyesek, akár a mások eredményei megdönthetetlenül biztosak, ténykép állítható, hogy a hernia epigastrica gyakran fordul elő, sőt *Liniger* szerint e sérvnem gyakrabban mutatkozik mint a czombsérv s köldöksérv, mert szerinte egy czombsérvre átlag 4 hernia epigastrica jut. Nem 10 esetre támaszkodva, melyek közül 5 férfi és 5 nő volt, mint ezt Malgaigne tette, hanem egy nagy statistikai alapból kiindulva, *szembeötlő, hogy a hernia epigastrica férfiaknál jóval gyakrabban fordul elő*, mint nőknél. Az előfordulás gyakoriságát feltüntető irodalmat megtaláljuk *Ploeger*, valamint *Roth*[3] dissertatiojában.

E szerint *Witzel* eseteiben a hasi sérv 7-szer fordult elő férfiaknál, 5-ször nőknél. *Kuttner* 10 esete között egy fiatal parasztlány szerepel, ki kénytelen volt nehéz munkát végezni. *Bohland* 40 esete közül csak 3 vonatkozik asszonyokra, 16 a göttingai sebészeti kórodán észlelt eset közül 14 férfi volt s csak 2 nő. *Le Page* 13 esetében 4 asszony szerepel. *Lindner*[1] az irodalomból összeállított 67 sérve közül 44 a férfi- s 23 a női nemre esett. *Voelckers*[2] 19 esetet műtött, köztük 18 férfi volt s csak 1 gyermek, kinél a sérvet (állítólag) a sirás okozta volt. *Roth*[3] szerint a sérvnek előfordulási gyakorisága férfiaknál s nőknél úgy viszonylik egymáshoz, mint 66 : 34-hez; tisztán s kizárólag a véletlenségnek kell betudni, hogy *Dollinger*-nek 9 esete közül 4 vonatkozik férfira, 5 nőre.

A hernia epigastricának elébb leirt nagy számsorozatából is kitűnik, hogy ilynemű *sérv a legkülönbözőbb korbelieknél egyaránt jelentkezhetik*, bár *Segger-Bethmann*[4] szerint leggyakoribb a fellépés a 25—45 év közti időben. *Liniger* legújabb adatai szerint a 40. és 50. életkorban jelentkezik leggyakrabban.

A sérvnek általam észlelt eseteiben az esetek túlnyomó számában a középvonalban, csak elenyésző kevés esetben a bal s jobb oldalon volt elhelyezve, a mi ama jogos következtetés fel állítását engedi meg, hogy *hernia epigastricák úgy jobb, mint bal oldalon lehetnek elhelyezve*, s hogy az én eseteim is a Page s Vidal észleleteihez azonosan annak valószinűségét bizonyítják, hogy a *baloldali fellépés gyakoribb, bár általánosságban azoknak a középvonalon kivüli elhelyeződése jóval ritkább*. Eseteim nyomán *B. Schmitt*-hez[6] hasonlóan állíthatom, hogy azok előfordulása a köldök s a symphysis közt igen ritka.

Ezen összeállításunk egyúttal megczáfolja ama, *Matthey*[5] által felállított tételt, mintha a sérvek gyakoriabbak volnának a hólyag, mint a köldök körül.

Az epigastrialis sérvek tárgyalásánál két fontos kérdés tolul előtérbe: *vajjon miért és mikép keletkeznek e sérvek azon említett helyeken, miért gyakrabbak a köldök felett és mik az őket előidéző okok?*

Mindkét egyenlően fontos s érdekes kérdésre a közeljáró s azóta sokat vitatott választ már első leirója, *Garengeot* iparkodott megadni: „Les hernies arrivent a la partie de la ligne blanche, qui s'étende depuis le cartilage xiphoide, jusque' á la circonférence de l'ombilic, et qui forme une espéce de band aponeurotique privée de fibres chaume et large d'environ un pouce; car quoique cette band soit naturellement d'un tissu fort serré, elle se relache cependant par les extensions considérables, qu' elle souffre dans les grands hydropisies, et par les efforts, auquels elle est exposée dans les vomissements violents, de sort qu' elle est alors facilement forcé par les parties interieurs . . . la rareté des hernies, qui arrivent dans ce lieu, ne peut être attribué qu' à la situation ordinaire du corps, qui donne aussi parties flottantes du ventre une peute, qui les empéche de faire aucun effort considérable sur cette partie".

Garengeot ezen állítása óta, mely szerint a sérv jelentkezésének okaképen az erős köhögés és a hasvízkór képződése is szerepel, sokat és sokan vitatkoztak a keletkezés különböző okairól. Voltak, kik öröklékenységet említettek, mások, mint *Dittmer*, a keletkezés okának az általános gyengeséget (gyors lesoványodás betegség alatt vagy után) említették, ismét mások, mint *Malgaigne*, okozóul a sérvre való hajlamról beszéltek. *Bonnet*[1] és *Völckers* az ilynemü sérvek keletkeztét lefolyt traumának tudták be, mert szerintük és nézetük szerint a hosszú időn át tartó trauma folytán a linea alba kötszövete idővel ellazulna, mindaddig ugyanis, míg egy elég tágas ür keletkezik, melyen akár a peritoneum kitüremkedhetik, akár a melybe zsír lerakódhatik. A sérv ily úton való keletkezését *Roser*[2] általánosságban tagadásba veszi, mert szerinte ez nem fordul elő: „Die plötzliche Entstehung eines Bruchsackes durch äussere Gewalt oder durch Anstrengung kommt nicht vor".

Malgaigne csak a sérvről és a sérvekre való *hajlamról* emlékszik meg, míg *Völckers* szerint a főok szintén a túlerőltető testi munka, különösen akkor, ha a hasfal alatt kocsányos zsírtömeg ült, vagyis az előidéző okok trauma és hányás, de köhögés soha.

Mindezen említett kórokokon felül tovább menve, Dittmer véleményét, ki az öröklékenység lehetőségét kérdésesnek tartja, határozottsággal *kizárni* vélem, mert hisz ilynemü sérvek újszülötteknél s különben egészséges csecsemőknél, kik bélgörcs s székszorulás eseteiben eleget sirnak, nem fordulnak elő. A hernia epigastrica a gyermekkorban általában szerfelett ritkán észlelhető s akkor is csak, ha a lesoványodást s elsatnyulást előidéző megbetegedések megelőzték, mint pl. *Roth* egyik esetében, midőn egy vézna gyermeknél hökhurutos roham alatt képződött ilynemü sérv. Ilyen és ehhez hasonló nézetet vallnak *Le Page*, *Walter* és *Vidal*, kik nagy beteganyaguk daczára csak elvétve észleltek ily sérveket fellépni a gyermekkor első éveiben; csakis *Maydl*-nak a sérvekről szóló könyvében találjuk feljegyezve, hogy Malgaigne ily sérveket talált csecsemőknél s hogy Cooper egy gyermeknél (hány éves?) három ilyen hernia epigastricát talált.

A képződéshez kétségen kivül kiválóbb szerep jut a *traumának*, bár nem tagadható ama feltünö nagy számarányban összefüggés, mely fennáll a hernia epigastricában szenvedőknél másnemü sérvek létezésével, vagyis ott, hol a sérvek képződésére megvan az általános hajlam, ott az ily epigastrialis sérvek is gyakrabban fordulnak elő. Ezen tételt az irodalomban található néhány feljegyzett eset is igazolni látszik. Malgaigne 18 esete közül 14-nél szövődmény állott fenn más sérvekkel, igy köldöksérvvel, egyszerü s kettős lágyéksérvvel, valamint a linea albában helyt foglaló hernia epigastrica duplicitása is jelen volt. Hasonló módon nyilatkoznak *Witzel*, *Roth* és *Dittmer*, de különösen említésre méltó *Jardeau* nőbetege, kinél a két hernia epigastricán kivül még hat másnemü sérv is volt jelen. Az én eseteimnél hat esetben *a hernia epigastricához másnemü sérv is társult, vagyis az esetek 11·6%-ában* és pedig egyben czomb-, ketőben lágyéksérv s három izben kétoldalú lágyéksérv.

Ezen úgynevezett hajlamosság, valamint hogy egy egyénnél is a felsorolt kórtünetekből kivehető tanúság azt látszanak igazolni, hogy bár ilynemü s néha elég nagy, lencsényi, egész gyermekökölnyi, az irodalmi feljegyzések szerint néha kis gyermekfejnyi sérvek minden kimutatható, jelentékenyebb, a beteg által fel nem ismert ok nélkül képződhetnek: mégis igen fontos, megszívlelendő szerepe jut a traumának, a mennyiben a betegek közül hat az emelést, a nehéz vagy megerőltető munkát jelezte előidéző

[1] *Lindner*: Über Bauchdeckenbrüche. Berliner Klinik. 49. sz.
[2] *Voelckers*: Über die Hernien der Linea alba. Virchow-Hirsch Jahresbericht. 1900. I., 186.
[3] *Roth*: Über die Hernien der Linea alba. Langenbeck's Archiv f. klin. Chir. 1891. 1—45.
[4] *Segger-Bethmann*: Kasuistischer Beitrag zur Hernia epigastrica.
[5] *Matthey*: Zur Casuistik und Operation der sogenannten Fetthernien der Linea alba. Würzburg. 1887.
[6] *B. Schmidt*: Die Unterleibsbrüche. Stuttgart. 1896.

[1] *Bonnet*: De la cure radicale des hernies epigastriques. Thèse. 1887.
[2] *Roser*: Handbuch der operativen Chirurgie.

*

okul a nélkül, hogy abból balesetbiztosítási vagy másnemü anyagi előnye származott volna. Fontosnak vélem e körülmény felemlítését, mert Németországban a herniák keletkezésénél a betegek ama bemondását, hogy trauma idézte azt elő, nagy skepsissel fogadják, mert ezen okot mindig említik, hogy a baleseti biztosító társaságokkal szemben visszkövetelésekkel léphessenek fel; két esetben a sérvet ütés okozta, s csak egy esetben fordult elő (IV) ama körülmény mérlegelése, vajjon nem a hirtelen lesoványodás volt-e a sérv előidéző oka? A köhögést, köhögési ingert csak másodsorban említhetném kórokozóul, viszont oly kóresetem nem volt, melynél a sérv keletkezése a némelyek által hangoztatott nehéz székletétnek lett volna betudható. *Trendelenburg* esetei is a traumák különböző nemeinek — esés, ütés — fontos kórokozó szerepét igazolják; minden körülmények mellett azonban igen fontos e szerzőnek ama esete (II), midőn egy gőzhenger robbanása után közvetlenül sérv képződött; ezen betegnél a külbőr sértetlen maradt s csakis a hashártya, a fasciák s linea alba más részeinek erős kötegei voltak sérülve. Ezen esethez különben hasonló Witzel II. esete, melynél gőzhenger explosioja után a beteg hasára esve elájult, s csak 24 óra mulva eszmélt fel, mikor a köldök felett erős fájdalmat érzett ott, hol egy daganatot talált, mely előbb e helyütt nem volt. E daganat, mely a beteget munkaképtelenné tette, a későbbi műtétnél egy harántrésből kitüremkedő zsírsérvnek bizonyult. Említésre méltó még másik két esete, melyeknél a teheremelés s egy esete, melynél az erős hányás okozta az epigastrialis sérvet.

A traumának fontos s elvitázhatatlan kórokozó tényezőkép fel kell említenem ama sok tekintetben érdekes esetemet, mely a fennemlített kórtörténetekben nem szerepel.

G. J., 25 éves, általam éveken át egészségesnek ismert, igen erőteljes gépszerelőt a gépek olajozása alkalmával a meginduló gép transmissiós szijja munkájánál elkapja s magával ragadja, mely ellen védekezve, a hídnak, melyen járkált, alkarnyi vastagságú és emberfejnyi magasságban megerősített vashengerébe oly erővel kapaszkodik s oly hatalmasan odaszorítja magát, oda húzva felső testét s hasát, hogy a vashenger teljesen elgörbül. A gépnek megállítása után eszméletlen állapotban vitték haza, a midőn a sérülés után 6 órával a külsérülésnek semmi nyoma sem látható, kivéve a jobb lapocz tájékon s a háton kiterjedt horzsolásokat. A beteget 2 napon át folyton bántja a hányásinger, három izben egy egy liternél nagyobb mennyiségü vért hányt, mely első alkalommal büzös bélsárral volt vegyítve. Az eszméletlenség $^1/_2$ napig tartott, a sérülés estéjén a hőemelkedés 38·1°, másodnapon 37·9, harmadnapon 37·6, a következő többi napokon a hő rendes. Nyugalom, hastáji borogatás, valamint ulcus ventriculi kúra után javult, úgy, hogy 4 hét mulva teljesen jól érzi magát, midőn első alkalommal a felkelésnél erős, a gyomortájra szorítkozó, hányástól s hányásingertől kisért görcsroham jelentkezett, mely úgy ez alkalommal, mint a több izben 2—3 heti időközbeni ismétléskor a gyomorra rakott meleg vagy jeges borogatásokra nem szünt, sőt erősbödött, s mely 12 órai tartam után spontan megszünik a nyugodt ágybani fekvés mellett.

(Folytatása következik.)

A malaria-parasiták endogen fejlődési menete, észlelt esetek kapcsán.

Irta: *Gergő Imre* dr.

(Folytatás.)

Hasonló eredményt adott, és egyben nagyon tanulságos következő észlelésem.

6. L. J., 22 éves. Felvétetett 1902 julius 21-dikén, távozott 1902 augusztus 10-dikén.

Kórelőzmény. Vagy egy hete a délutáni órákban harmadnapos lázrohamai vannak, melyek rázóhideggel kezdődnek s bő izzadással végződnek.

Malariában előzőleg nem szenvedett.

Jelen állapot. Erőteljes egyén, egészséges mellkasi szervekkel. Arczszín ikterikus; herpes labialis. Nyelv erősen bevont, gyomortáj mérsékelten érzékeny; lépnagyobbodás a VII-dik bordától.

Lefolyás. Julius 22-dikén délben váltólázas roham volt, 41° C. maximális hőmérsékkel.

Julius 23-dikán beteg lázmentes. Julius 24-dikén, daczára a reggel 4 órakor adott chininnek, ismét lázrohama volt, anteponáló typussal, 40·5° C. maximummal reggel 8 órakor.

Rendszeres chininkezelés mellett betegnek több rohama nem volt.

Vérvizsgálat eredménye. A julius 21-dikén délután 5 órakor, valamint jul. 23-dikán délután 4 órakor vett vérben: az előzőleg leirt, kifejlett, a vörös vérsejtet közel kitöltő parasiták voltak találhatók igen nagy számban.

Tekintve, hogy a vázolt alakok typikus febris tertiananál a megelőző lázroham után minimum 36 órával lépnek fel, szóval a parasita utolsó fejlődési negyedének jellegzetes alakjai, itt pedig azok az előző lázroham után 36 óránál korábban voltak már túlnyom számban találhatók: a kórismét már a vérlelet alapján febris tertiana antepo-nensre tettük, mit az időelőtt bekövetkező lázrohamok klinice is igazoltak.

44 óránál idősebb parasita és ezzel kapcsolatban roham előtt 4—5 órával nyert vérkészítmény ezen képet adja:

Az ovális vagy sokszögü parasita kék korongként többékevésbbé egészen kitölti a megtámadott vörös vérsejtet, nagysága tehát körülbelül $1^1/_2$-szeres vérsejtnagyságnak felel meg. Pigmentje mutatja most a diagnostikailag legfontosabb változást; az t. i. tömörül és igy vagy szabálytalan sávokban fekszik, vagy egy-két nagyobb röggé sürüsödik össze a parasitának közepén, de többnyire szélén. A vörös vérsejt csekély maradéka pedig halvány kontúrként övezi a parasitát.

A chromatin oszlása és az anyaparasitának ezt követő plasma oszlása: eredményezi azután a fejlődési menetnek legutolsó alakját, az úgynevezett oszlási vagy sporulatiós alakot.

Ez közvetlenül a roham előtt jelenik meg, körülbelül a lázgörbe felszállásánál. Rendszerint 48 óra alatt éri el a febris tertiana parasitája ezen oszlási alakokat, ugyanilyen időközökben lép fel rendszerint a paroxismus is. Ha netán 48 óránál rövidebb vagy hosszabb idő kellene a sporulatióig, az intermittens tertiana typusa ante-, illetve postponáló lészen.

Az 5. számú esetben augusztus 2-dikán délelőt 8, majd 10 órakor, a 6. számú esetben julius 22-dikén délelőtt 8, majd 10 órakor vett vérben az oszlási alakok szép példányai voltak találhatók.

Az anyaparasita 12—20 — többnyire 16, 18 — kis ovális, chromatin-szemcséből és ezt övező plasmarétegből álló, fiatal parasitára, úgynevezett spórákra vagy merozoitokra (*μέρος* = rész; *ζῷον* = állat) oszlott, melyeket elrendeződésükben szederhez hasonlitván, sporulatiós alakon kivül még szederalaknak, morulaalaknak is hívnak. Az összesürüsödött pigment 1—2 rögben vagy a peripherián, vagy a spórák között foglal helyet. A minimumra zsugorodott vörös-vérsejttok megrepedése után szabaddá válnak emez ifjú parasiták, hogy egy ideig szabadon úszva a vérplasmában újból vörös vérsejtekbe vándoroljanak be és parasitaer fejlődési menetüket elődeikhez méltóan elülről kezdjék.

A pigmentet a leukocyták czipelik el, míg a vörös vérsejtek szétesésénél felszabaduló egyéb bomlási termékek a lázrohamot váltják ki. Az még nincsen eldöntve, vajjon már most a parasitáknak valamely addig visszatartott bomlási terméke-e, mely a vérbe jut, avagy a vörös vérsejteknek törmelékei izgatják-e a hőszabályozó centrumot.

Az ektoglobularis spórák egyúttal a parasita legfiatalabb alakjai. A láz magasságán és leesésénél találhatók legnagyobb számban a vérben.

Tojásdadalakuak, egy szélesebb és egy szükebb pólussal; az utóbbit Romanowsky-festés szerint csak a parasita-mag alkotja, melyen közvetlenül ül a szélesebb, sarlóalakú pólus.

Az ép vázolt fejlődési menettel a tertiana-parasitának alakjait távolról sem merítettem ki. A vázolt alakok csak mintegy főtypusai a tertiana-parasitának fejlődése bizonyos időszakában, mely jellegző alakok között azután átmenetek vannak, számtalan változatban.

Továbbá a vázolt alakok csak uralkodó alakjai egy-egy időpontnak, melyek köré fejlődésüket megelőző vagy fejlődésükben megkésett alakok csoportosulnak. Igy pl. roham után az első órákban az uralkodó kis gyürük mellett már egyes nagyobb gyürüalakokat is láthatunk, valamint másrészről még 1—2 elkésett oszlási alak (sőt esetleg kifejlődött parasita) is lesz található.

És végezetül előfordulnak még egy-két lázroham után egyes jellegzetes nagy parasiták, melyek az erősen megnagyobbodott vérsejtet egészen kitöltik, melyeknek pigmentje azonban hasonló nagyságú, teljesen kifejlődött parasita-alakoktól eltérőleg nem rögökbe sűrüsödött, hanem szemcsékben az egész parasita testére szétszórt és melyek oszlást nem mutatnak: az úgynevezett gameták (*γαμέω* = házasodom) vagy sphaerák. Ezek már sexualis fejlődési alakok, melyeknek rendeltetését Mc Callum 1897-ben fedezte fel a halteridiumnál, egyes madárfajok ily vérparasitájánál culexben.

A gameták fellépése a betegek kezdődő immunizálását mutatja. A parasiták fejlődése ugyanis nem történhetik a végtelenségig; a vér baktericid hatása, esetleg chinin, de főleg a parasita-nemzedék generativ erejének kimerülése: a további fejlődésnek korlátot szabnak. És mihelyt a malaria-parasiták életképessége, azok szaporodási képessége az emberi vérben csökken, az exogen fejlődési menetre rendelt alakok, a gameták, képződnek.

Romanowsky-festéssel a gametáknak két alakja különböztethető meg.

Az egyik sok pálczikás chromatinnal bir, protoplasmája pedig halvány-kékre festődik; ezen alak a hím parasita, az úgynevezett mikrogametocyt.

Ellenben a gameták másik alakjának chromatinja csekély, finoman szemcsés, protoplasmája intensivebben festődik kékre; ezek a nőstény parasiták, az úgynevezett makrogameták vagy ovoidok.

Romanowsky-festéssel a legszebb gametákat az ideiktatott esetben észleltem.

7. T. J., 28 éves. Felvétetett 1902 julius 23-dikán, távozott 1902 augusztus 3-dikán.

Kórelőzmény. Évek óta már több izben szenvedett váltólázban, legerősebben 1901 októberében.

Egy hét óta ismét másodnaponként fellépő lázrohamai vannak.

Jelen állapot. Középerős, kissé icterikus arczszínű egyén. Mellkasi szervei épek. Meteorismus; léptompulat kivehetően nem nagyobbodott; léptáj tapintásra fájdalmas. Nyelv bevont; étvágya nincsen; székszorulás.

Felvétele után, julius 23-dikán délután, betegnek egy előttünk lezajló, jellegzetes váltólázas rohama volt.

Vérvizsgálatnál, melyet julius 23-dikán délután 6 órakor eszközöltem, számos tertiana-gyűrűn és valamivel gyérebb számú amoeboid alakon kivül feltünő nagy számát találtam mindkét nembeli kifejezett gameta-alaknak.

Julius 24-dikén, valamint 25-dikén is, a nap folyamán több izben vizsgáltam a vért: a lelet nagyjában egyezett az első izbenivel, a menynyiben amoeboid-alakokon és egyes kifejlett parasitákon kivül mindannyiszor nagyszámú gameta is volt található.

Kórisme és lefolyás. A kórelőzmény, főleg azonban a vérlelet alapján chronikus malariával lévén dolgunk, julius 26-dikán erélyes chinin-therapiát kezdünk meg, melyet a beteg távozása után időnként a csapatnál is folytatott.

Több lázrohama nem volt is egy későbbi szeptember havában eszközölt vérvizsgálatnál vérében parasiták már nem voltak találhatók.[1]

A mikrogametocytok pálczikás chromatinja finom fonalak alakjában léphet ki; az ilyen szabad kis ostoroknak, úgynevezett mikrogametáknak, a spermatozoákéval analog szerepe van, a mennyiben behatolnak a nőstény parasitákba és azokat megtermékenyitik. Chromatin-fonalak kilépését, avagy szabadon keringő ily mikrogametákat már Laveran is észlelt; leirt egy külön ostorszerű nyúlványokkal biró, úgynevezett flagellat parasita-alakot, valamint ebből levált, a vérben szabadon keringő flagellumokat is. Ez alakok helyes értelmezésétől azonban természetesen még nagyon távol állott.

A makrogameták megtermékenyítésének fontos előfeltétele, hogy a gameták a vörös vérsejtekből kilépjenek; ez rendszerint a tulajdonképeni gazdaállat, az anopheles gyomrában történik. Megtermékenyítésük után a makrogameták itt tovább fejlődnek, hogy különböző átalakulások során ezen exogen fejlődési cziklus végén ismét ifjú parasita alakokat hozzanak létre, melyeket az anopheles szúró eszközei útján megint az emberi vérbe olt.

A parasitáknak eme tovább fejlődését a culicidák anopheles nevü genusában csak az utolsó évek vizsgálatai állapitották meg; az exakt tudományos eredmény Ross (1898), majd Grassi, Bignami és Bastianelli (1899) nevéhez fűződik. Bővebben azonban a parasitáknak ezen, hogy úgy mondjam, természetrajzára, értekezésem keretében ki nem térhetek.

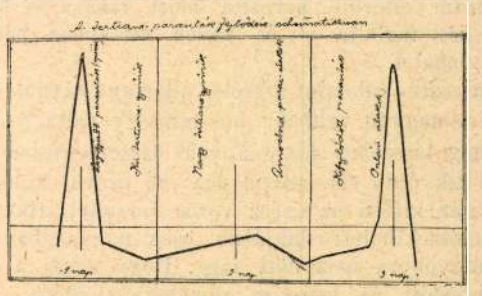
[1] Egyáltalában úgy ezen, valamint a többi felsorolt esetben is, beteg távozásakor a vérlelet negativ volt.

Ismételve most még egyszer a tertiana-parasita fejlődési menetét, legérthetőbben talán egy lázgörbe kapcsán a következőleg tüntethetném azt fel. (L. 1. ábra.)

A rajz egy harmadnapos váltólázban szenvedő egyén lázgörbéjét mutatja; a vízszintes vonal jelzi a normalis hőmérsékletet, a hosszabb függélyes vonalak a napokat különítik el, míg a rövidebb függélyesek a déli időpontokat jelzik.

Az elsőnek feltüntetett napon, tegyük fel, a beteg a déli órákban egy lázrohamot állott ki. Most a lázrohamot követő első 12 órai időközben, szóval körülbelül éjfélig, az endoglobularis kis tertiana-gyűrük dominálnak; a parasiták fejlődési menetének második negyedében, szóval a roham tetőpontjától számított 12-dik órától a 24-dik óráig a nagy tertiana-gyűrük; a fejlődési menet harmadik negyedében, szóval a 24-dik órától a 36-dikig az amoeboid; végül az utolsó negyedben a kifejlett alakok a túlnyomók; közvetlenül a lázgörbe felszállásánál az oszlási alakok jelennek meg, míg a láz tetőpontján és leesésénél ektoglobularis spórák volnának találhatók.

A lázmenet és a parasiták fejlődési szakainak együttes feltüntetése azt is mutatja, mikép és milyen értelemben állíthatunk fel prognosist a vérletből.



1. ábra.

Hisz ebből nem pusztán a váltólázat magát, annak typusát vagyunk képesek kórismézni, hanem a parasiták uralkodó képéből megjósolhatjuk a következő roham idejét is. Igy pl. túlnyomó kifejlett alakok és oszlási alakok mellett közvetlenül a roham előtt állunk; dominálo amoeboid alakok mellett 12—24 órai időköz valaszt el bennünket a rohamtól; nagy gyürűknél átlag 24—36, míg kis gyürűknél körülbelül 36—44 óra múlva várható a legközelebbi roham, ha az említett alakok a túlnyomók. Ily prognosisok azonban teljes biztossággal csak acut malariánál állíthatók, mivel chronikus malaria esetén, valamint chinin adagolása mellett, a parasiták fejlődési menete szigorú időhöz már nem kötött.

II. A tertiana-parasita endogen fejlődésének ilyetén ismertetése után a *febris quartana parasitájának* fejlődési menetével rövidesen végezhetek.

Különben is ennek csak egy esetét észleltem, a mely a következő.

8. L. K., 22 éves. Felvétetett 1902 április 18-dikán, távozott 1902 junius 25-dikén.

Kórelőzmény. 2 hó óta beteg; baja, hogy hetenként egy-kétszer kirázza a hideg, ennek utána pedig bőven izzad heves fejfájás kiséretében. Chinint kapott és most már egy hete láztalan.

Nehány nap óta szúrásai vannak jobb mellkasában; sokat köhög, de nem expectorál.

Hónapok óta egy külső erődítmény állítólag nedves helyiségében volt elszállásolva.

Jelen állapot. Középtermetű, kissé lesoványodott egyén.

Mellkasa felett kopogtatási eltérés nincsen; hallgatódzásra a bal mellkas alsó fele fölött érdes, ropogó pleuritikus dörzszörej a belégzés végén. Nyelv mérsékelten bevont, gyomortáj érintésre érzékeny; étvágytalan, székszorulásban szenved.

Mérsékelt léptumor. Subfebrilis hőmérsék.

Kórisme: pleuritis sicca lateris dextri et catarrhus ventriculi acutus.

Lefolyás. Nyugalomra, morphiumporokra, rheumra mulnak úgy objektiv, mint subjektiv tünetei a pleuritisnek, betegnek étvágya is visszatér. A mellett esténkint chinint kap.

Május 16-dikán éjjel beteget kirázza a hideg; maximalis hőmérsék éjfélkor 40·6° C.

Május 19-dikén este ismét egy lázroham, 39·8° C. maximummal.

Május 21-dikén erélyes chinintherapiát kezdünk meg, melynek folytán sikerül a lázrohamok megszüntetése és beteg gyógyultan, súlyban gyarapodva, szolgálatképesen távozik.

Vérvizsgálat. A május 17-dikétől május 19-dikéig, vagyis a következő roham idejéig, időszakonként vett vér typikus quartana-para-

sitákat derített ki, melyeknek fejlődését — úgy mint az Romanowsky-festéssel feltüntethető volt — az alábbiakban részletezem.

A quartana-parasita: haemamoeba malariae s. Laverani, valamivel kisebb a tertiana-parasitánál. Fejlődésében a tertiana-parasitához sok tekintetben rendkivül hasonlít, csakhogy — tekintve hogy ezen parasita 3×24, azaz 72 óra alatt éri el az oszlási alakokat — lassabban és nyugodtabban nő a tertiana-parasitánál.

Legifjabb alakjában a quartana-parasita is ép oly gyürüalakú, mint a tertiana-parasita, úgy hogy a kettő fejlődése első 24 órajában úgyszólván meg nem különböztethető. Néha előfordul, hogy a quartana-parasita kis gyürüalakjainál már pigmentet is látunk.

A 24-dik óra után már könnyü a különbségek megállapítása. A nagy gyürünek megfelelő alak ennél az úgynevezett szük quartana-sáv (schmales Quartan-Band), azaz a quartana-parasita gyürüalakja elterül és protoplasmája Romanowsky szerint mint pigmentet tartalmazó, szük kék sáv vonul át harántul a vörös vérsejten. A vörös vérsejt maga e mellett sem most, sem a quartana-parasita későbbi fejlődésében nem nagyobbodik; halványodni nem, vagy alig észrevehetően halványodik.

A 44—48. órától kezdve az úgynevezett széles quartana-sáv (breites Quartan-Band) a quartana-parasita jellegző alakja; a szalagalakú, harántul elterülő parasita most már a vörös vérsejtnek vagy $^3/_4$ részét foglalja el és bőven tartalmaz pálczikás vagy szemcsés pigmentet.

Úgy a szük, valamint a széles quartana-sávnál a chromatin-szemcse helye nagyon változó; hol mintegy rajta fekszik a parasitán, hol meg látszólag nincsen vele összefüggésben.

A 60-dik órán túl, szóval úgy 12 órával a lázroham előtt, a parasita már kitölti az egész vörös vérsejtet. Hasonlít ekkor a tertiana-parasita kifejlett alakjához, csak nagyságban tér el: vörös vérsejtnél nagyobbra nem nőtt meg. Hogy maga a vörös vérsejt sem nagyobbodott és hogy az alig halványodott: azt már fentebb említém.

A lázroham kezdetén lépnek fel itt is az oszlási alakok. Az anyaparasita rendszerint 8, legfeljebb 10—12 ifjú parasitára oszlik (a tertiana-parasitánál 14—20 a rendes!), melyek radialiter rendezvék el, szóval a Golgi által oly jellegzetesként leirt rosetta vagy marguerita-alakot mutatják (a tertiana parasitánál az elrendeződés morula-alakú!). Az oszlási alak kisebb volta, spóráinak gyérebb száma és ezeknek küllőszerű elrendeződése: ez a jellemző.

A quartana-parasita gametái csak nagyságban térnek el a tertiana-parasita hasonló alakjaitól; vörös vérsejtnél nem nagyobbak, kinézésük egyébként teljesen megegyező.

Hogy prognostikus értelemben itt is felhasználhatjuk a vérleletet, a tertiana-parasitánál vázoltak értelmében, természetes. Esetünkben ez azonban nem vala lehetséges; több izbeni vérvizsgálatnál vegyest fordultak elő gyürü- és szalagalakú parasiták, nagy számú gameták, továbbá az előrement chinintherapia következményeként a parasitáknak számos degeneratiós alakja is (hol hiányzó chromatin-festés, hol meg a vörös vérsejtből kilépő vagy kilépett parasiták stb.); egy praevaleáló generatio megállapitása ezek után nehézségekbe ütközött.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Tauffer Vilmos elnöki megnyitója a budapesti kir. orvosegyesület LXVI. évforduló nagygyülésén 1903. október 14-dikén.

Tisztelt Orvosegyesületi Nagygyülés!

Elődeink az október 14-dikét minden időre ünnepnapnak szánták; az ünnepnek diszét jó példaadással abban jelölték ki, hogy pálya- és jutalomdíjainak odaitélése által maguk a kartársak fejezik ki tiszteletteljes elismerésüket azok iránt, a kik a szaktudomány terén meghatározott időközben a legderekasabb munkálkodást fejtették ki; ennek az ünnepi actusnak befejezése után egyszer elköltözött nagy orvosok szellemének adóztak tisztelettel, emlékbeszédet mondatván felettük, melynek kapcsán az ünnepelt egyén jelentősége méltányoltatván a megillető hódolattal, egyszersmind a tudományszak korrajzát is festették a buzgó hallgatóság előtt, más alkalommal a tudomány ujonnan felismert igazságainak lényegét és azoknak horderejét tárták fel az ünnepi előadók, vagy a tudományos búvárlati módszerek egyik-másikának megismertetésével emelték fel hallgatóságukat a tiszta tudomány magasztos légkörébe.

Érdemes lapok azok a kir. Orvosegyesület évkönyveiben, melyek az ilyen estékről számolnak be. Nem egy közülük valóban méltón világítja meg az utódok szemei előtt azon elmult idő tudósainak szellemi irányát és azt, hogy egyesületünk szélesebb köreiben minő dolgok iránt volt meg a fogékonyság akkoron.

Többé-kevésbbé minden ünnepi szónok egyszersmind a saját lelki életét tárta fel ilyenkor előadásában, amikor azt a képet vetitette hallgatóinak lelki szemei elé, melyet tárgya az ő saját lényében keltett s igy előadása jellemzővé vált egyrészt ő magára nézve, de egyszersmind arra is, hogy minő tárgy, minő szellemi irány talált hangulatra és érdeklődésre az Orvosegyesület tagjai előtt, világosan kitüntetve egyszersmind azt is, hogy az Orvosegyesület az intellectualis lépcsőfokozatnak milyen magasságában állott az illető időben.

Tudományunk óriási méretü haladása, sokszoros elágazódása és a segédtudományok előbb hihetetlen fejlődése manapság teljesen lehetetlenné teszik, hogy bárki is közülünk állandóan az egész tudomány niveauján fennmaradhasson; nem méltó irigyléssel nézünk-e mindnyájan arra az ifju kollegánkra, aki „tegnap“ végezvén tanulmányait, ha tehetséges és szorgalmas volt, ma azt mondhatja el magáról, hogy tudományunk jelen állását, búvárlati módszereit az egész vonalon áttekinti; ámde jól siessen fiatal kollegánk ezen szép és magasztos érzetnek élvezetével ma, mert a holnap már félegesiteni fogja önérzetét, a holnapután pedig már ő neki is meghozza a resignatiót, melytől menekülni egyikünk sem tud, hogy a tudomány csakhamar ő felette is elhaladt.

Az elmaradás keserü érzetét enyhiteni van hivatva Egyesületünk, hol a vezetés sürgős feladata arról gondoskodni, hogy tagjai czélszerü módon, időszerüséggel tudomást szerezhessenek mindenről, a mi tudományunkban tételes új igazságként felismertetik, a mi az orvoslás terén valódi haladást jelent, de feladata gondoskodni arról is, hogy az Egyesület tagjai beletekintést nyerhessenek a tudományművelés azon újabb módszereibe is, melyek a modern haladásnak új utakat nyitnak meg és rámutatva a rokon tudományok haladására, azoknak kapcsolatát az alkalmazott orvostudományokkal, az orvosi gyakorlattal tagjai között mindenha megismertesse.

Ily értelemben láttuk mi, öregebbek, az Orvosegyesület termeibe bevonulni előbb a histologiát, utóbb a bakteriologiát, az antiseptikus sebkezelés tanát és ennek révén a sebészi gyógyitás újabb sikereit; mostanában a mikrochemia hódit mint új tudomány, legújabban pedig a physikai chemia az, mely legnagyobb mértékben megragadja figyelmünket. Van t'Hoff theoriája az osmostikus nyomásról, az elektrolytikus dissociatio tana Arrheniustól a belgyógytani búvárlatnak ezidejüleg még beláthatatlan tágas mezejét tárja fel napjainkban: a gyomor és bélben végbemenő felszivódást illetőleg, a vér és nyirok közötti diffusio kérdésében, némely szív- és vesemegbetegedés diagnosisában és prognosisában máris olyan új világosságot hozott, melynek hordereje mérhetetlen. Krönig és Paul (Die chemischen Grundlagen der Lehre von der Giftwirkung und Desinfection. Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskrankheiten. Bd. XXV. 1897) az ion-theoria befolyását a desinfectio tanára csak nemrég mutatták be a tudományos világnak, kimutatván, hogy a higany- és ezüstsóoldatok desinficiáló értéke az ionok elektrolytikus dissociatio-képességével áll arányban.

A physicochemián alapuló búvárlati munkálatok újabban oly nagy számban jelennek meg, hogy megszivlelendők Coëns szavai „Vorträge für Ärzte über Physicochemie“ (Leipzig, Engelmann 1901.) czimü munkájában, melyekben mindnyájunkat int, hogy siessünk a physicochemiai felfogást és methodusokat megismerni, ha nem akarjuk, hogy a búvárlat újabb iránya és az ő gyakorlatilag annyira fontos eredményei 7 pecséttel lezárt könyv maradjon előttünk.

Hasonló nagy horderejü haladást jelent a tudomány láthatárán az enzymek rejtélyes tana, mely bámulatos jelenségeivel a biologiának oly rejtekeibe világit be, hová az exact búvárlat mind ez ideig behatolni képes nem volt, a mikor az életjelenségek okait fürkészi. Ki tudná megjósolni, hogy mi minden világosodik meg ezen új tanok révén már a közel jövőben, a mi eddig az örök sötétség által látszott elfedve, az emberiség részére; hisz csak most volt, alig két évtizede, hogy Balogh Kálmán „Néhány szó a hasadó gombákról“ czimen először szólt egyesületünkben e parányi lények jelentőségéről az orvosi tudományokban, és ime, minő nem is sejtett új világosság tárult fel szemeink előtt azóta az akkor alig jelzett nyomokon a fertőző betegségek aetiologiájában és therapiájában. Ki tudja, vajjon a közelebbi 25 év multával az ionok tana, az elektrolytikus dissociatio, az osmotikus nyomás tanai és végül az enzymek theoriája nem egészen új világokat fog-e feltárni utódaink előtt.

A vezetés kötelességeinek ilyen felfogása irányitott bennünket, a mikor ezen LXVI. nagygyülés alkalmával Liebermann Leó tagtársunkat arra kértük, hogy az enzymek tanát és abban saját búvárlatainak irányát, módszereit és eredményeit egyesületünkkel ismertetni sziveskedjék. Meg vagyok győződve, hogy t. tagtársaink feszült érdeklődéssel tekintenek a ma hallandók elé és ezennel van szerencsém a LXVI. nagygyülést megnyitni.

A bruxellesi nemzetközi hygieniai és demographiai congressus.

(Folytatás.)

A hygienikusok üléseiket a *Palais de la Nation* épületében, a törvényhozás helyiségeiben tartották s ugyanott volt a congressus központi irodája is.

Az *I. szakosztály* tárgya a *bakteriologia* volt, elnöke: *Van Ermengen*, tiszteleti elnökök: *Ehrlich, Gruber, Löffler, Délépine, Woodhead, Hueppe, Praussnitz, Preisz Hugó, Weichslbaum, Arloing, Calmette, Chauveau, Metchnikoff, Celli.* Tárgyalásra a következők voltak kitűzve: a védő és gyógyító serumok eredete és hatóanyagai, azok hatékonyságának meghatározására szolgáló módszerek, a diphtheria-ellenes vérsavó prophylactikus értéke, továbbá a bakteriologiai vízvizsgálat eljárásainak egységesítése, végül a II. szakosztálylyal együttesen azt a kérdést vitatta meg a szakosztály, hogy az emberi és állati gümőkór egy és ugyanazon mikrobafaj — a Koch-pálczika — által okoztatik-e?

A szakosztály nagy számú hallgatóság előtt előkelő bakteriologusok által folytatott magas tudományos színvonalon álló fényes vitával kezdte meg tárgyalásait a serumnak eredete és hatóanyagainak hatásmódja felett. A kérdést *Gruber, Wasserman, Bordet, Pfeiffer, Belfanti* és *Denys* jelentései tárgyalták, míg a vitában *Ehrlich, Metchnikoff, Löffler, Kraus, Liebermann* stb. szóltak hozzá a kérdéshez. *Metchnikoff* a bakteriumölő anyagok eredetét vázolta és tételének igazát bizonyította, mely szerint az alexin a phagocyták kizárólagos terméke, a mely csak a leukocyták megsértése után szabadul ki. Ezzel szemben *Ehrlich Kraus*-sal egyetemben védte a saját „oldallánczu" elméletét, míg *Gruber* és *Bordet Metchnikoff* theoriája mellett foglaltak állást.

Metchnikoff nagy feltünést és érdeklődést keltett egy közleményével a simpanzon előidézett kisérleti syphilisről, melynek sikere valamikor talán a syphilis ellen is fegyvert ad majd az ember kezébe.

A serumok hatékonyságának meghatározására vonatkozólag *Roux* által készített jelentést a távollevő szerző helyett *Ehrlich* és *Martin* terjesztették be. *Denys, Wassermann, Bordet* hozzászólása után a szakosztály a serumok hatékonyságának megmérésére szolgáló eljárások megállapítására nemzetközi bizottságot küldött ki, melynek tagjai *Roux, Calmette, Martin, Ehrlich, Behring, Wasserman, Pfeiffer, Belfanti, Madsen, Smith, Spronk, Malvoz, Van Ermengen, Bordet, Kraus, Loeffler, Paltauf, Kirchner, Castwright, Wood, Massol, Dzergwsky.* A diphtheriaellenes védőoltások tárgyában *Netter, Loeffler, Marx, Torday* előadásai — mely utóbbi magyarországi példákra hivatkozott a tekintetben, hogy a védőoltásokkal sikerült gátat vetni a diphtheria terjedésének — és *Lemoine, Bujwid, Loeffler* hozzászólása után a szakosztály kimondotta, hogy a diphtheria-ellenes védőoltások általánosan kötelező alkalmazását szükségesnek tartja. *Martin* javaslatára továbbá határozatilag azon óhajtását fejezte ki a szakosztály, hogy az 1907. évi jövő congressusra jelentés szerkesztessék a serotherapia első 10 esztendejében — 1895—1905-ig terjedő időszakban — a betegedések és halálozások számában a különböző országokban mutatkozó hullámzásokról.

Az ember és a háziállatok gümőkórja azonosságának kérdését az I. és a II. szakosztály együttesen tárgyalta, igen nagy érdeklődés mellett. E vita szintén egyik kimagasló pontja volt a congressus tárgyalásainak. *De Jong* és *Gratia* előadók nem értenek egyet *Koch* legújabb tételével, hanem az ember és az emlősök gümőkórját ugyanazon bakterium által előidézettnek tartják; nézetük szerint az emberben élő gümőpálczika virulentiája csekélyebb ugyan, mint az állatié, de az egyébként jelentkező különbségek csupán attól a közegtől származnak, a melyben a pálczika él s e különbségek egyébként sem állandóak. *De Jong* a madarak gümőpálczikáját az emlősökétől és az emberétől is különbözőnek tartja, de *Gratia* ezt sem fogadja el, hanem csupán racebeli különbségeket vesz fel s e bakteriumok azonosságát reversibilitásuk és biochemiai charakterük által teljesen bebizonyítottnak látja. *Gratia*nak sikerült átoltania az emberi gümőkórt többek között a sertésre és a majomra is tuberculosisban szenvedő tehenek tejével. Hivatkozik azokra az ismert esetekre, melyekben gümőkóros állatok bőréről terjedt át a kór az emberre.

Arloing, Lignière, Bordet, Fibiger, Perroncito, Bujwid, Chauveau a két bacillus azonossága mellett szólaltak fel, bár ők is elismerik, hogy a gümőpálczika eredete szerint különféle virulentiával bir. *Preisz* nem tartja a két bacillust teljesen azonosnak, mert az emberi gümőkór kevésbé veszélyes a szarvasmarhára. A németek — *Loeffler, Wasserman, Kossel, Pfeiffer* — hevesen védték *Koch* igazát. Végül *Arloing, De Jong* és *Gratia* javaslatára a következő, mindkét álláspontot figyelembe vevő határozatot hozták: „Az emberi gümőkór főleg emberről emberre terjed, szükséges azonban a szarvasmarha húsa és teje által előidézhető fertőzés megakadályozására szolgáló rendszabályok fenntartása is, miután a kérdés mai állapota mellett a fertőzés lehetősége ki nem zárható".

A *bakteriologikus vízvizsgálat* egyöntetű megállapításának kérdésénél *Loeffler* és *Bordet* felszólalása után utóbbi javaslatára kimondotta a szakosztály, hogy kívánatos, miszerint minden hivatalos laboratorium főnöke nyilvánítsa ki, hogy melyik eljárást használja és melyek azok az okok, a melyek azon eljárás választására birták. Végül a jövő congressusra tárgyalásra tűzte ki a szakosztály a *„rovarok* (insecta) *szerepét a fertőző betegségek terjesztésében".*

A II. szakosztály tárgya a *táplálkozás hygienéje*, a vegytan és az állatorvostan a közegészségügyre való vonatkozásában volt. *Depaire* elnöksége alatt tárgyaltatott a *beteg állatok húsának az emberi fogyasztásra való használhatóságának kérdése.* Tiszteleti elnökök: *Constant, Ferdinand Jean, Tjaden, Sforza, Perroncito, Liebermann, De Jong* stb. A szakosztály *Stubbe, Morot, Vaillard, Lemaire* stb. felszólalása után egyhangúlag elfogadta, hogy anthraxban, tetanusban, takonykórban beteg állat húsa a fogyasztásból feltétlenül kizárandó. A veszett eb által megmart állat húsát kellő sterilizálás után azonban nem kívánták kizárni a fogyasztásból. Kizárni kívánják továbbá a pyaemiás, septicaemiás és trichinás állatok húsát, míg a borsókás hús hideg vagy meleg által sterilizált álllapotban fogyasztásra bocsátható. Actinomycosisban szenvedő állat húsa csak akkor vetendő el, ha a kór már több szervében fellépett.

A tejvizsgálat kérdésénél *Bordas, Delaye, Liebermann, Montsarras, Jorissen* stb. felszólalására elfogadták azt a határozatot, hogy tejként csupán a teljes tej, mely alatt egészséges tehéntől származó s helyesen kezelt tej értendő, legyen árusítható, a lefölözött tej pedig újszülöttek, öregek és betegek táplálására ne használtassék; antisepticumok a tej conserválására nem használandók, minden országban megállapítandó a tej rendes összetétele s az ennek meg nem felelő tej a közfogyasztásból kizárandó, a tehenészetek egészségügyi felügyelete nem mellőzendő.

A tápconservekre nézve kimondották, hogy erre a czélra csupán jó minőségű anyagok használandók, teljes sterilizálás és légmentesen záró edények szükségesek, antisepticumok használata eltiltandó. A tej pasteurizálásáról kimondották, hogy a tuberculosis-bacillusokat képes megölni, de a tejet sterilizálni nem képes.

A *III. szakosztály tárgya az egészségügyi technologia volt* s *Docteur* tábornok elnöklete alatt ülésezett. Tiszteleti elnökök: *Wilde, Bechmann, Dunbar, Fowler, Martel* stb. Első kérdés a *városi és ipari szennyvizek bakteriologikus tisztítása* volt, mely felett *Dunbar, Haunay, Fowler* stb. felszólalásai után a következő határozatot hozták: *„a városi és ipari szennyvizek biologikus tisztításának alkalmazása, bármelyik eljárásról van szó, kívánatos, akár magában, akár egyéb eljárásokkal kapcsolatban.* A gyakorlati alkalmazásra vonatkozó kisérletek végzése igen kívánatos. A csatornázás kérdésénél *Putzeys, Wilde, Chardon* stb. felszólalása után abban állapodtak meg, hogy a különféle levezetendő vizek együttes vagy külön való levezetésének előnyei a körülmények szerint bírálandók el minden egyes esetben külön-külön. A meszes talajból eredő vizeknek használhatósága tekintetében *Janet, Bechmann, Montricher, Putzeys* és mások felszólalásai és hosszú vita után abban állapodott meg a szakosztály, hogy a kemény vizeket lelkiismeretesen vizsgálni kell, de a használatból eltiltani ezidő szerint nem lehet.

A háziszemét szállításának és kezelésének szabályozása tekintetében nem történt megállapodás, hanem a kérdés további tanulmányozásának szükségét mondották ki.

A IV. szakosztály bő tárgysorozata bizonyítja, hogy az orvosi tudomány ma már egyre nagyobb érdeklődéssel fordul az ipari munkások és általában a munkásosztály testi jóléti feltételeinek kutatása felé.

A szakosztályban, mely *Kuborn* elnöklete alatt az *iparegészségügyet* tárgyalta, a manapság nagyon aktualis *ankylostomiasis* volt a legfigyelemreméltóbb tárgy, melynek megvitatásában különösen a belga gyári orvosok és iparfelügyelők vettek élénk részt s kiváló szakismeretükről, nagy és lelkiismeretes ügyszeretetükről tettek tanuságot. Tiszteleti elnökök: *Fontaine, Layet, Tóth, Perroncito, Tenholt.*

Harzé bányaigazgató az ipari betegségeknek az egyetemi tanulmányok körébe való bevonását sürgeti, továbbá megjegyzi, hogy a prophylactikus rendszabályok életbeléptetése leginkább a munkások ellenállásán törik meg s ezért orvosoknak, munkaadóknak, ipariskoláknak és a munkássajtónak, sőt a hatóságoknak odahatása is szükséges, hogy ez az ellenállás legyőzessék. *Terwagne, Perroncito, Caty, Tóth Imre, Tenholt* stb. vettek részt az élénk vitában. Abban általában megegyeztek, hogy az ankylostoma tudvalevőleg a meleg és nedves levegőjű bányákban tenyészik legszivesebben; a vita eredményeképen a szakosztály óhajtásait a következőkben foglalta össze: a munkások felvétel előtt alaposan megvizsgálandók arra nézve, hogy nem szenvednek-e ankylostomiasisban s a betegek kórházba vagyis inkább specialis dispensairebe küldendők. A bányaigazgatóság tudomására jutott minden egyes eset bejelentendő a hatóságnak, szükséges kellő számú megfelelő és kényelmes árnyékszék létesítése a bányatelepeken, a bányák szellőzésének javítása, a talaj tisztán tartása, fürdők és öltözők létesítése és az ipari és bányászati iskolákban az egészségtan oktatása keretében, az ankylostomiasisra vonatkozó ismeretek alapos előadása, javarészt oly rendszabályok javaslásával, melyek Tóth javaslatára Selmeczbányán már 10 év óta be vannak vezetve.

Az *ólommal és horganynyal* dolgozó gyárak munkásai egészségének megóvása érdekében kívánatos rendszabályok tekintetében állást foglalt a szakosztály, mely szerint szükséges a munkások kellő kioktatása az ólom káros hatása és a szükséges rendszabályok követése tárgyában, az étkezés előtt való szájöblítés és mosdás, hetenként legalább egyszer fürdő, a munkában külön munkaruhák viselése, szeszes italoktól való tartózkodás, megfelelő táplálkozás, a betegség első jeleire orvoshoz kell fordulni. A munkaadó kötelessége a helyiségek tisztán tartása, és a szükséges munkaruhák, mosdószerek beszerzése, az étkezésnek a munkatermekből való kizorítása; a munkásokat munkába fogadás előtt meg kell vizsgáltatni hatósági orvossal és csak azokat legyen szabad felfogadni, a kiknek kellő ellenállással bir a szervezetek; e vizsgálatok meghatározott időszakokban ismétlendők s róluk rendes kimutatás vezetendő. A mérgezés könnyebb jeleit mutató munkás a munkától meggyógyulása bekövetkeztéig visszatartandó, a súlyosabb mérgezési tünetekben szenvedők pedig végleg eltiltandók attól a munkától, a mely egészségükre káros. A congressus szükségesnek látja, hogy az ólommérgezés korai jeleinek felismerése tekintetében vizsgálatok végzendők, melyeknek eredménye a jövő congressusra tárgyalás végett kitüzendő, s vizsgálat tárgyává kell tenni az ólomnak az iparból való számüzetésének lehetőségét is. Kimondotta a szakosztály annak a szükségességét is, hogy az új gyárakat teljesen hygienikus berendezéssel építsék, a már fennálló gyárakban pedig az elkerülhetetlenül szükséges átalakításokat sem kell késni megtenni.

A szakosztály a jövő congressusra kitűzte a munkások kifáradása körülményeinek tekintettel a különféle iparágakra való tárgyalását, ezzel kapcsolatban sürgeti a *munkásoknak orvosi felügyelet alá való he-*

lyezését és a 8 órai munkaidőt; a szövőgyárak egészségügyi viszonyainak javítása érdekében kimondották, hogy szükséges a levegő rendes megújítása és — ha lehet — nedvesítése, a hőmérsék a lehetőségig leszállitandó stb., a gyárakban kiskorú munkásokat ne alkalmazzanak, nők a gyermekágy alatt segélyt kapjanak s gyermekeik számára gyermekszoba létesitése kivánatos a gyárban.

A szőrneműeket feldolgozó ipartelepekre vonatkozólag kimondották az időszakos orvosi vizsgálat, az ártalmas gázok elvezetése, szellőzés, öltöző stb. szükségét.

A *kisiparosok egészségének* védelme tekintetében kimondotta a szakosztály, hogy felette szükséges, hogy a kisiparral foglalkozók egészsége is a kellő védelemben részesittessék.

Szegedy-Maszák Elemér dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A dysenteria aetiologiájáról.

Közli: **Marikovszky György** dr. egyet. tanársegéd.

(Folytatás.)

85. *Pfuhl:* Vergleichende Untersuchungen über d. Haltbarkeit d. Ruhrbacillen etc. Z. f. Hyg. 1902. — 86. *Poteenko:* Amoebákat tartalmazó sokszoros májtályog. Medicinsk obzor. 1899. — 87. *Quincke-Roos:* Ueber Amöbenenteritis. Berl. kl. W. 1893. — 88. *Remlinger:* Sur l'association de la fièvre typhoide et de la dysent. Rev. de méd. 1901. — 89. *Richter:* Über die Ursachen d. Ruhrverbreitung. Z. f. Medicinalbeamte. 1898.

Calmette 16 Cocinchina-diarrhoeát vizsgálva meg, 15-nél majdnem tiszta pyocyaneus-culturát talált.

Lartigan[67] 1898-ban egy Hartwickban (New-York) lefolyt dysenteria endemiát irt le, melynek elterjedését minden kétséget kizárólag a vízzel lehetett összefüggésbe hozni, s melynél úgy a betegek ürülékében, mint a használt kút vizében temérdek pyocyaneus volt található.

Shiga[95] (1898) Japánban 34 esetben dysenteriás székben, és 3 bonczolt eset közül kettőben a mesenterialis mirigyekben is egy typhus nagyságú bakteriumot talált. Egészségeseknél, vagy más bajban szenvedőknél hiába kereste. Ez a bakterium egy kevéssé mozog, de ostorokat nem látott rajta, sporát nem képez, methylenkékkel a polusok erősebben festődnek mint a bakterium közepe, Gram szerint elszintelenedik. Tenyészik szobahőmérséken is, de testhőmérséken jobban. Szereti az alkalikus közeget, a gelatinát nem folyósitja, ezen szemcsés, sárgás szinű, kerek telepeket képez. Burgonyán eleinte fehéres, fénylő, később barnás a lepedék. A tejet nem alvasztja, czukrot nem erjeszt, indolt nem képez. A tenyészetet fiatal macskák vagy kutyák gyomrába vive, nyákos diarrhoea idézhető rajta elő 1—2 nap alatt. Malacznál haemorrhagiákat okozott a tenyészet, s ürülékük véresen festenyzett lett. Dysenteriás betegek vérsavója 1:50 arányig agglutinálja ezen bacillust, más betegségben szenvedők vére pedig nem. Épen igy dysenteriásoknak savója sem agglutinál másféle bakteriumot, kivévén néhány a colihoz hasonlót, de ezek egyrészt csak ritkán találhatók dysenteriásoknál, másfelől egészséges ember seruma által is agglutináltatnak. Bakteriumának megölt agartenyészetéből Shiga subcutan beoltott önmagába, mire lázas lett, az infectio helye infiltrálódott, vérsavója pedig agglutinálta az ő bacillusát. Mindezek alapján Shiga kétségtelennek tartja, hogy az ő bacillusa az igazi dysenteria okozó. Ez a bacillus nem azonos az Ogata-félével; hogy a Celli féle bakteriummal nem azonos vagy nem rokon-e, azt Shiga egyelőre nem tudja eldönteni.

Ascher[3] azt irja 1899-ben, hogy nagyon pontos kutatásai daczára sem volt képes specifikus dysenteria-bakteriumot találni. Állatkisérletei sikertelenek maradtak. Amoebát sem talált egyetlenegy esetben sem.

Brudzinsky[11] (1899) 7 dysenteria-esetet vizsgált meg Escherich gráczi klinikáján, s mind a hétnél talált bakterium colit, egy esetben a hét közül pedig a coli bakterium mellett amoeba colit is.

Escherich[36] 1899-ben arra figyelmeztet, hogy az általa colitis contagiosának vagy colicolitisnek nevezett, gyerekeknél előforduló betegségnek úgy contagiositása, mint klinikai képe és bonczlelete teljesen összevág a Heubner által Ziemssen könyvében leirt catarrhalis dysenteriával. Ilyen betegek székéből mindig ki tudott bakterium colit tenyészteni, melyet azután a betegek savója agglutinált. A bakterium toxinját azonban nem sikerült Escherichnek előállitania.

Berghinz[5] (1900) több dysenteriásnak székét megvizsgálva, mindig megtalálta benne a bakterium colit. A betegektől vett savó 1:50 arányban mindig agglutinálta a Celli-féle bakterium coli dysentericumot, mig más colifajokkal szemben, többek között egyszer olyannal szemben, mely egy gyermek acut gastroenteritiséből származott, hatástalan maradt.

Dopter[32] (1900) szintén colibacillust talált nagy számmal dysenteriások ürülékében, még pedig könnyü esetekben leukocytákba befoglalva. Megjegyzi, hogy sulyos esetekben nem tapasztalható ily phagocytosis.

Kruse[61] (1900) Laarban körülbelül 300 dysenteriás megbetegedést és 30 halálesetet vizsgált meg. Amoebát csak egy esetben talált, a várt dús és vegyes bakteriumflora helyett azonban a genysejtekhez keverve, részben pedig bennük majd mindig ugyanazon vaskos, pálczikaalaku bakteriumra akadt, melyet közönséges táptalajon is könnyen el lehetett különiteni. Friss székben annyi van, hogy tiszta tenyészetnek imponál, és a néha szintén jelenlevő bakterium coli egészen elenyészik mellette. Táptalajon a felületesen fekvő telepek szőlőlevélhez hasonlók, a mélyen fekvők kisebbek és kevésbé jellemzők. Agaron kevésbé buján tenyészik mint a coli, ebben a tekintetben is inkább a typhushoz hasonlit. Szőllőczukros agarba szúrva gázt nem fejleszt, s a kifejlődött tenyészet egyébként is hasonlit a typhuséhoz. A tejen, burgonyán, Piorkowski-féle vizelet-gelatinán kifejlődő culturák szintén hasonlitanak a typhusélhoz. Fiatal tenyészet 55—60° C.-nyi hőmérséken ½—1 óra alatt elpusztul. Spórákat a bakterium nem képez, festése nem jellemző, Gram szerint nem festődik. Morphologiailag hasonlit a typhushoz és a colihoz, de a colitól abban is különbözik, hogy nem erjeszt, a typhustól ahban, hogy vaskosabb, nem mozog, és hogy néha többé-kevésbé szabálytalan alaku, és rendetlenül elhelyezett magvak vannak bennük. 7 napnál hosszabb idő óta dysenteriában szenvedő beteg savója 1:50 (sőt 1:100, 1:250 néha 1:1000) arányban agglutinálja a Kruse bacillusát. Mindezek alapján, bár a macskákon, malaczokon és majmokon eszközölt állatkisérletek eredménytelenek voltak, Kruse az általa talált bacillust tartja a Németországban honos dysenteria okozójának.

Flexner[40]-nek (1900) a Fülöpszigeten előfordult dysenteria-esetekből két különböző colifajt sikerült kitenyésztenie. Az egyik főkép acut esetekben fordult elő, a másik inkább chronikusoknál, nem ritkán amoebák mellett. Mindegyik beteg vérsavója agglutinálta az ugyanazon beteg ürülékéből kitenyésztett bakteriumokat. A baltimorei egyetem egyik assistense, ki a Flexner által izolált bacillussal dolgozott, a folyékony (manila), beoltott táptalaj pipettázása alkalmával abból véletlenül egy keveset lenyelt, s 48 óra mulva véres-nyákos diarrhoeában megbetegedett, de mihamar meggyógyult. Mindezek daczára Flexner azt tartja, hogy egyetlen eddig leirt bakterium sem tekinthető a dysenteria specifikus okozójának, mert nem valószinű, hogy egy olyan bakteriumfaj, mely az ember belében vagy az ember környezetében jóformán mindig jelen van, csak ott okozon bajt, a hol a dysenteria endemikus.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Lehrbuch der inneren Medicin. Herausgegeben von **Mering.** Zweite theilweise umgearbeitete Auflage. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1903.

Az első kiadásban alig két évvel ezelőtt megjelent munkát annak idején lapunk hasábjain megismertettük volt. Kiemeltük, hogy tulajdonképen egészen új a maga nemében, a mennyiben a tanuló és a gyakorló orvos szükségleteit kielégitő rövidséggel egyesiti a nagy gyüjtőmunkák előnyeivel, az egyes fejezeteket az illető tárgygyal behatóan foglalkozó, tehát legilletékesebb szerzők által feldolgozva adván; ezzel aztán eléri azt, hogy minden részében kifogástalan, a mi pedig az egy szerző által megirt belgyógyászati tankönyvek legjobbjairól sem mondható, mert az anyag rendkivüli terjedelme nem engedi meg, hogy egy szerző ezen nagy anyag minden részében egyformán jól tájékozott legyen s igy egyformán jól adhassa elő az egyes részeket. Kiemeltük akkor azt is, hogy az ilyen fajta gyüjtőmunka szerkesztőjére mily nagy feladat háramlik az egész egységének megóvása, illetve egységessé tevése szempontjából és hogy e feladatot Mering tanár mily eredményesen oldotta meg. Végül pedig kiemeltük a közreműködőket, mint a kik egyenként mind kitünőt produkáltak.

A most megjelent új kiadás aránylag tetemesen bővült: az első kiadás 1092 oldala helyett 1165 oldalra terjed. De nem csupán a munka terjedelme változott, hanem úgyszólván minden fejezetben találunk javitásokat is. Az ábrák száma is megszaporodott, azonkivül egy szines tábla is van most mellékelve, a mely a vér mikroskopi képét tünteti fel.

A munka első kiadása tudtunkkal nálunk is már meglehetősen elterjedt, a mi rendkivül előnyös tulajdonságai mellett részben annak is tulajdonitható, hogy ára nagyon mérsékelt, 12 márka, alig fele annak, a mibe a hasonló terjedelmű munkák rendesen kerülnek. Az új kiadás bizonyára még több barátot fog hazai orvosaink köréből is a munkának szerezni.

Uj könyvek. *Schweinburg:* Handbuch der allgemeinen und speciellen Hydrotherapie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Goldberg:* Die Verhütung der Harninfection. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Wolzendorff:* Gesundheitspflege und Medicin der Bibel. Wiesbaden, Nemnich. — *Bethe:* Allgemeine Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Leipzig, G. Thieme. — *Gottschalk:* Grundriss der gerichtlichen Medicin. 2. Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Meige* und *Feindel:* Der Tic, sein Wesen und seine Behandlung. Deutsch von Giese. Leipzig und Wien, F. Deuticke. — *Labbé:* Les médications reconstituantes. La médication phosphorée. Paris, Baillière et fils. — *Laurent:* Les perversions sexuelles. XI. Sadisme et masochisme. Paris, Vigot frères. — *Francis X. Dercum:* Rest. Mental therapeutics. Suggestion. London, Rebman. — *A. Pearce Gould:* Elements of surgical diagnosis. New and enlarged edition. London, Cassel and Comp. — *Warren Stone Bickham:* An textbook on operative surgery. London, W. B. Saunders and Co. — *J. Coats:* A manual of pathology. Fifth edition. London, Longmans, Green and Co.

Lapszemle.

Bőrkórtan.

A morbus maculosus Werlhoffii egy súlyos esetében *Deekers* és *Meersen* az adrenalin hydrochloric. 1%-os (!) oldatát kisérelték meg.

Első nap egy, másodnap újra egy, harmadnap kettő, negyednap végre három cm^3-t injiciáltak. A beteg a gyógyszert jól tűrte, makacs metrorrhagiája, valamint egyéb vérzései megszüntek, a bőrön jelentkezett petechiák nem mutatkoztak újból. Nyolcz nap alatt a beteg teljesen felépült. (Annales de thérapeutique dermat. 1903. 6. sz.)

Kollarits dr.

Az impetigo contagiosa gyógyítására *Jacobsohn* az ezüstnitrát 10%-os oldatát ajánlja ecsetelés alakjában. Az edzést néhány perczig tartó élénk égetés érzése követi, mely hamar alábbhagy és melyet átlag 1 óráig tartó bizsergés vált fel. A nedvezés legtöbbször már egy ecsetelésre megszünik, a behámosodás 3—4 nap alatt befejeződik. Az eljárás előnye, hogy könnyen kivihető, olcsó, gyors és biztos hatású. (Annales de thérapeutique dermat. 1903. 15. sz.) *Kollarits* dr.

A hajas fejbőr megbetegedéseinek therapiáját tárgyalja *Sabouraud*. Rámutatva arra, hogy a hajas fejbőr megbetegedéseinél az afficiált bőr hőmérséklete emelkedett, az első feladattá a hőemelkedés alászállítását teszi, mit bő amylumhintéssel vagy főtt vízzel való borogatások által ér el. Minden bő hámlással járó fejbőrmegbetegedésnél első sorban a kátrányt alkalmazza, melyhez erősebb pikkelyképződésnél pyrogallussav vagy chrysophansav tehető. Zsíros pikkelyeknél (pityriasis capitis) az említett szereken kivül a kén s ha azt a beteg nem jól tűri, ichthyol, resorcin vagy salicylsav indicált. Az alopecia areatat nem tekintvén S. egységes aetiologiával biró megbetegedésnek, egységes therapiát sem javalhat. Nedvező és pörkképződésre vezető megbetegedéseknél (impetigo, eczema) a következő oldatot ajánlja: Zinci sulfur., cupri sulfur. aa 1·0; Spirit. camphorat. 20·0; Aquae d. 100·0. Az oldatot naponta tízszer kell a fejbőrbe bedörzsölni. Bedörzsölés után 1—1½ perczig tartó égető érzés keletkezik, melynek fokozódása esetén a szert vízzel kell higitanunk. A csecsemők fejeczemái szerinte kivétel nélkül gastrointestinalis zavarokkal függnek össze s igy azok gyógyitandók. A ként a follicularis bőrmegbetegedések specificumának tartja, melyet acne s folliculitis barbaenál erős kénes ásványvizek belső adagolásával is támogat. (Revue prat. de mal. cut. 1903. 8. szám.) *P—r.*

Venereás bántalmak.

Az ulcus Ducrey kezelésére *Rinstein* az általánosan használt acid. carbol-liquefact.-ot jodtincturával helyettesíti. E kezelés mellett a sarjadzás hamar megindul, a fekély rövid idő alatt behámosodik. Az ecsetelés 24 óra mulva, ha szükséges, megismételhető, fájdalmat alig okoz. A fekély széleinek pontos és fájdalmas kitörlése nem szükséges, mivel a jodoldat könnyen bejut a fekély recessusaiba és könnyen imbibálja a szöveteket. (Le semaine médic. 1903. junius 3.)

Kollarits dr.

A syphilis súlyos, a rendes medicatiora nem javuló alakjainak therapiájában használatos *calomel-injectiók* a hydrargyr. chlorat. mite vapore parat. ol. paraffinivel készült suspensiojával történnek. Hátrányuk a nagy fájdalmasság, infiltratumok képződése, mi *Danlos* szerint úgy a paraffin, mint a használt calomelpraeparatum rovására irandó. Excipiensül czukorral készült sterilizált syrupot használ, melyben a calomel *praecipitat. parat.*-ot suspendálja. Utóbbi készitmény majdnem mindig HCl-t és $HgCl_2$-őt tartalmaz, ez okból forró aetherrel, majd vízzel tisztitandó, különben nagyon kellemetlen localis tünetek jelentkezhetnek. A tiszta praeparatum czukros oldata alig okoz fájdalmat, a mi a gyors felszivódás mellett tanuskodik. (Annales de thérap. dermat. 1903. 14. szám.) *Kollarits* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az ichthargan használatáról orr-, torok- és gégebajokban ir *Beaman Douglas* newyorki tanár. Nagyszámú tapasztalata alapján oda nyilatkozik, hogy e szer mint anaestheticum, antisepticum, antiphlogisticum, stimulans, alterans és az orr nyákhártyájának elválasztását módositó szer nagyon megérdemli a figyelmet. Különösen rhinitis atrophicans eseteiben ért el nagyon jó eredményeket (öblités 4%-os oldattal és érintés 10%-os oldattal 4-szer hetenként, később 2%-os kenőcs alkalmazása naponként). Különben úgy a vizes, mint a glycerines oldatok használatától nasalis ulceratio különböző alakjaiban, aphtha, syphilises torokfekélyek, úgyszintén syphilises és tuberculosus gégelob eseteiben is jó eredményeket látott. (The laryngoscope, 1902. május.)

Ichthyolidin elnevezéssel a „Cordes, Hermanni und Comp. Ichthyolgesellschaft" egy új szert hozott forgalomba, a mely piperazin összeköttetése ichthyol sulfosavval és 0·25 gramm hatóanyagot tartalmazó czukrozott tabletták alakjában kapható. *Dorn* kiterjedt vizsgálatokat végzett ezen szerrel, a mely állitólag részben oldja a húgysavlerakodásokat, részben pedig megakadályozza új lerakodások képződését s azért hivatva volna a köszvény therapiájában jelentős szerepet játszani. Szerző vizsgálatai kimutatták, hogy az ichthyolidin a szervezetben egy oxydatiós folyamatot indit meg, a mely megkadályozza a húgysav képződését, vagy pedig átalakulását kevésbbé ártalmas N-tartalmú összeköttetésekké létesiti. Ezen hatása folytán kedvező befolyást gyakorol, úgy heveny, mint idült köszvény eseteiben. Különben a szert még nagyobb adagokban is (6 gramm pro die) hosszabb időn át teljesen jól türi a szervezet, főleg az étvágyat és a bélműködést nem zavarja, sőt talán a bélrenyheséget még kedvezően is befolyásolja. További vizsgálatok ezen új szerrel mindenesetre kivánatosak. (Therapeutische Monatshefte, 1903. junius.)

A heroin legnagyobb adagja. Az osztrák gyógyszerész-egyesület illetékes bizottsága nem régiben egy körözvényt bocsátott ki, a mely szerint a heroin, ezen ismert morphium-pótszer legnagyobb adagja lejebb szállitandó. Nemsokára azonban meggyőződést szerzett róla, hogy azon közlemények, a melyekre emlitett nézetét alapitotta, tévesek voltak, úgy hogy egy újabb körözvényben tudtul adja, miszerint semmi ok sincs a heroin addigi maximalis dosisának (0·005 pro dosi és 0·02 pro die) lejebb szállitására, annyival kevésbbé, mert számos esetben 0·01 grammos dosisokat is minden kellemetlen mellékhatás nélkül adnak.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 41. szám. *Budai Kálmán*: A streptococcusfertőzésekről. *Porosz Mór*: A blennorrhoea elhárításáról.

Orvosok lapja, 1903. 41. szám. *Halász Henrik*: Periostitis dentalis chronica folytán létrejött felső állcsont necrosis esete. *Roth Adolf*: Közlemények a gépgyógyászat köréből.

Budapesti orvosi újság, 1903. 29. szám. *Ranschburg Pál*: Az iskolásgyermekek gyengébbelméjűségéről. *Frey Ernő*: A lecithin alkalmazása az ideggyógyászatban.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 41. szám. *Föderl*: Circulus vitiosus gastroenterostomia után. *Lorenz*: A callosus penetráló gyomorfekély sebészete. *Stolz*: Scopolamin-morphium-narcosis. *Hofmann*: Strangulatiós ileus két helyen.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 41. szám. *Zappert* és *Jolles*: Mindkét emlő tejének vizsgálata. *Hand*: Adat az ulma hátrafelé való izolált ficzamodásának ismeretéhez. *Englisch*: Betokolt húgykövek.

Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 38. szám. *Schloffer*: A modern sebészet viszonya a belgyógyászathoz. *Jungnickel*: Bárzsingstrictura ritka esete. 39. szám. *Rubesch*: A n. vagus nagy fibromája fibromatosis nervorum esetében.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1903. 18. szám. *Maag*: A fény hatása az emberre. *Schulthess*: Oxalsav okozta haematuria. *Stryzowski*: A chylosus ascites folyadékának vegyi összetétele.

Wiener medizinische Presse, 1903. 40. szám. *Wichmann*: A tanitók és tanitónők idegessége. *Schottelius*: A pestis fertőzéskapui. *Hippel*: A catgut-sterilizálás kérdéséhez. *Hirschfeld*: Az urning gyermekkora.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 41. szám. *Lessing*: Csontsarcomák Röntgen-képe. *Einhorn*: A cardioptosis és összefüggése hepatoptosissal. *Albu*: Adatok a gyomornedvfolyás ismeretéhez. *Rosenberg*: Urticaria endonasalisan alkalmazott mellékhere-kivonat használata után. *Lublinski*: Angina szövődése heveny pajzsmirigylobbal. *Seiffer*: Accessorius hűdések tabes dorsalis eseteiben.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 41. szám. *Kirsch*: Typhusbacillusok elkülönítése a Cambier-féle eljárással. *Weigert*: Megjegyzés Behring előadásához a gümőkór keletkezéséről és leküzdéséről. *Elsner*: A gyomor haemorrhagiás erosioinak kérdéséhez. *Schuster*: Adat a főleg tabessel kapcsolatos szív-syphilis ismeretéhez. *Bukofzer*: Az orr- és gégenyákhártya reactioja adrenalinra. *Gutmann*: Gyors keményités és gyors beágyazás. *Krüger*: A purintestek átalakulása a szervezetben. *Golubow*: A tüdőemphysema aetiologiájához. *Sittner*: Diagnostikai tévedések a méhenkivüli terhesség körül. *Vörner*: Viscinum depuratum.

La semaine médicale, 1903. 40. szám. *Marinesco*: Adatok a szándékolt mozgások mechanismusának és a pyramis-köteg működésének ismeretéhez.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 40. szám. *Lorand*: A diabetes összefüggése rákkal és gümőkórral. *Wilmart*: Adat a diarthrosisok mechanismusához.

Revue de médecine, 1903. 8. füzet. *Daremberg* és *Moriez*: A táplálás albuminuria eseteiben. *Duplant*: Gyomorfekély okozta adhaesiv perigastritisek. *Belugou* és *Faure*: A tabes kórszármazása, prognosisa és gyógyitása. *D'Amato*: Adatok a gastrosuccorrhoea és a gyomortetania ismeretéhez. *Carnière*: A cryogenin gyógyhatása.

British medical journal, 1903. október 10. *A. E. Wright*: Ujabb adatok a typhusellenes védőoltásokhoz. A „British medical association" 71. évi összejövetelének tárgyalásai. (Sebészeti szakosztály.)

The lancet, 1903. II. 12. szám. *R. Hutchison*: Csecsemők mesterséges táplálása. *R. Lawford Knaggs*: Aphasia amnestica tüneteivel járó tályog a temporo-sphenoidalis lebenyben, műtét után gyógyulás. *D'Arcy Power*. Az aorta abdominalis aneurysmájának esete; kezelés ezüstsodrony bevezetésével; eszköz az ezüstsodrony bevezetésének megkönnyitésére. *C. H. Sedgwick*: Rosszindulatú megbetegedés anaemia splenica után. *O. K. Williamson* és *J. G. Emanuel*: Subacut indurativ pneumonia esete. *J. Sherren*: A bőrhyperalgesia előfordulása és jelentősége appendicitisben. *Frank E. Tylecote*: Az auricularis septum defectusai. *W. J. Barclay*: Gümőkór és rák Uj-Zelandban. *J. A. W. Pereira*: Galandféreg okozta chorea. *J. E. Judson*: Purpura rheumatica stercoralis hányással. *C. Whipple*: Kizárt czombsérv két esete.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 38. hetében (1903. szeptember 20-dikától szeptember 26.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik

év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszületett 433 gyermek, elhalt 243 egyén, a születések tehát 190-nel multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 28·3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16·0, az egy éven felüli lakosságnál: 12·8, az öt éven felüli lakosságnál: 12·1. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 4, gümös agykérlob 5, agyguta 7, ránggörcs 3, terjedő hűdés 6, hátgerinczsorvadás 2, szívbaj 13, hörglob 1, tüdőlob 10, hurutos tüdőlob 2, mellhártyalob 2, tüdővész 39, tüdőlégdag 1, bélhurut 28, májbajok 5, hashártyalob 3, kizárt sérv 1, Brightkór 6, veleszületett gyengeség 17, gyermekaszály 0, aggaszály 7, rák 14, méhrák 3, egyéb álképlet 3, gümös bajok 6, kanyaró 1, vörheny 5, álh. gégelob 1, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, gyermekágyi láz 1, hagymáz 1, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 0, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 3, gyilkosság 0, öngyilkosság 5, baleset 7, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3084 beteg, szaporodás 841, csökkenés 754, maradt e hét végén 3110 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi szept. 20-dikától szeptember 26-dikáig terjedő 38. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 28 (20), vörheny 58 (67), álh gége- és roncsoló toroklob 40 (43), hökhurut 14 (10), gyermekágyi láz 2 (0), hasi hagymáz 14 (14), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 11 (18), vérhas 2 (0), orbáncz 17 (21), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 2 (1), trachoma 2 (8), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

= **Kinevezések.** Maros-Torda vármegye főispánja *Marossi Kálmán* dr.-t városi tiszti főorvossá, *Ziegler Károly* dr.-t pedig kerületi orvossá nevezte ki. — *Berényi Gyula* dr. esztergomi kerületi orvos tiszteletbeli megyei főorvosnak neveztetett ki.

△ **Megválasztás.** Szentetornya község orvosává *Komáromi Adolf* dr.-t választotta meg.

⚔ **Czirfusz Rezső** dr. San Remoban megkezdte orvosi működését.

✳ **A Budapesti orvosi kör országos segélyegylet választmánya** f. hó 3-dikán tartotta ülését s ez alkalommal elhatározták, hogy a tagdíjak beszedésénél a cheque-rendszert hozzák be, a miért is a segélyegylet összeköttetésbe lép a magyar leszámitoló és pénzváltó bank terézvárosi fiókjával s igy a tagoknak módjukban lesz a tagdíjat a pénztáros által küldött „Befizetési Lap"-on (cheque) minden díj és nagyobb fáradság nélkül posta útján megküldeni.

Bejelentetett, hogy a folyó évben az alapító tagok száma 16-tal, a rendes tagoké pedig 167-tel szaporodott.

△ **A Budapesti orvosi kör országos segélyegylet pénztárába befizettek:** Alapitványt: Zoltán Béla gyógyszertár tulajdonos 100, Budai Emil, Kerpel Vilmos, Szüsz István és Lederer Ignácz 10—10, Hajniss Géza 50, Balogh Tihamér 50, Mutschenbacher Béla 40, Reich Miklós 80, Herczel Manó 100, VII. kerületi orvosi kör 25, Caritas önsegélyző és jótékonysági egyesület 100 koronát,

Tagdíjat fizettek 1903. évre: Balkányi Vilmos, Biró Géza, Berger Sándor, Roth Adolf, Schwarcz József, Révész Vilmos, Fejér Gyula, Baumhorn Ármin, Groák Ernő, Spitzer Ármin, Welvarth Simon, Sági Lajos, Rein Aladár, Hochstein Mór, Klár Manó, Fábián Béla, Révész Gyula, Weishauss Samú, Kohn Márk, Konitzer Ignácz, Spitz Gyula, Csillag Jakab, Kosztka Emil, Eisler Hugó, Bartha Gábor, Thomka István, Csillag Zsigmond, Groszmann Arthur, Somogyi Lajos, Schatelesz Mór, Fürst Zsigmond, Antal Illés, Kanitz Henrik, Himler Izsó, Chyzer Béla, Basch Mihály, Szász Hugó, Hirtenstein Leó, Duch Sándor, Fialka Gusztáv, Feleki Sándor, Mátrai Gábor, Pálfi Ignácz, Gáspár Ferencz, Herczfeld Lajos, Kallos Jenő, Roth Schultz Vilmos, Szegvári István, Ullrik Gyula, Ernyei Béla, Mai Henrik és fia könyvárus czég, Altstädter Izidor, Darvos Sándor, Reitzer Mór, Donogány Zakariás. Klein Ödön, Szántó Ármin, Dembitz Mátyás, Jakab László, Wajditsch Lajos, Marmorstein Mór, Ranschburg Pál, Radó Lipót, Siklóssy Gyula, Szarvas Felix és Körmöczi Zoltán Budapestről; Nagy Ottó Békásmegyer, Grasser József Csikvár, Adler Béla Csór, Fanta Adolf Székesfehérvár, Csajághy Szőke Károly Csáktornya, Szabó János Gálos, Balázsfy Géza és Lányi Benedek Aranyos-Maróth, Varga István Martonvásár, Cseresnyés Ernő Győrszentmárton; Lévay Dezső, Nagy Sándor, Hevesi Gyula, Strausz Zsigmond Dunaföldvár, Engel Gábor Kolozsvár, Fialovszky Béla Nagy-Becskerek, Burger Simon Etyek, Vész Ignácz Sirkeresztúr, Sauer György Mór, Görgényi Károly Székelyudvarhely, Buday Kálmán Kolozsvár, Tartal János Feketebalog, Schwarz Lajos Mihályi, Vogel József Kaposvár, Kurzveil Hugó Resicza, Vas Sándor Arad, Katues János Győr-Szemere, Reichordsberg József B.-Mágócs, Kattler Sándor Gnézda, Grünwald Izor Boroshida, Reisz Miksa Békés-Csaba, Héderváry Sámuel Újpest; 1902—1903-ra Gleimann Kálmán Zólyom-Besnyő, Krecsméry Cyril Beszterczebánya, Radó Adolf Siklós; 1901—1902-re Nyikora József Pápa. 1902-re Hudacsek József Budapest. Adományt küldtek Krassó-Szörény megyei orvos-szövetség 12 korona 60 fillért.

Budapest, 1903. október 1-jén

Katona József dr., IX., Soroksári-utcza 74.

∞ **A budapesti orvosi körben** január havában sorozatos előadások kezdődnek a gyermekek fertőző betegségeiről. Erről a tárgyról hetenként egy-egy előadást fognak tartani *Bókay János, Erőss Gyula, Hainiss Géza, Szontagh Félix, Brück Miksa* és *Preisich Kornél* doktorok.

□ **A pestis ellen való védekezés tárgyában** 1897-ben Velenczében kötött nemzetközi egyezményt módosító értekezlet október hó 10-dikén ült össze Párisba. Az értekezleten 23 állam van képviselve, összesen 67 képviselővel. Az értekezletet *Delcassé* franczia külügyminister nyitotta meg. Elnökül *Barrière*-t, Franciaország romai nagykövetét, alelnökül az értekezletet indítványozó Olaszország képviselőjét, *Santa Liquido* dr. egészségügyi főnököt választották. Az elnök rövid bevezető beszéde után *Proust* tanár, majd az alelnök kifejtették a velenczei egyezmény módosításának szükségességét, a mennyiben az azóta szerzett tapasztalatok alapján a védekezés fősúlyát ma a patkányok irtására kell helyezni; különben is a közegészség védelme és a kereskedelem érdeke is ma már jobban összeegyeztethetők. *Monod* indítványa is szóba került, mely szerint nemzetközi egészségügyi tanács létesitendő a fertőző betegségek elleni intézkedések ellenőrzésére; az indítvány tárgyalását későbbre halasztották. Magyarország részéről *Chyzer Kornél* dr. ministeri tanácsos van jelen az értekezleten, a mely előreláthatólag hosszabb ideig fog tartani.

┼ **Figyelmeztetés.** *Schermann* dr. fő- és székvárosi tisztifőorvos a gyakorló orvosok érdekében f. hó 14-dikéről keltezve közli lapunkkal, hogy a székes főváros polgármestere 80,014/1903. szám alatt új „utasitást" adott ki a ker. elöljáróságok részére a *véd ő himlőoltások végrehajtása* tárgyában. Az „utasítás" 13. §-a meghagyja a ker. elöljáróságoknak, hogy a magánorvosok oltási jegyzőkönyveinek, illetőleg kivonatainak a beszerzését és felterjesztését mellőzzék. Az utasítás azonnal hatályba lépett.

☒ **Megjelent.** *Laurent*: Sadismus und Masochismus. Berlin. Barsdorf. 1904. — *M. Sugár*: Budapester Brief. D. med. W. 1903. — *Csiky János*: A méhüreg vaporisatiojáról. Orvosi Hetilap. 1903. — *Török Lajos*: Kisérleti vizsgálatok az urticaria pathogenesiséről. Magyar orvosi Arch. 1902. — *Louis Török*: Les purpuras. Journ. des malad. cutanées etc. 1903. — *L. Török*: Welche Hautveränderungen können durch mechanische Reizung der Haut hervorgerufen werden. Arch. f. Derm. und Syph. 1902. — *L. Török*: Die exfoliativen Erythrodermien. Handbuch d. Hautkrankheiten. 1901. — *L. Török* und *M. Schein*: Die Radiother. und Actinother. d. Hautkrankheiten. Wien. med. W. 1902.

Lapunk mai számához egy prospektus van mellékelve, mely a Knoll és Társa czég (Ludwigshafen) készítményeit tárgyalja. E nyomtatványban az Anthrasol-, Tannalbin-, Diuretin-, Jodoformogen-, Lenigallol-, Triferrin-, Ichthalbin-, Ferropyrin-, Styptol-, Purgatin-, Yohimbin-készítmények előnyei, javallatai és rendelési módjai vannak felsorolva.

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

„Fasor" (Dr. Herczel-féle) **sanatorium vízgyógyintézete.** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszaphorogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógy víz uszodák. Első és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

Mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)
Teljes berendezésü **mechanikai és manualis gyógygymnastika.** Orvosi massage. **Testegyenesités.** Villamos **fény-** és **forrólevegő-fürdők** (egész test és egyes testrészek számára.) **Szénsavas fürdők.** Vizgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — **Prospektus.** — **Telefon 54—20.**
Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A stomatologusok (fogorvosok) VII. évi köz- és nagygyülése (1903. szeptember 25. és 26-dikán.) 669. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (LXVI. évforduló nagygyülés 1903. október 14-dikén.) 669. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1903. január 3-dikán tartott szakülés.) 669. l. — A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése. (1903. szeptember 5—10-dikéig.) 671. l.

A stomatologusok (fogorvosok) VII. évi köz- és nagygyülése.

(1903. szeptember 25. és 26-dikán.)

Szeptember hó 25-dikén reggel 9 órakor nyitotta meg *Árkövy* tanár a *Stomatologusok Országos Egyesületének* VII. évi gyülését, szokás szerint hosszabb elnöki megnyitó beszéddel. Beszédjében kiterjeszkedett mindazokra az eseményekre, melyek e szakma terén az év leforgása alatt történtek. Megemlékezett arról a veszteségről, mely a szakmát *Iszlay* tanár halálával érte. Vázolta azokat az intézkedéseket, melyekkel a külföldön a szakoktatás niveaujának emelését igyekeznek előmozditani. Majd beszámolt a szakirodalom terén észlelhető mozgalomról. Majd áttért a kuruzslás leküzdésére irányuló mozgalomra, mely különösen Németországban hódit napról napra nagyobb teret és indítványt tett, hogy az Egyesület kérje fel az Országos Orvos-Szövetséget ez irányú lépések megtételére.

A tisztviselői jelentések után Nagy Emil terjesztette be indítványát, mely szerint az egyesület kérje fel az orvoskari tanártestületet, hogy a *fogászati* klinika elnevezését *stomatologiai* klinikára helyesbitse. Az indítvány, melyben Nagy Emil terjedelmes megokolást készitett, egyhangúlag elfogadtatott. Ezután kezdetét vette a *nagygyülés*, melynek első tárgya *Halász Henrik* (Miskolcz) előadása volt az állcsontnecrosisokról.

A tudományos munkálkodás délután folytatódott a fogászati intézetben.

Rudas Gerő (Kolozsvár) **a fogbélkövek szöveti szerkezetéről** értekezett górcsövi készitmények bemutatása kapcsán.

Höncz Kálmán (Kolozsvár) bemutatta, hogyan lehet egyszerűen **tömésutánzatokat készíteni** műfogakon.

Balassa Béla az **aranytömések sürűségének megállapitására szolgáló physicalis vizsgálatait** ismertette.

Szabó József és **Wallheim Béla a tömőanyagok indicatioinak plastikus szemléltetésére szolgáló készitményeiket** mutatták be, melyek a vallás- és közokt. ministerium segedelmével a St. Louis-i világkiállitásra készülnek.

Szabó József klinikai mintarendelést mutatott be.

Végül **Nékám Lajos a bőrbetegségek szájbeli nyilvánulásairól** és a legújabb therapiai irányokról tartott hosszabb előadást.

26-dikán, szombaton délelőtt a kir. orvosegyesület termében *Wallheim Béla* értekezett arról a kérdésről, hogy nagymennyiségű amalgamtömés okozhat-e stomatitis mercurialist?

Kövesi Géza a belgyógyászat körébe tartozó bántalmak **szájüri tüneteit** ismertette.

Landgraf Lőrincz a caries alveolaris specifica aetiologiájáról olvasott fel hosszabb értekezést.

Ugyane tárgyról értekezett *Berten* (München) mint vendég. E két előadás kapcsán megindult kimerítő vita fejezte be a délelőtti előadások sorát.

Délután **Bilaskó György porczellánmükorona készitését** mutatta be és a legújabb helybeli érzéstelenitő szerekkel végzett kisérleteit ismertette.

Szabó József a replantatioról tartott hosszabb előadást.

Salamon Henrik lemezes műfogsorok készitését porczellánból mutatta be.

Gáspár Ferencz porczellántöméseket, Vajna Vilmos új műszereket, Fuchs új lenyomatanyagot, Madzsar József szájvizsgálatot Röntgen-sugarakkal, **Berten** (München) **új foghúzó-fogókat, Weiser** (Bécs) mint vendég **somnoform-narcosisokat, Wallheim Béla helybeli érzéstelenitést subcutinnal** és **benesollal, Jul. Weiss** és **P. Schultz** (Bécs) **új készülékeket** demonstráltak.

Erre a gyülés az elnök zárószavaival este 8 órakor véget ért.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(LXVI. évforduló nagygyülése 1903. évi október hó 14-dikén.)

Elnök: **Tauffer Vilmos.** Jegyző: **Grósz Emil.**

Elnök a következő megnyitót mondja. (Lásd I. tárczaczikkünket.)

Grósz Emil főtitkár terjeszti be a jelentést a *Balassa-jutalomdíjról*, melynek 800 koronát kitevő összegét *Bókay János*-nak „az intubatiós traumáról" irt monographiája nyerte el. A *Mészáros-féle jutalomdíj* 1600 koronáját *Purjesz Zsigmond* „Malariára vonatkozó vizsgálatok" és *Jancsó Miklós* és *Veszprémi Dezső* „Ujabb vizsgálatok a malaria-parasiták továbbfejlődéséről anophelesekben" czimü dolgozatoknak itélte oda az Orvosegyesület. Végül a következő pályázati hirdetéseket olvassa fel:

I.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelésében levő Balassa-díjalap kamataiból 800, azaz nyolczszáz korona jutalomdíjat tűz ki magyar nyelven irt s önálló dolgozatok alapján készült, az 1903. évi junius hó 1-jétől 1905. évi május hó 31-dikéig terjedő cyclusban nyomtatásban megjelent, az orvosi tudományok gyakorlati szakmáira vonatkozó legjobb könyv vagy értekezés jutalmazására.

A jutalmazásra pályázó munkák 1905. évi május hó 31-dikéig a Budapesti Kir. Orvosegyesület titkári hivatalához küldhetők be, de a be nem küldött művek is figyelembe fognak vétetni. A jutalomdíj az 1905. évi október hó 14-dikén tartandó nagygyülésen fog kiadatni.

II.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelése alatt álló Balassa-díjalapból 800, azaz nyolczszáz korona pályadíjat tűz ki magyar nyelven irott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1904. évi május hó 31-dikéig az egyesület titkári hivatalához, a szerző nevének feltüntetésével benyujtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1904. évi október hó 14-diki nagygyülésen fog megbizatni azzal, hogy munkáját két éven *belül* elkészitse s az egyesület választmányához benyujtsa. Ha a kész munka érdemesnek bizonyul, ez esetben az 1905. vagy 1906. évi október hó 14-diki nagygyülésén fog a pályadij kiadatni.

III.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelése alatt álló Balassa-díjalapból 800, azaz nyolczszáz korona pályadíjat tűz ki magyar nyelven irott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1904. évi május hó 31-dikéig az egyesület titkári hivatalához, a szerző nevének feltüntetésével benyujtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1904. évi október hó 14-diki nagygyülésen fog megbizatni azzal, hogy munkáját 2 éven belül elkészitse és az egyesület választmányához benyujtsa. Ha a kész munka maga érdemesnek bizonyul, ez esetben az 1906. évi október hó 14-diki nagygyülésen fog a pályadij kiadatni.

IV.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelése alatt álló Orvosi Hetilap-díjalapból 200, azaz kétszáz koronát tűz ki jutalmul a kór- és gyógybúvárlat körébe vágó legjobb eredeti czikkre, mely magyar állami illetőségü szerzőtől az Orvosi Hetilap hasábjain 1898. évi junius hó 1-től 1904. évi május hó 31-dikéig terjedő hat év alatt megjelent vagy meg fog jelenni.

A jutalomdíj az egyesület 1904. évi október 14-dikén tartandó nagygyülésén fog kiadatni.

V.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelésében levő Dr. Mészáros Károly-alapitvány kamataiból 1600, azaz egyezerhatszáz korona jutalomdíjat tűz ki a boncz-, szövet- és fejlődéstan, az élettan, kórboncztan és kisérleti kórtan körébe tartozó, magyar nyelven, nyomtatásban az 1901. évi junius hó 1-jétől 1905. május 31-dikéig terjedő cyclusban megjelent, önálló dolgozatok alapján készült tudományos becsü legjobb értekezés vagy általános érdekü hézagpótló monographia avagy kézikönyv jutalmazására.

A jutalmazásra pályázó munkák 1905. évi május hó 31-dikéig a Budapesti Kir. Orvosegyesület titkári hivatalába beküldhetők, de a beküldött munkákon kivül a kijelölt tudományszakok terén megjelent összes munkák tekintetbe fognak vétetni. A jutalmazott munka kihirdetése az 1905. évi október hó 14-dikén tartandó évforduló nagygyülésen történik és a jutalomdij a szerzőnek azonnal kiadatik.

Végül **Liebermann Leo** tartotta meg előadását: **„Ujabb vizsgálatok az enzymekről"** czimen. (Egész terjedelmében fogjuk hozni.)

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1903. január hó 3-dikán tartott szakülés.)

1. **Gerő Sándor** egy **Addison-kórban** szenvedő beteget mutat be, mindazt ismertetve a kóralakról, a mit az orvostudomány róla tanit.

A beteg 22 éves segédjegyző. Szülei egészségesek. Két testvére halva született, egy fél éves korban előtte ismeretlen betegségben halt el, két testvére él, egészséges. Másfél éven át, két éves koráig bélhurutban szenvedett, 5—6 éves korában tüdő- és mellhártyalobot állott át, a midőn négy hónapon át volt beteg. 10 éves korában 6 hónapon át sárgasága volt. 18 éves korában kankója s utána két izben mellékherelobja volt, a melyből teljesen kigyógyult. Bujakórban nem szenvedett. Tuberculosis családjában előfordult.

Egy év óta azt tapasztalja, hogy a gyaloglást nem birja úgy, mint azelőtt, gyorsabban fárad, ha magasabb helyre megy, lélegzete eláll, fuldoklik. Egészben véve gyengébb, mint volt. Ez év elején Budapesten a klinikán megvizsgálták és májbetegséget állapitottak meg nála. Körülbelül egy év óta észleli, hogy bőre, főkép az arczon, de az egész testen is barnul, sötétebb, fakó lesz, főkép két hó óta. Szine mind sötétebb és ajkainak nyákhártyája kékes-szederjes lesz. Ereje mindinkább hanyatlik, már hivatásának sem tud megfelelni.

A beteg magas termetű, igen sovány, gyenge izomzatú. Bőre egész testén feltünően sötét, sárgás-barna, fakó bronzszinű, a mi főkép az arczon, a mellbimbók udvarán és a herezacskón látható. A szemteke és szemhéj nyákhártyája rendes színű, a sclera is. Az ajkak nyákhártyája kékes-szederjes, a pofák nyákhártyája is, főkép abban a magasságban, a hol a fogsorok érintkeznek. A fogak épek, a nyelv tiszta, csak a nyelvgyök táját fedi fehéres lepedék.

Nyaka hosszú, vékony, mellkasa hosszas, lapos, a bordaközök mélyek. A gyomor- és hastáj kissé behúzódott, az alhas nyomásnál érzékeny. A mellkasban és hasban kóros elváltozás nem található, csak időnként a jobb lapoczközti táj felett a kilégzés kissé nyujtott s a szívhangok kissé gyengék, tompák. Zörej azonban nem volt hallható. Feltünt még, hogy a körmök festenyzettsége hiányzott.

A beteg nagy izomgyengeségről, gyors elfáradásról, időnként jelentkező dyspepsiáról s bőre színének elváltozásáról szól. Azt is említi, hogy időnként fejfájásban szenved, szédül, makacs hátfájás gyötri. Nagy mérvben ideges, kevés járás után már kimerül és verejték lepi el.

A beteg tehát Addison-kórban, bronzkórban szenved. Igazolja ezt a három főtünet jelenléte: az izomgyengeség, dyspepsia és a bőr színének jelzett elváltozása. E mellett szólnak még: a nyákhártyák festenyzettsége, az ajkaknak kékes-szederjes színe, a pofanyákhártya festenyzettsége, a körüm és sclera festenyzettségének hiánya, az ideges tünetek, a fejfájás, szédülés, nagy erőtlenség.

Az Addison-kór lényege még ismeretlen, boncztani, fejlődéstani és élettani vizsgálatok sem tudták felderíteni. *Addison*, *Averbeck*, *Peiper*, *Nothnagel* s mások e betegségnél a mellékvesékben, a hasi sympathicusban (plexus solarisban) véltek jellegző elváltozásokra (rák, gümőkór) akadni, de reájöttek, hogy az Addison-kórnak számos esetében ily elváltozások nem voltak találhatók.

A bőr elszinesedését a Malpighi-réteg setjeiben lerakódó sárgásbarnafesteny okozza. Az izomgyengeséget nem az izmok sorvadása, hanem *Averbeck* szerint a vérszegénység, illetőleg az általa okozott táplálkozási zavar okozza. *Averbeck* szerint 115 eset közül 60·8%-ban a mellékvesékben, 39·2%-ban más szervekben találtak elváltozást. *Lewin* szerint 277 eset közül 153-ban a mellékvese, 124 esetben egyidejűleg más szerv is beteg volt.

Az előadáshoz *Meer Samu* fűzött néhány megjegyzést, annak főkép az Addison-kór gyógyítására vonatkozó részéhez. Előadó figyelmét az organotherapiára hivja fel s ajánlja, hogy kisérelje meg betegénél a mellékvesekivonat adását.

Elnök is hasonló nézeten van s felszólítja előadót, hogy az organotherapia igénybevétele után alkalmilag tegyen jelentést tapasztalatairól.

2. **Bartha János rekesz alatti tályog** esetét ismerteti, a mely epekőbetegség szövődményeképen támadt.

Az ismertetendő esethez hasonló ritkán észlelhető. A kórismézés szempontjából és lefolyását tekintve, figyelmet érdemel.

A 48 éves, férjes nőbeteget még a nyár folyamán észlelte. Igen lesoványodott, gyenge csont- és izomrendszerű nő volt, a ki évek óta heves hasgörcsökben szenvedett, a melyek főkép a jobb hypochondrium táján jelentkeztek. Utoljára másfél év előtt léptek fel a heves fájdalmak sárgaság kiséretében. Egyidejűleg émelygése is volt és hányt. Egy alkalommal kikocsikázott s ekkor fájdalmai fokozódtak.

A megejtett vizsgálat ez időben a következőket derité ki:

A jelzett tájon nagy érzékenység s erősen bevont nyelv. A jelek után itélve, előadó epekőbajt vett fel, morphiumbefecskendezést adott s a fájdalmas tájra meleg borogatást tétetett. Ezekre a fájdalom megszünt, a hőmérsék alig volt magasabb a rendesnél, a nyelv még kissé bevont volt, a hányás is ritkább lett. A beteg állapota két napon át tűrhető volt.

Karlsbadi sót rendelt. De már három nap után újra jelentkezett a fájdalom, a melyet azonban, mert havi vérzése jelentkezett, menstruationalis kólikának tekintettek. Ujra hőemelkedés mutatkozott, hányás is bekövetkezett, úgy hogy valamely szövődményre gondolt. Este a láz nagyobb lett, 38 és 40 fok közt váltakozó, szabálytalan. Hidegrázása nem volt. Ekkor a beteg rosszulléte miatt a kellő vizsgálatot nem lehetett megejteni. Annyit meg lehetett állapitani, hogy a bordaiv alatti nagy érzékenység az epigastrium táján még nagyobb. Ez igy tartott 6—8 napon át. Székletéte beavatkozás nélkül volt. A mikor a kocsin menés után rosszul lett, sárgaságra jellemző székletétet üritett.

A láz folyton tartott, egy körülirt helyen a fájdalom is, azért circumscript peritonitisre gondolt. A kezelés tüneti volt.

A kilenczedik napon a jobb mellkason mellől és hátul tompulat volt kimutatható, ugyanitt kisugárzó fájdalom jelentkezett. A tompulat mellül magasabbra emelkedett, mint hátul. A betegség 18-dik napján egy kartársával együtt vizsgálván a beteget, hátul a lapocz közepéig terjedő tompulatot talált, elől is magasra terjedőt s a tompulat helyén légzés nem volt hallható. A vizsgálat mellhártyalob gyanuját keltette, de előadó inkább rekesz alatti tályogra gondolt, kartársa azonban, a ki addig nem észlelte, mellhártyalobot vett fel. Abban megegyeztek, hogy próbaszúrást kell eszközölni. Ez megtörtént, de az első punctionak eredménye nem volt. Egy ujjnyival lejebb, a hatodik és hetedik borda közt ejtve a szúrást, tiszta geny ürült. Ez magyarázhatta meg a lázat, sőt az utóbb jelentkező hidegrázást is. Operativ beavatkozást tartottak szükségesnek, a mely meg is történt.

A műtétet Fráter Imre végezte. A jelzett helyen altatás nélkül 5—6 cm. hosszú, mély bemetszést tett. Az izomzat átmetszése után előbb próbaszúrást eszközölt és csak azután metszette át a pleurát, a midőn bő vérzés támadt. Hogy honnan történt a vérzés, nem tudta kideríteni. A beteg összesett, valósággal az életét kellett félteni.

Az ejtett s bet jodoformgazezel kitömte, a beteget ágyba fektette és stimulantiákkal erősitették. A következő napon összeszedte magát s ekkor a sebnyilásba drainesövet alkalmaztak s ezen át bórvizzel öblitették. Egy csepp geny sem ürült. Egy-két nap mulva a beteggel tudatták, hogy újabb műtét szükségessége forog fenn, de a beteg ehhez nem adta beleegyezését. Három hét eltelte után újra előadó vette át a beteg gyógykezelését. A láz még folyton tartott és szabálytalan volt. A gyenge szervezetű beteg ereje folyton hanyatlott, bár táplálkozott s a nagy érzékenység is csökkent némileg. A seb sarjadzani és gyógyulni kezdett. 10—12 nap után azonban váratlanul nagy szivgyengeség jelentkezett, de izgató szereket véve jobban lett. Most már ő maga kivánta a műtét végrehajtását. De már késő volt (a vesék elégtelenségének jelei mutatkoztak, bennök amyloid elfajulás ment végbe), a műtét végzésére nem vállalkozhattak, bár vigasztalásul végrehajtását megigérték. A midőn a próbaszúrást akarták megejteni s e czélból felülltették, összeesett. Ezután már csak szenvedéseinek enyhítésére törekedtek. Attól lehetett tartani, hogy a geny a hasűr felé ürül és átfúródási hashártyalob keletkezik.

Egy napon hirtelen fuldokolni kezdett s az egész jobb tüdő felett diffus szörcszörejek jelentkeztek, azután facies hippocratica, tüdővizenyőség. De másnap reggel lényegesen könnyebben érezte magát, a légzés eléggé szabad lett, az arczkifejezés jobb, az érlökés is, megelőző hányási inger után az eléje tartott tálba tiszta geny ürült (először körülbelül egy liternyi). A hányás köhögéssel állt be, utána a diffus zörejek nem voltak többé hallhatók.

Tehát a genytömlőből a geny a tüdőbe tört át és onnan a hörgőkön át ürült ki. A genynek köhögés közben való kiürítése 5—6-szor ismétlődött. A midőn az áttörés helyén a nyilás elzáródott s a kiköpés szünetelt, a diffus zörejek ismét hallhatók voltak. A geny összegyült s a levegő utáni szomjúság nagy volt. Nyolcz nap alatt a beteg néhány liter genyet üritett, a mely később büzös, véres, czafatos volt. Végre is kimerült és meghalt. A bonczolás nem volt megejthető.

A kórisme mellhártyalob és rekesz alatti tályog közt ingadozott. A mellhártyalobnak egy alakja nagyon hasonlit a tályoghoz. Ez a pleuritis diaphragmatica. (Ennél is gyomortünetek, sárgaság s feltolt tompulat észlelhetők.) Ily esetben a kórelőzmény s a betegség első tüneteinek megfigyelése ad útbaigazitást.

Megemlékezik *Eichhorst*-nak egy esetéről, a melyben a próbaszúrás genyet hozott felszinre, de a műtétet megelőző próbaszúrásnál már csak savós váladék ürült s ezért a műtétet nem hajtották végre. A beteg elhalt s bonczolásánál májtályogot találtak.

Az ily eseteket a sebésznek kell átengednünk, bár néha maga a természet gyógyit, műtéti beavatkozás nélkül. A betegség három hóig is tarthat, a geny betokolódhatik s a beteg megmenekül attól, hogy a geny a hasüregbe törjön.

Az előadáshoz először *Berkovits Miklós* fűzött néhány megjegyzést. Ő is rekesz alatti tályogra gondolt, a midőn az esetet előtte szóba hozták. Emlékeztet az irodalmi közleményekre, a melyek a Litten-féle tünetről szólnak, a mely hasonló esetben útbaigazitást adhat s a mely a rekeszizom összehúzódásakor elárulja a genynek hollétét. Ha a tályog a rekesz alatt van, a rekesz összehúzódásai elmaradnak.

Előadó gondolt a Litten-féle tünetre is, de ennek megfigyelése sem hozott bizonyosságot.

Berkovits Miklós azt kérdezi, hogy a nyert tompulatnak milyen volt az alakja? Milyen volt a hónaljvonalban? Az előadás folyamán úgy értette, hogy mellől magasabb volt.

Előadó azt feleli, hogy a kérdezett helyen a tompulat felső határa alacsonyabb volt.

Berkovits Miklós szerint a hörgőkbe való áttörésből nem lehet megitélni, exsudatum pleuriticum vagy rekesz alatti tályog volt-e a betegség. Tud esetet, a melyben a betegnél metapleuritikus genyes izzadmány volt megállapitható. A betegség soká tartott, a geny áttört a hörgbe s a beteg meggyógyult.

Révész Vilmos megemliti, hogy bonczolás közben nem egyszer talált genyet, a melynek jelenlétét nem is sejtették. Szerinte előadó nem állapitotta meg határozottan, rekesz alatti tályog vagy csak genygyülem volt a betegnél található. Az eset leirása után az elsőt nem merné határozottan állitani. Van eset, úgymond, hogy a rekesz alatt geny gyül meg, a nélkül, hogy valamely szomszédos szerv, pl. a máj, beteg volna. A máj és a rekeszizom közt tiszta tályog is képződhetik, a melynek tünetei: nagy fájdalom a rekesz táján és csuklás. Ily esetben az előzményekből itélhetünk és valószinű az is, hogy a máj nagyobb. Volt oly esete, midőn multiplex májtályogok képződtek s ezekből tört át a geny. Előadó esetében, a tünetek alapján itélve, valószinűséggel májtályog vehető fel. A máj összenőtt a rekeszszel, a melyen áttörve a geny a mellűrbe ürült s innen a hörgőn át kifelé. A rekesz alatti tályog többnyire per contiguitatem keletkezik, a midőn a vakbél, a petefészek vagy a máj, stb. beteg. Adott esetben legvalószinűbb, hogy a máj volt beteg, pl. epekőbaja volt. Lehet, hogy bélbakteriumok vándoroltak be, az epeutakban lobosodás támadt, lob támadt a májban is, ennek következményeképen genygócz, összenövés, stb. Az eset tehát szerinte nem volt tiszta rekesz alatti tályog. Ily esetben a máj s a rekesz közt gáz gyülemlik meg s ezért kopogtatásnál dobozhangot nyerünk.

Előadó cholecystitist vesz fel s ebből eredt szerinte a rekesz alatti tályog.

3. **Konrád Márk** egy két hó előtt lebetegedett nőtől származó kórboncztani készitményt (**ruptura uteri** esete) mutat be.

A nő 24 éves, IIIP. volt. Megelőző szülései rendesek voltak.

A bábaképző intézetbe január 28-dikán délután vétetett fel, miután szülőfájdalmai már több mint 24 órája tartottak. A burokrepedés már

január 26-dikán következett be. Már felvétele előtt a hideg rázta s fájdalmai igen nagyok voltak.

Megvizsgáltatáskor a méh a magzatra volt húzódva, a fej jobboldalt volt, a szivhangok gyengék voltak, harántfekvés, jobb kéz- és köldökzsinórelőesés volt megállapitható.

Elaltatták s a fordítást kisértették meg, a midőn hirtelen nagy vérzés állt be. A láb megragadása után a far könnyen nyomul le s a magzat extrahálható volt. A magzat nem volt macerálva, de algid asphyxiában volt, a melyből nem volt felélesztheto.

A magzat extractioja után bő üteres vérzés támadt, a mely tömeszelés után sem szünt meg. A lepény önként távozott. Távozása után újra tömeszelték a méhet, ergotint fecskendeztek be, 0·6%-os konyhasó-oldattal hypodermoclysist és aether-befecskendezéseket adtak. De az ütérlökés számlálhatatlan maradt és a szülőnő belső elvérzés tünetei közt délután 3/45 órakor elhalt.

A boncolás az összes parenchymatosus szervek legnagyobbfokú vérszegénységét mutatta, a méhben meg a rendkivüli módon megnyúlt méhnyak és méhtest határán egy, a középvonaltól balra, felfelé haladó, 8 cm. hosszú repedés volt látható.

Kétségtelen az is, hogy a nő már bejövetele előtt fertőzve volt s a méh ennek jeleit is mutatta.

4. **Baróthy Ákos Nagyvárad 1903. deczember havi népmozgalmi statistikáját** ismerteti.

Az ismertetés figyelemreméltó adatai:

Élve született 124 gyermek (törvénytelen 31), halva 4 (törvénytelen 2).

Az évi születési arányszám, alapul 50,860 lakost véve, 29·4%, az évi halálozási arányszám 29·4% (csak helybelieket számitva, 23·3%).

0—1 éves korban elhalt 36 gyermek (törvénytelen 9), 1—5 éves korban 7. Hét éven aluli korban elhalt 43, azaz az összes elhaltaknak 34·6%-a.

Vörhenyben megbetegedett 23 gyermek (elhalt 2), diphtheritisben 12 (elhalt 2), typhusban 4 (elhalt 1), elhalt továbbá tuberculosisban 16, bélhurutban 5, tüdőlobban és tüdőhurutban 19 egyén.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése.

(1903. szeptember 5—10-dikéig.)

(Második ülés 1903. szeptember 9-én délelőtt.)

Elnök: **Fischer Jakab**, majd **Buday Kálmán** és **Genersich Antal**. Jegyző: **Szilágyi György**.

(Vége.)

Genersich Gusztáv: A fertőző bántalmak lappangási időszakának fontossága.

A fertőző bántalmak a legjobban tanulmányozott bántalmak közzé tartoznak s mégis vannak egyes körülményeik, melyeket még homály fed.

Számos bántalomnál nem ismerjük a fertőző agenst, nem tudjuk a fertőzés kapuját és azért nehezen határozhatjuk meg a lappangási időszakot. Ennélfogva megtörténik, hogy oly gyakori bántalomnál is, mint a milyen a skarlát, a lappangási időszakot pár óra és 8—10 nap közt ingadozónak mondják. Ez határozottan tévedés. A bakteriologok és gyakorló orvosok azt tapasztalják, hogy a fertőzés megtörténte után bizonyos számú napig terjedő lappangás következik.

A lappangási időszak meghatározásának pontatlansága onnét származik, hogy a fertőzés átvitele nemcsak emberről emberre, de a beteg körüli tárgyak útján is történhetik és hogy sokszor azt sem tudjuk, hogy melyik ember fertőz és még kevésbbé azt, hogy melyik tárgy vagy helyiség inficiált. A második ok, hogy az emberek fogékonysága, hajlamossága bizonyos fertőző bántalmakkal szemben még testvérek közt sem egyforma, a fertőző beteggel vagy tárgygyal való érintkezés sem egyenlő és azért könnyen értbetően nem mindenki egyforma időben fertőződik, hanem néha napok is telnek el és a betegség kitörése is több nappal későbbre esik, azt a látszatot keltve, mintha a lappangási időszak különféle lehetne.

Megfigyelve a gyakoribb fertőző bántalmakat, arra az eredményre jutott, hogy a kanyarónál a lappangási időszak 10 nap, rubeolánál 17 nap, bárányhimlőnél 12 nap, járványos fültőmirigylobnál 17 nap, hökhurutnál 10 nap, a skarlatnál 4 nap, a lappangás alatt pedig egyik bántalom sem fertőzött.

Ez nemcsak tudományos szempontból és az orvosi gyakorlatra nézve fontos, hanem szerepet játszhatik az iskolaegészségügyre is. Az eddigi eljárás mellett a járványos betegségek csak úgy dühöngenek az iskolákban. Nálunk még hozzájárul, hogy sem magánosok, sem hatóságok nem tesznek semmit sem a fertőző bántalmak megakadályozására és az elkülönítésre, fertőtlenítésre, bejelentésre vonatkozó rendeleteket nem látjuk végrehajtva. Legtöbbször a helyzet már annyira komoly, hogy az iskolát be kell zárni. Az iskolabezárás azonban nem történik sem kellő időben, sem kellő öntudatossággal és oly szerencsétlenségnek tekintik, melytől iskola és hatóság egyaránt retteg. Már pedig, ha az egyes fertőző bántalmak lappangási időszakát pontosan ismerjük és tudjuk azt, h gy mikor kezd az illető bántalom fertőzni, akkor az iskolának megfelelő időben történt, de mindenesetre korai bezárása által nemcsak a betegedések számát csökkenthetjük, hanem a járványt meg is állithatjuk.

Az eljárás legyen az, hogy az iskolát a rövid lappangással biró bántalmaknál az első eset bejelentése után azonnal be kell zárni, a hosszabb lappangással bióknál annyi nap mulva, a hány nap mulva az első esettől fertőzöttek ragályozási képessége már kezdődik. A bezárás lehet igen rövid időre terjedő, átlag csak 5—6 nap vagy egy hét, mert czélja az, hogy a tanulók csupán azt az időt ne töltsék együtt, melyben a már fertőzöttek betegsége kitör. Ha ez alatt a tanulók egymást meg nem látogatják, hanem mintegy komoly vesztegzár alatt töltik az iskolabezárás idejét, ha azután a megbetegedettek szigorúan elkülönittetnek, a vele együtt lakók iskolába nem járnak, ha a betegség lezajlása után nemcsak a beteg, a helyiség, hanem a ruhák, a könyvek is fertőtlenitve lesznek, pár napra történt iskolabezárás által nemcsak a járvány terjedésének meggátlása útján az egészségügynek tettünk megmérhetetlen hasznot, hanem a tanitásnak is, mivel elejét vettük a folytonos és hosszabb időn át tartó nagyobb számú megbetegedéseknek és az általuk szükségessé tett kimaradásoknak.

Genersich Gusztáv következő két inditványát nyujtja be a nagyválasztmányhoz:

I. miután a fertőző bántalmak lappangási időszakát pontosan meg lehet határozni, indítványozza, hogy ez iránt pontosabb adatok gyüjtessenek;

II. az iskola bezárására nézve indítványozza, hogy a rövid lappangással biró betegségeknél az első eset bejelentése után azonnal, hosszabb lappangási időszakkal bióknál az iskolabezárás annyi nap mulva történjék, a mikor az újabb esetek fellépése várható, és hogy ez az eljárás az egész országban alkalmaztassék és az iskolabezárásra vonatkozó törvények ily módon törvényhozásilag megváltoztattassanak.

Genersich Gusztáv: Az első fogzás és annak rendellenességei.

A belgyógyászati klinika gyermekambulatoriumán tanulmányozta a fogzást, annak rendellenességeit, és azt a kérdést, léteznek-e fogzási betegségek? A fogak állását 2332 esetben jegyezte.

A fogak állását törttel jelzi; a szokásos sorrend $\frac{0}{2}$, $\frac{2}{2}$, $\frac{4}{2}$, $\frac{4}{4}$, $\frac{6}{6}$, $\frac{8}{8}$, $\frac{10}{10}$ számokkal jelezhető. A $\frac{0}{0}$ és $\frac{12}{12}$ közt 56 combinatiót talált.

A számok azonban nem jelezhetnek mindent. Helyesebb nyomtatót használni és abba fogálást berajzolni.

A fogzási rendellenességek arra vonatkoznak, hogy a fogzási *idő* és *sorrend* mennyiben van megzavarva, hogy a *pausák* rendes hosszúságúak, és hogy a fogak *alakját*, *épségét* illetőleg mily viszonyok találtatnak.

Azt, hogy a gyermek foggal jött a világra, nem látta, de egy esetben, hol a kornak megfelelő fogsornál jóval több fogat talált, az anya azt állitotta, hogy a gyermek 2 foggal született. Egy másik esetben 5 hetes korban bújt a fog.

Az első három hónapban azonban fogat nem látott. A IV. hónapban 3 esetben, az V. hónapban elvétve. A VI. hónapban már több esete volt, a zöme azonban csak a VII. hónapban mutatkozott.

A fogzás azonban késett is. Általában késői fogzást tapasztalt anyagánál. Legkésőbben a XX. hónapban látta a fogzást megindulni.

Az állandó fogak jelentkezése már a 3-dik évre eshetik, de csak az 5-dik évben szokásos; azután jön a tejfogak hullása. Volt azonban oly esete, hol a 9 éves gyermeknél a teljes tejfogsor megvolt.

A fogzási *sorrend* tekintetében számos lehetőség van, melyet rendszerbe alig foglalhatni. Legfontosabb, hogy a fogpár helyett csak egy fog búvik és ez sokkal gyakrabban szokatlan sorrendben fordul elő. Az egyes fogcsoportok közt a kollő *pausa* sokszor nincs meg. A következő fogcsoport búvik, mielőtt az előtte való teljesen kinőtt volna, vagy már ki van fejlődve, mig az előtte való csak nőni kezd, sőt utóbbi egészen el is maradhat. Kimaradhat 2 fogcsoport is és 2—3 fogcsoportnak egy időben való búvása is észlelhető.

Mint ritkaság előfordul, hogy az első fog előőrlő vagy szemfog, hogy a metszők reczések. Kettős fogat 4-szer látott, hol egy csirából, hogy két csirából nőttek ki. A fogsor síkja tejfogaknál ritkán van megzavarva.

Időelőtti romlás nem sokszor fordul elő, 10 eset közül 4-szer syphilis congenitában szenvedett gyermeknél észlelte és azt hiszi, hogy a felső metszők időelőtti romlása jó jel arra, hogy a gyermek syphilist szenvedett át.

A legtöbb gyermek rhachitisben szenvedett. Minél súlyosabb volt az, annál inkább volt késés és főleg páratlan fogzás vagy a sorrend megbomlása.

Klinikai észleletei egészen határozottan megerősitik azt az álláspontot, mely szerint nehéz fogzás nincs és fogzási betegségek nem léteznek.

(Harmadik ülés 1903. szeptember 9-dikén délután.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond**, majd **Lőte József** és **Genersich Gusztáv**. Jegyző: **Szilágyi György**.

Vas Bernát: A diabetes mellett előforduló albuminuria.

A diabetes mellett oly gyakran előforduló albuminuria már rég ismeretes a klinikusok előtt, azonban csak újabban képezi beható klinikai és experimentalis vizsgálatok tárgyát az az összefüggés, mely egy a diabetes folyamán kifejlődött veselob és a diabetes legfeltünőbb tünete: a glycosuria lefolyása között fennáll.

A diabeteses albuminuriák jelentőségét illetőleg sajátságos vélemények uralkodtak még nem rég egyes klinikusok között, így Bence

Jones, Pavy azt a betegre nézve kedvezőnek tartották, mivel a diabetes ilyenkor szerintük hajlandóságot mutatna a gyógyulásra.

Bouchardat, később Senator volt az, a ki ilyen állítások téves voltára figyelmeztetett.

A diabetes mellett előforduló albuminuriák gyakoriságára vonatkozó számadatok igen tág határok között — 23%—80%, sőt 90% — ingadoznak. A vezetése alatt álló laboratoriumban végzett vizsgálatok alkalmasoknak látszottak arra, hogy ezen kérdés tisztázásához néhány adattal hozzájáruljanak. Az a körülmény, hogy ezen vizsgálatok a dolog természete szerint legtöbbször a klinikai tünetek ismerete nélkül végeztettek, véleménye szerint ezen specialis kérdésben, t. i. a diabetes mellett előforduló albuminuriák gyakoriságának megállapitásánál semmit sem von le a nyert adatok értékéből és az azokból nyert következtetések helyességéből, sőt ezen adatok kiegészítve egyes esetekre vonatkozó és a kezelő orvosok által átengedett kórtörténetekkel elég érdekes adatokat is szolgáltattak a diabeteses albuminuriák különböző válfajainak helyes megismeréséhez.

Az általa végzett vizsgálatokról szóló statistika szerint *1821 czukortartalmú vizelet közül 1407-szer* találtatott fehérje, a mi 77·74%, igen tekintélyes szám, mely legközelebb áll az Aldehoff által összeállított Külz-féle statistikához, mely szerint állandóan találtatott fehérje a diabetes 79·4%-ában, időlegesen 20·6%-ában, úgy hogy tulajdonkép csak 9 esetben hiányzott állandóan a fehérje.

Ezen czukor- és fehérjetartalmú vizeletek üledékének mikroskopikus vizsgálata statistikája szerint az esetek 17·58%-ában derített ki vesealakelemeket, hyalin és szemcsés cylindereket. A Külz-féle statistikában az esetek 70%-ában voltak cylinderek.

Ugyancsak kiderül statistikáiból, hogy a czukor mennyiségével nincsen arányban az albuminuria foka.

Messze vezetne az egyes statistikák közötti nagy ingadozás okait fejtegetni, nézete szerint legvalószinűbb Aldehoff véleménye, mely szerint ezen feltünő körülmény nem annyira az anyag különbözőségében, mint inkább a vizsgálati eljárások, valamint a vizsgálati eredmények megitélésének különféleségében találja magyarázatát.

A diabeteses albuminuriák általában véve vagy olyanok, melyek directe az alapbántalommal függenek össze, illetve annak következményét képezik, vagy olyanok, melyek csak más a diabetest complikáló szervi bántalomnak jelei.

Előbbiek a laboratoriumi, a kórboncztani és kórszövettani vizsgálatok, valamint a klinikai lefolyások szerint czélszerűen 3 csoportba sorolhatók:

1. Albuminuriák, melyekben sem klinice, sem morphologice a vizeletvizsgálat alapján a vese structuralis elváltozása nem tehető fel, Grube szerint functionalis albuminuriák.

2. Albuminuriák, rendszerint az előbbinél nagyobb fehérjetartalommal s a vese szöveti elváltozására utaló alakelemekkel, de minden klinikai vesetünet nélkül.

3. Albuminuriák, melyekben úgy klinice, mint morphologice a veselob tünetcsoportja fejlődik ki.

Nem terjeszkedik ki e helyen a diabeteses albuminuriák ezen egyes válfajainak részletezésére, melyekre vonatkozólag dolgozatában megfelelő kórtörténeteket is lesz bátor közölni.

Csak a 3. csoportról, vagyis a veselob klinikus képét mutató diabetes-esetekről kell néhány szóval még megemlékeznie. Ezeknél ugyanis gyakran észlelhető, hogy a veselob kifejlődésével a diabetes képe mindjobban háttérbe szorul, a mennyiben a vizelet fajsúlya egyre csökken, a czukor kevesbedik, végre teljesen eltünik és a betegek tolerantiája a szénhydratokkal szemben normális lesz; egy idő mulva az egész kórképet csak a veselob tünetcsoportja uralja és a betegek rendszerint uraemikus tünetek között pusztulnak el. Ily esetekben felmerül a kérdés, vajjon a diabetes mint olyan, vagyis a hyperglycaemia szünt-e meg, vagy pedig csak annak nyilvánulása a vizelet útján, t. i. a glycosuria akadályoztatik meg a megbetegedett vese által.

Egynémely klinikai adatból, úgyszintén újabban Ellinger és Seelig által végzett állatkisérletekből valószinűséggel következtethető, hogy ily esetben a glycosuria teljes hiánya daczára hyperglycaemia áll fenn.

Erre vonatkozólag maga is végzett kisérleteket, t. i. nephritikus betegeknél alimentaris glycosuriát idézett elő, miközben nemcsak annak lefolyását, esetleg lassúbbodását, fokát stb., hanem a vér czukortartalmát is meghatározta. Eredményei azonban nem oly egyöntetűek és nem is állanak rendelkezésére oly nagy számban adatok, hogy azokból biztossággal lehetne következtetni. Úgy hogy további vizsgálatoktól, különösen alkalmas esetekben végzendő pontos vérczukormeghatározásoktól lehet megfejtését várni ezen bonyolult kérdésnek, mely nem is oly akademikus jellegű, mint a minőnek látszik, mivel ha az ily esetekben csakugyan kiderülne biztossággal, hogy a glycosuria hiánya daczára áll fenn hyperglycaemia, ezen körülménynek a követendő diaetára is kellene befolyással birni.

Elfer Aladár: A fehérvérsejtszámlálás értéke belső betegségek kórismézésénél.

A fehérvérsejtszámlálás a kolozsvári belklinikán a Türck-féle kamarában történik, még pedig a melangeur tartalmának három cseppjét külön-külön számolják meg és a kapott számok középértéke adja a fehérvérsejtszám köbmillimeterének átlagos számát.

Ily számitás alapján vizsgálták az infectiosus bántalmakat, genyedő folyamatokat mutató egyének vérét, és a kapott eredmények csak megerősitik mások adatait. Némi kitérés történik az emésztési és praeagonalis leukocytosisra is, melyből kitünik ezeknek sok esetben való kimaradása is. Utalás történik a vegyes fertőzésekben szenvedők megváltozott fehérvérsejtszám értékére; végül pedig a fehérvérsejtszámlálás kiterjedtebb használatának jogosultságát hangoztatja, egyrészt a kórisme megerősitése, másrészt pedig a leukocytosis kérdéseiben mutatkozó némi ellentétes adatok felderitése czéljából.

Kétly László: A felolvasó érdekes és complet előadásához az a megjegyzése, hogy a vizsgálatok a differ.-diagnostica szempontjából még hézagosak. A typhusnál a II. belklinikán tett tapasztalatok azt mutatják, hogy nem mindig van leukopenia jelen, sőt szaporodott fehér vérsejtek esetén sem lehet mindig complicatiót észlelni. Exsudatumoknál annak eldöntésére, hogy gümőkóros eredetü-e az exsudatum, sokkal egyszerűbb az exsudatum lymphocytáit megszámlálni, mint a vérét, mert mint azt vizsgálatai is bizonyítják, acut exsudatumnál lymphocytosis tuberculosis mellett szól. Felhivja még a figyelmet a leukopenia jelentőségére a Banti-féle kórnál, bár ez nem mindig biztos különbségi jel a cirrhosis hepatissal szemben.

Általában e vérsejtvizsgálatok még sok kiegészitésre szorulnak, főkép nem elegendő a fehér vérsejtek quantitativ vizsgálata, a qualitativ is szükséges.

Elfer Aladár: Részéről is hézagosnak tartja tisztán a fehér vérsejtek quantitativ adatai alapján nyilatkozni az egyes bántalmaknál a kórisme szempontjából. A fehér vérsejtek egymásközti viszonyának, valamint a vérben rendesen elő nem forduló alakelemek jelenlétének stb. vizsgálatával ezen adatok kiegészitendők.

Typhus abdominalisnál részükről a complicatio nélküli esetekben leukopeniát találtak, voltak eseteik, midőn az első nap 18,000 volt a fehérvérsejtszám, a következő napon leukopeniát találtak, azonban kivételek mindenesetre mindig lesznek.

Az exsudatum pleuriticumról mondottakat nem állitja teljes határozottsággal, de ha a fehérvérsejtszám-csökkenésből a tünetek megállapodására, esetleg javulására következtethetnénk, mindenesetre sokkal csekélyebb beavatkozás lesz valakinek az ujját avagy fülét megszúrni, mint esetleg egy mellűri próbapunctiót megejteni. A fehérvérsejtszám adatainak óvatos értékesitését ismételten hangoztatja.

Konrádi Dániel: A myxoedemáról.

Az irodalmi adatok rövid felsorolása után áttér saját esetének ismertetésére, a melyet ezelőtt két évvel mutatott be az „Erdélyi Muzeum-Egylet“ orvosi szakülésén. A myxoedema tünetei, a melyek 8 év óta állottak fenn, thyreoidin tabletták adagolására egészen visszafejlődtek 10 havi kezelés alatt. 1902. augusztus óta a kezelés szünetel, de ennek daczára a myxoedema tünetei nem mutatkoznak újra. Betege naponként két tablettát szedett be az angol készitményből, az első két napon jelentkezett ugyan kis szivdobogás és főfájás, de azután egészen jól tűrte a beteg a kezelést. Érdekesnek tartja, hogy mig eleinte a nőbetege hallani sem akart a férfiakkal való érintkezésről, sőt „undorodott, ha látta mások enyelgését“, addig a jelen év tavaszán férjhez ment 26 éves korában, s azóta boldog családi életet él. Tovább fogja betegét észlelni, hogy megfigyelhesse, vajjon a recidiva mikor következik be, avagy végkép kimarad talán.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

Békés vármegye közkórházának elmebetegeket gyógyitó osztályán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1600 korona készpénzfizetés, lakás, fütés, világitás és I. osztályú élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Lukács György dr. Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám **folyó évi október hó 28-dikáig** küldjék be.

Gyula, 1903. évi október hó.

2—1 *Berkes* dr., kórházi igazgató.

2995/903. szám.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kisküllő vármegyében fekvő **zsidvei községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. Ezen községi orvosi állás a vármegyei kebli pénztárból havi előleges részletekben fizetendő 1000 korona törzsfizetéssel van javadalmazva s egyszersmind nyugdij-jogosultsággal is egybekötve.

2. Továbbá a község az orvosnak természetbeni szabad szállást és négy hosszú öl tüzifát szolgáltat.

3. Köteles a községi orvos fennebbi fizetésért és javadalmazásért az összes községi lakosokat dijtalanul gyógykezelni, a halottkémlést teljesiteni és a húsvágást ellenőrizni.

4. Az eddigi orvos a községbeli betegek gyógykezeléséért a községben lévő négy szomszédságtól 200 korona tiszteletdijat élvezett — mit a megválasztandó orvos is szorgalma által kiérdemelhet.

5. Zsidve községe a vasút mellett feküdvén a 400 korona fizetéssel és szabadjegygyel javadalmazott vasúti orvosi állásra is mindig a községi orvos volt alkalmazva, mely állást a megválasztandó orvos is elnyerheti.

6. A megválasztandó községi orvos a szomszéd bethlenszentmiklósi körből hozzá beosztott hat szomszédközség kezeléséért, hasonlóan a vármegyei kebli pénztárból havi részletekben fizetendő 600 korona tisztelet- és megállapitott fuvar- és látogatási dijakat élvezi.

7. Végül megjegyzem, hogy Zsidve községének lélekszáma 1450 és a községben gyógyszertár van.

A választást f. évi október hó 21-dikén délelőtt 10 órára Zsidve község irodájába tűzöm ki.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni akarják, hogy törvényszerűen felszerelt kérésüket **folyó hó 20-dikáig** bezárólag adják be.

Hosszúaszó, 1903. évi október hó 1-sején.

2—2 *Gyárfás Károly,* főszolgabiró.

7624/903. alisp. sz.

Maros-Torda vármegye marosi alsó járásában üresedésbe jött **járásorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Minősitési kellékek az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, illetve az 1893. évi 80,099. számú belügyministeri rendeletnek megfelelő elméleti képzettség.

Ezen állással járó illetmények a következők: 800 korona évi törzsfizetés és 600 korona úti átalány.

A pályázati kérvény benyujtásának határideje **folyó évi október hó 22-dikéig** bezárólag.

A pályázati kérvény Maros-Torda vármegye főispánjához czimzendő s benyujtásának módjára nézve az 1902. évi 125,000. számú belügyministeri rendelet kibocsátott vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ának rendelkezése irányadó.

Maros-Vásárhely, 1903. évi október hó 5-dikén.

Farkas, alispán.

13,789/1903. közig. sz., 237. közgy. sz.

Baja város közkórházánál rendszeresített, évi 1000 korona fizetés, butorozott lakás, élelmezés, fütés és világitással javadalmazott egy **alorvosi állásra** ezennel pályázat nyittatik.

Annak megemlitése mellett, hogy az alorvos a kórházban köteles lakni és magángyakorlatot nem folytathat, felhivatnak pályázni óhajtók, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának rendelkezéséhez képest felszerelt folyamodványaikat legkésőbb **folyó évi október hó 25-dik napjáig** méltóságos Schmausz Endre főispán úrhoz Szabadkán nyujtsák be.

Baja város törvényhatósági bizottságának 1903. évi október hó 8-dikán tartott közgyüléséből.

Hegedüs Aladár dr., polgármester.

---

ad. 5811/1903. sz.

Gádoros községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma: 1000 korona készpénz évi fizetés, 4 szobából és a szükséges mellékhelyiségekből álló lakás. Látogatási díjak nappal az orvos lakásán 40 fillér, éjjel 80 fillér, nappal a beteg lakásán 60 fillér, éjjel 1 korona. Halottkémlési díj 40 fillér.

A pályázati kérvények orvosi oklevéllel s az eddigi gyakorlatot igazoló bizonyitványokkal felszerelendők s **folyó évi november hó 10-dikéig** hozzám beadandók.

Orosháza, 1903. évi október hó 11-dikén.

Vangyel, tb. főszolgabiró.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézetben ideiglenesen betöltendő **másodorvosi állásra** Belügyminister úr Ő Nagyméltóságának folyó évi 98,869/IVa. szám alatt kelt felhatalmazása alapján pályázatot hirdetek. Ezen állás évi 1200 korona fizetés, I. osztályú élelmezés, egy szobából álló lakás, fütés és világitással van javadalmazva.

Felhivatnak azon orvostudorok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 korona bélyeggel ellátott kellően felszerelt s a Belügyminister úrhoz czimzett kérvényeiket alulirtnál **folyó évi október hó 24-dikéig** nyujtsák be.

Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha orvostudor nem pályázik, szigorló orvos is alkalmaztatni fog.

Nagyszeben, 1903. évi október hó 10-dikén.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
okt. 19	ker. o.	Hódmezővásárhely	800 k., nyugdij	Juhász Mihály, polgármester.
„ 20	kórh. alo.	Miskolcz	800 k., lakás, ellátás	Tarnay alispán, Miskolcz.
„ 21	körorvos	Gyula-Varsánd	1600 k., 200 k. fuvardij	Mladin Miklós fszbiró, Elek.
„ 25	közs. o.	Hunfalú	1000 k.	Főszolgabiró, Késmárk.
„ 25	közs. o.	Körös-Tarján	1300 k.	Nagy M. főszolgabiró, Nagyvárad.
nov. 15	körorvos	Sikló	1600 k.	Mladin Miklós fszbiró, Elek.
„ 20	közs. o.	Karlova	1600 k.	Horváth Zoltán fszbiró, Török-Becse.

HIRDETÉSEK.

SYR. FERR.

POLYBROM

CUM. ARSEN. SEC. RADITZ

100 gm. tartalmaz Fe. 2·0 K. Na. és Amon. Brom aa 6·0 arsent 0·005.

Javalva van: **Általános idegbetegségeknél, gyengeségi állapotoknál** mint **tonicum** és fertőző betegségek után a **reconvalescentia** szakában **Általános anaemiáknál** és **chlorosis**eseteinél nem csak a vérszegénységet gyógyitja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

Eredeti üveg ára 2 korona.

E készitmény az igen tisztelt orvos urak szives figyelmébe ajánlja a készitő **RADITZ IGNÁCZ** „Fehér-kereszt" gyógyszertára. Budapest, IV., Fővámtér 6. szám.

MÁLNÁSI MÁRIA-FORRÁS

TERMÉSZETES ALKALIKUS SÓS SAVANYUVIZ.

A TOROK GÉGE ÉS LÉGCSŐ, A GYOMOR ÉS BÉLHUZAM HURUTOS BÁNTALMAINÁL A TÜDŐTUBERCULOSIS MINDEN STADIUMÁBAN PÁRATLAN HATÁSÚ; A SELTERSI ÉS A GLEICHENBERGI VIZEKET JÓVAL FELÜLMULJA.

BPESTI VEZÉRKÉPVISELŐSÉG: NÁDAS MÁRTON, DESSEWFFY-UTCZA 41, TELEFON 238

KAPHATÓ: LUX MIHÁLYNÁL MUZEUMKÖRÚT 7 (TEL. 672), MINDEN GYÓGYSZERTÁRBAN — DROGUERIÁBAN ÉS FÜSZERKERESKEDÉSBEN KÚTKEZELŐSÉG BRASSÓ.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

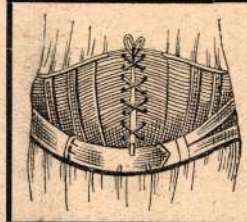
Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.



Haskötő-specziálista.

Polatschek Hugó

sebészeti sérvkötész

Budapest, VIII., Vas-utcza 19. szám.

Ajánlja a tisztelt orvos uraknak módosított haskötőit, méret vagy előirás szerint. Továbbá laparotomia — betegágyas — haskötőket, köldökkötőket, sérvkötőket szakismerettel készit.

Számos elismerés. Számos elismerés.

November hó folyamán jelenik meg!

LAMPEL R. (WODIANER F. ÉS FIAI)
cs. és kir. udvari könyvkereskedés kiadásában
Budapest, VI. ker., Andrássy-út 21. sz.

Dr. MÜLLER VILMOS

KLINIKAI RECIPE KÖNYV

.. AZ EGYETEMI KLINIKÁK .. A BUDAPESTI POLIKLINIKA ÉS A FŐVÁROSI KÖZKÓRHÁZAK GYÓGYMÓDJAINAK, RENDELVÉNYEINEK GYÜJTEMÉNYE.

Ára 5 korona

Tartalom. **Belgyógyászat: Korányi** tanár klinikájáról. Közli: **Dr. Kövesi Géza,** egyet. tanársegéd. **Belgyógyászat: Kétly** tanár klinikájáról. Közli: **Dr. Kétly László,** egyet. adjunktus. **Sebészet: Réczey** tanár klinikájáról. Közli: **Dr. Dapsy Viktor,** egyet. tanársegéd. **Sebészet: Dollinger** tanár klinikájáról. Közli: **Dr. Müller Vilmos,** operateur. **Szülészet és nőgyógyászat: Bársony** tanár klinikájáról. Közli: **Dr. Lovrich József,** egyet. tanársegéd. **Szülészet és nőgyógyászat: Tauffer** tanár klinikájáról. Közli: **Dr. Csiky János,** egyet. tanársegéd. **Szemészet: Schulek** tanár klinikájáról. Közli: **Dr. Scholtz Kornél,** egyet. tanársegéd. **Gyermekbelgyógyászat:** A **„Bródy Adél"** gyermekkórházból. Közli: **Dr. Wittmann Béla,** kórházi alorvos. **Gyermekszemészet:** A **„Bródy Adél"** gyermekkórházból. Közli: **Dr. Mohr Mihály,** egyet. m. tanár. **Gyermekbőrgyógyászat:** A **„Bródy Adél"** gyermekkórházból. Közli: **Dr. Beck Soma,** kórházi rendelő orvos. **Ideg- és elmegyógyászat: Moravcsik** tanár klinikájáról. Közli: **Dr. Hudovernig Károly,** egyet. tanársegéd. **Urologia: Feleki** tanár poliklinikai osztályáról. Közli: **Dr. Feleki Hugó,** egyet. m. t. **Bőr- és bujakórtan: Róna** tanár szt. István-kórh. osztályáról. Közli: **Dr. Steiner Gyula,** kórh. alo. **Fülgyógyászat: Böke** tanár szt. Rókus-kórházi osztályáról. Közli: **Dr. Böke Gyula,** ny. rk. tanár. **Gégészet: Korányi** klin. gégészeti rend. (**Irsay** A. rk. tanár). Közli: **Dr. Polatschek Elemér,** az „Erzsébet-királyné" tüdőbeteg-sanatorium rendelő gégeorvosa. **Fogászat: Árkövy** tan. klinikájáról. Közli: **Dr. Szabó J.** c. t. s. **Függelékül: A tüdőbetegek házi kezelése.** Közli: **Dr. Tauszk Ferencz,** e. m. t., kórh. főo. **Mérgezések.** Közli: **Dr. Friedrich Vilmos,** e. m. t. **Klinikai és laboratoriumi vizsgálatok:** A polikl. labor. Közli: **Dr. Vas Bernát,** e. m. t. **Első segélynyujtás.** Közli: **Dr. Kovách E. Aladár,** a B. Ö. M. Egyesület igazgató-főorvosa.

Kivágandó!

Megrendelő-jegy.

Lampel Róbert (Wodianer F. és Fiai)
cs. és kir. udvari könyvkereskedésének
Budapest.

Ezennel megrendelek postán utánvéttel, vagy az összegnek előleges megküldése mellett

------pld. **Klinikai Recipe Könyvet.** Az egyetemi klinikák, a budapesti poliklinika és a fővárosi közkórházak gyógymódjainak, rendelvényeinek gyüjtem. Szerk. dr. Müller Vilmos, egy péld. ára 5.— K.

Hely ..... Név .....

KARLSBAD

világhírü forrásai és forrástermékei a legjobb és leghatásosabb

természetes gyógyszerek

a **gyomor, máj, lép, vese, húgyszervek** és **prostata** betegségei, nemkülönben **Diabetes mellitus (czukros húgyár), epe-, hólyag-** és **vesekövek, köszvény, idült csúz** stb. ellen.

A természetes karlsbadi

ásványvizek, jegeczes és poralakú sprudelsó

ivó kúráknak otthon,

úgyszintén a karlsbadi sprudel-pastillák, sprudel-szappan, sprudel-lúg és sprudel-lúgsó

minden ásványvizkereskedésben, drogueriában és gyógyszertárban kaphatók.

Karlsbadi ásványvízforrás-kezelőség:

Löbel Schottländer, Karlsbad (Csehország).

A készülék 45/1768 sz. a. Ausztriában, és 4607. sz. a. Magyarországban szabadalmazva van.

D. R. Patent 75037

QUAGLIO-féle

szénsavas fürdők házi kúrák részére.

Javalatok:

Vérszegénység, sápkórság, görvélykór, rhachitis, köszvény, diabetes;
fertőzések és intoxicatiók dyskrasiával (Syphilis);
a légzőszervek betegségei;
az edényrendszer idült betegségei;
a vizeleti rendszer idült betegségei;
a nemi szervek betegségei (Impotentia virilis);
az idegrendszer idült betegségei stb.

Bécsben díjmentesen házhoz szállítás. Szétküldés más városokba ládákban 6, 12 és 24 fürdők részére.

Vezérképviselőség és egyedüli gyártás Ausztria-Magyarország részére:

Apotheke „zum schwarzen Adler", RICHARD SEIPEL, Wien, III/1, Hauptstrasse 60. **Telefon 9411.**

Dr. Römpler-féle sanatorium

tüdőbetegek részére Görbersdorf (Szilézia).

Vezető orvos: **Dr. Joel.** Elsőrangú intézet remek hegyi fekvéssel, a modern hygiena minden kényelmével berendezve. **Központi fűtés, villamos világítás. Lift.** Képes prospektusok.

Nyári és téli kúra. Magyar orvos: **Dr. Bozóky.**

NERVINOL

sec Barabás

Idegcsillapító- és idegerősítő-gyógyszer

kitünően bevált

álmatlanságnál, **neuraszténiánál, hisztériánál** és egyáltalán az idegrendszer mindennemű kimerüléses bántalmazásainál.

Többszörösen kipróbálva.

Kapható minden gyógyszertárban; fő- és szétküldési raktár:

„Szent-István" gyógyszertár

Budapest, V. ker., Nádor-utcza 3. szám.

Szerencsés összetétel kényelmes alakban

a Tabl. Ferri Protoxal. Dr. Deér

sine et c. Arseno.

Orvosprofesszorok és doktorok szivesen rendelik és ajánlják a sápadtság és szegénynyvérűség eseteiben.

Ára, egy üvegben 100 tabletta, 2 kor.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévvizű gyógyfürdő, **páratlan gőzfürdővel,** legmodernebb **iszapfürdőkkel,** pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő-** és **kádfürdőkkel,** 200 kényelmes lakószobával. A legsolidabb kezelés. Prospectus kivánatra ingyen és bérmentve.

MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

Modernül berendezett intézet **tüdőbetegek** számára. Mérsékelt árak. Prospektus.

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvétetnek férfi- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hizlaló kúrák; tabeses betegek gyógyítása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetése alatt. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speczialista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

LASSNITZHÖHE

Graz mellett, az államvasút mentén, **gyógyintézet** egész éven át nyitva, remek fekvés, nagy erdők, dús gyógyeszközök, összes vízgyógymód, villamos kezelés, massage, inhalatio, diaet- és terepkúra; fény-, lég- és napfürdők, Fangogöngyölések, szénsavas fürdők stb. Állandó orvos, jó ellátás olcsó árak mellett. Idegbajosok és belbetegek és üdülők részére. A dependanczokban **nyári lakások** is kiadatnak. Bővebb értesítést ad a **kezelőség** vagy a vezető főorvos **Dr. Miglitz,** Graz, Albrechtgasse 9.

Tamar Indien Grillon

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

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

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnynyel alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemü drastikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A **Tamar Indien Grillon** Franczia-ország első tekintélyei által javaltatik s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-u. 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Vegyészeti gyár Dr. Fritz és Dr. Sachsse

ALBOFERIN

WIEN, I, Bauernmarkt 14

egy könnyen oldható, szag- és ízmélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömecses

90·14% fehérnye, 0·68% vas, 0·324% phosphor.

Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, **Alboferin-tabletták hozzátétel nélkül** 100 db. = K. 1.50, **Alboferin-chocolade-tabletták** 100 db. K. = 1.80.

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitünő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérveszteség, vesebajok, reconvalescensek és szoptatós nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.

Negyvenhetedik évfolyam. 43. szám. *Budapest, 1903. október 25.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Morávcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kétly László és Torday Árpád: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) Mennyiben állapítható meg a punctio indicatioja régibb exsudatumoknál s egyéb mellűri és hasűri folyadékgyülemeknél a kryoskopiai eljárás alapján? 673. lap.

Vladár Márton: Atheroma praepatellare. 675. lap.

Friedrich Vilmos: A hernia epigastricáról belgyógyászati szempontból. 676. lap.

Gergő Imre: A malaria-parasiták endogen fejlődési menete, észlelt esetek kapcsán. 677. lap.

Tárcza. Szegedy-Maszák Elemér: A bruxellesi nemzetközi hygieniai és demographiai congressus. 680. lap.

Közegészségügy. A gyógyszerkülönlegességekről és titkos összetételű gyógyszerekről. 681. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Marikovszky György**: A dysenteria aetiologiájáról. — *Könyvismertetés. Turcsányi Imre* és *Engel Zsigmond*: Az elhagyott gyermekek sorsa Angliában és Olaszországban. — *Lapszemle. Sebészet. Turner*: Az epilepsia prognosisa és gyógyíthatósága. — *Escher*: A typhusos heveny perforatiós peritonitis sebészi kezelés. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Darier*: A methylatropinum bromatum. — *Stekel*: Tussis convulsiva gyógyítása. — *Gareis*: Epilepsia gyógyítása. — *Folyóiratok átnézete.* 681—683.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmazások. — Kinevezések. — Kitüntetés. — Berend Miklós. — A „budapesti orvosi kör". — A törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság tagjai. — A franczia közegészségügyi kamara. — Megjelent. — Elhunyt. 684. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése.

Mellékletek. Szemészet. 4. szám. Szerkeszti: *Schulek Vilmos* dr. egy. ny. r. tanár. — F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Mennyiben állapítható meg a punctio indicatioja régibb exsudatumoknál s egyéb mellűri és hasűri folyadékgyülemeknél a kryoskopiai eljárás alapján?[1]

Irták: *Kétly László* dr. adjunctus és *Torday Árpád* dr. gyakornok.

A mióta *Van't Hoff*-nak az oldott anyagok állapotáról szóló elméletét és *Szvante Arrhenius*-nak az elektromos dissociatioról szóló tételét az orvosi tudományba bevitték és alkalmazták, azóta az élet tüneményeinek megitélésénél a physiologiai működések mellett a chemiának és főleg physikának az eddiginél jóval nagyobb szerepet tulajdonítanak. Az új irányban búvárkodók leleteinek alapján felépített nézetek egyes szervek működését physikai alapon magyarázzák. A physikai-chemiai búvárlatok ugyanis a sejtek működését, illetve a külső ingerekre bennök fellépő elváltozásokat nem a sejtek activ működése gyanánt, hanem a physika bizonyos törvényei (osmosis, diffusio, villamos viselkedés, stb.) alapján itélik meg.

Ezen alapon egyrészt egyes életjelenségek is könnyen magyarázhatók, másrészt számos oly körülményről adhatunk magunknak felvilágositást, a melyekről addig csak homályos sejtelmeink voltak.

Az új irány vizsgálatai még nincsenek befejezve, tételei még nincsenek általánosan elfogadva, azonban már eddig is számos physiologiai tüneményt sikerült kizárólag ezen az alapon magyarázni.

Különösen áll ez a nyirokképződésre, valamint a belekből és a savós üregekből történő felszívódásokra. Nagy kérdés, hogy a physiologiai folyamatok csupán az új irány által felvett hypothetikus alapon történnek-e s ne tulajdonítsunk-e szerepet a sejtek activ működésének is. Bár az egyes életjelenségek a physikalis hypothetikus alapon magyarázhatók, mégis ebből nem következik az, hogy egyedül ennek tulajdonítsuk a hatást és a physiologiai működést kizárjuk. Csupán azt vesszük fel, hogy egyes jelenségek könnyen és egyszerüen magyarázhatók a chemiai-physikai alapon.

Ha az idült mellhártya-izzadmányok viselkedését is ezen az alapon itéljük meg, akkor könnyen megmagyarázhatjuk magunknak azt, hogy miért szívódnak fel maguktól egyes izzadmányok, miért szaporodnak fel más esetben csapolás után, vagy miért maradnak meg a mellürben felszívódásra való hajlamosság nélkül. Az idült mellhártya-izzadmányok viselkedését eddig azért nem tudtuk biztosan előre meghatározni, mert nem ismertük teljesen azon tényezőket, a melyek ilyenkor szerepet játszanak. E miatt várakozó álláspontra helyezkedtünk s csak bizonyos idő elteltével állapithattuk meg a csapolás szükséges vagy szükségtelen voltát. Itt jegyezhetjük meg, hogy klinikánkon akkor csapolunk, ha az exsudatum már 4 hét óta áll fenn s a felszívódásra nem mutat hajlandóságot. Ettől eltekintünk, ha a mellkasi gyülem a II-dik bordáig ér, a mikor is a vitalis indicatio lép érvénybe s tekintet nélkül az exsudatum idősségére, kibocsátjuk a folyadék egy részét.

Minthogy a felszívódásnál szereplő tényezőket nem ismertük teljesen, a felszívódást therapiailag sem tudtuk biztosan előmozdítani.

A felszívódás elősegitésére számos eljárást ajánlottak, a melyek azonban sikereseknek nem bizonyultak; igy a többi között azt ajánlották, hogy a próbaszúrcsapolás alkalmával nyert savós

[1] E közlemény kivonata a magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII-ik vándorgyülésén (Kolozsvár) felolvastatott.

folyadékot a beteg hőre alá fecskendezzük. Ezen eljárást klinikánkon is megkisérlettük, azonban abbahagytuk, mert eredményt nem láttunk tőle.

Az idült mellkasi exsudatumok a felszívódás tekintetében nem viselkednek egyenlően. Látjuk azt, hogy egyes exsudatumok a diagnostikai czélból végzett próbacsapolás után felszívódnak, mások ellenben az ismételten végzett csapolás daczára újból felszaporodnak, a nélkül, hogy ennek okát adhatnók. Betokolt mellhártyaizzadmányok hónapokig fennállhatnak, felszívódásra való hajlandóság nélkül, míg végül valamely okból felszívódnak.

Feltünő és magyarázatra szorul az a körülmény is, hogy az exsudatum terjedése és a láz között nincs congruens viszony. Az izzadmány láz nélkül is szaporodhatik és a láz daczára felszívódhatik.

Az exsudatumoknak különböző viselkedését könnyen megmagyarázhatjuk magunknak s a felszívódás létrejövetelét vagy az exsudatum megnövekedését előre megállapíthatjuk, ha a felszívódást főként physikai alapon magyarázzuk. Az exsudatumok ugyanis, a mint a pleuraürben felszaporodnak, úgy viselkednek, mint só- és fehérje-oldat; a savós gyülem nincs tehát a physiologia törvényeinek alávetve, hanem physikai szempontból itélendő meg.

Tagadhatatlan ugyan, hogy a physiologia is szerepet játszik a felszívódásnál, de nem egyedül s nem olyan mértékben, mint azt azelőtt hitték. Physiologiai szempontból sértetlen pleurákon át történő felszívódásnál a légzőszervek mozgásának jut szerep. Légzésnél ugyanis a bordák egymáshoz közelednek és távolodnak s így mintegy belepréselik a folyadékot a pleuraüregből a costalis pleura nyirokedényeibe.

A belső nyomásváltozás is előmozdítja a felszívódást, a mely az által jön létre, hogy a tüdő egyszer erősebben, máskor gyengébben szoríttatik oda a pleurafalhoz. A nyomást fokozó tényezők csak addig segítik elő a folyadék felszívódását, a míg a feszülés nem akkora, hogy a venosus vérlefolyást megakadályozza. Ezen tényt a gyakorló orvosok már régen ismerik s ezen okból nem eresztik ki az egész mellkasi folyadékot, hanem annak csak kis részét.

A pleuraür tartalma a pleurafal likacsaiba akkor is bepréseltetik, a mikor a mellhártyalemezek egymás felett eltolódnak. (Ezen folyamat exsudatum esetén elesik, minthogy a lemezek ilyenkor a folyadék által egymástól elválasztatnak.)

A physiologiai törvényektől függetlenül, az osmosis és a diffusio physikai törvényei alapján is történik felszívódás. Világos bizonyítékai ennek a hullakisérletek, a melyek kimutatták, hogy ha savós üregbe só- és fehérjetartalmú folyadékot befecskendezünk, a folyadékmennyiség a physikai körülmények szerint szaporodik vagy csökken. További bizonyíték, hogy a felszívódási viszonyok kevéssé változnak, ha az elválasztó hártya sejtjeinek működését thermalis vagy chemiai ingerekkel felfüggesztjük *(Hamburger)*. Az osmosis — mely alatt az osmosisos nyomás folytán a serosus ürből a capillarisok felé vagy fordítva történő vízáramlást értjük — szerepét bizonyítja az a körülmény is, hogy a ductus thoracicus alákötése után — a mikor tehát a folyadéknak a nyirokutakon át való eltávolodását megakadályozzuk — a folyadék csak lassan apad, a felszívódás azonban teljesen megakad, mihelyt a veseütereket alákötjük. *Hamburger*-nek ezen kisérlete azonban nem sokat bizonyít, mert a nyirok a ductus thoracicus alákötése után a truncus lymphaticus dexteren át is áramolhatik.

A diffusio (diffusio = oldott anyagok kicserélődése) törvényeinek jogosultságát a savós üregbeli folyadékok felszívódásánál *Orlow, Leathes, Starling, Hamburger, Roth* és *O. Cohnheim* bizonyították be. Ugyanis, ha a pleuraürbe hypertoniás, azaz olyan konyhasó-oldatot fecskendeztek be, a melynek molecularis concentratioja a vérénél nagyobb volt, akkor a felszívódás nem állott be, hanem a folyadék az ürben felszaporodott, mert a nagyobb osmosisnyomás következtében a vérből folyadék lépett ki.

A töményebb só-oldat annyi folyadékot szított a capillarisokból, míg töménysége a vérével egyenlővé lett. A savós ürből viszont diffusio következtében só vándorolt a vérpályákba, vagyis a só a magasabb concentratiojú helyről az alacsonyabb concentratiojú helyre diffundált az elválasztó falon át. A vér oldott alkotórészeit is megtaláljuk a savós ürben. E három tényező (osmosis, diffusio és a vér oldott alkotórészeinek a savós ürbe való bevándorlása) együttmüködése folytán a kisérleti állat savós ürébe befecskendezett hypertoniás oldat isotoniássá lett. Ha hypotoniás, azaz a vérnél hígabb töménységü só-oldatot fecskendeztek be, az oldat az említett tényezők behatása folytán szintén isotoniássá lett, csakhogy ekkor a véráramlás és a diffusiós áramok ellenkező irányúak voltak. E kisérletek azon általánosan elfogadott tételre vezettek, hogy valamely oldat csak akkor szívódik fel a savos ürből, ha a vérserummal isotoniássá lesz; ha nem az, akkor előbb osmosisos és diffusiós folyamatok által válik azzá s csak azután szívódik fel. Az isotoniássá vált oldat az egész resorptiós folyamat alatt isotoniás marad, azaz molecularis concentratioja állandósul (de chemiai összetétele nem).

Ha a savós üregben levő folyadék valamely són kivül fehérjét is tartalmaz, akkor a felszívódás ép úgy történik, mint azt fentebb leirtuk. Ha a savós ürben levő hypotoniás oldat a vér fehérjetartalmánál gazdagabb, akkor az oldatnak fehérje mennyisége még egy ideig növekszik, mert a folyadékmennyiség a capillarisok felé vándorolván, megkisebbedik, a vérből ellenben sók vándorolnak a serosus ürbe s a két folyamat egymás mellett párhuzamosan addig halad, a míg a folyadék isotoniássá lesz. Akkor a capillarisokból folyadék fog áramlani a savós ürbe, a honnan viszont a folyadék magasabb partialis concentratiojának megfelelőleg a vérből isotoniás só-oldat lép ki, míg a concentratiós különbség kiegyenlítődik, a mely időponttól kezdve a vércapillarisokból további resorptio nem történik. Miután a pleurák gyuladásakor a felszívódásnál fontos szerepet játszó nyirokutak és szájdák részben elpusztulnak, részben gyuladásos termékekkel betömetnek s ezen okokból phyologiai rendeltetésüknek nem lesznek képesek megfelelni: ily esetekben a felszívódás esetleges létrejötte csakis az osmosisból magyarázható.

Az osmosisos theoria ellen azt az ellenvetést lehetne tenni, hogy mihelyt a vér és a folyadék között az osmosisos egyensúly helyreáll, nincs többé olyan mozgató agens, a mely az exsudatumnak a capillarisokba való bevándorlásának indító okát képezhetné. Hogy miért vándorol mégis ilyen esetekben a folyadék a capillarisok felé, arról *Roth* és *Strauss* szolgáltak helyes magyarázattal, a mennyiben kimutatták, hogy az élő capillaris fal a fehérjéknek nehezebben átjárható, mint sóknak, és hogy ha a két folyadék molecularis concentratioja között különbség van, a hártyán keresztül úgy egyenlítődnek ki a folyadékok, hogy az áramlás a kevésbbé concentrálttól a magasabb concentrált felé történik, függetlenül a folyadékok partialis összetételétől. Ha azonban mindkét oldat molecularis concentratioja egyenlő, a folyadék arra felé fog áramlani, a hol azon moleculák vannak feleslegben, a melyekre nézve capillaris fal a többiekhez képest nehezebben átjárható. Ilyen moleculákkal bir a vér fehérjéje, a melyre nézve a capillaris fal kevésbbé permeabilis, mint az exsudatum fehérjéjére nézve. Az exsudatumok fehérjetartalma azonfelül kisebb, mint a vérsavóé. *Senator* kimutatta, hogy az exsudatumok 2·5—5% között váltakozó fehérjetartalmuk daczára kevesebb fehérjét tartalmaznak, mint a vérsavó, a melynek fehérjetartalma *Hammarsten* szerint 8·5%. Bár *Dreser* kimutatta azt, hogy a vér fehérjetartalma annak molecularis concentratioját csak kevéssé változtatja meg, mert az összes fehérjék kicsapása után a fagypont 0·1° C.-sal emelkedik, mégis *Róth*-tal együtt fel kell vennünk azt, hogy az osmosisos egyensúlynak a vizkiegyenlítődés által való bekövetkezése után, a vér nagyobb fehérjetartalma szolgál okul arra nézve, hogy a vízáramlás a folyadéktól a capillarisok felé történjék s ily módon jön létre az exsudatumok felszívódása.

Fel lehetne még azon érvet is hozni, hogy az exsudatumokban levő fehérjemoleculák a vérben levőknél kisebbek s e miatt nincs akkora befolyásuk a fagypontra, mint a vérben levőknek. Ezzel szemben hangsúlyozandó *Senator* véleménye, hogy az exsudatumok fehérjéi a vérplasma fehérjéjével azonosak, a mely eredményre *Blum* is jutott a jodmeghatározás segélyével.

A fent ismertetett okoskodásból azon gyakorlati következtetést vonhatjuk le, hogy valamely mellkasi folyadék csak akkor szívódik fel, ha a molecularis concentratioja kisebb vagy közel egyenlő a vérével. Mert csak ilyen esetekben remélhetjük azt, hogy a vérnek vizet magához vonzó ereje a folyadék felszívódását fogja eredményezni, minden beavatkozás nélkül.

Rothschild, Noorden tanár klinikáján, 12 esetben vizsgálta a

pleuralis exsudatumok molecularis concentratioját a fagypont meghatározás segélyével s azt találta, hogy mindazon esetekben, a melyekben az exsudatum molecularis concentratioja kisebb volt mint a véré, tehát — normális veséket feltételezve — 0·56°-nál, mindazon esetekben a gyuladás megszünte után a folyadék gyorsan felszívódott.

* * *

Rothschild vizsgálatainak eredményes voltán felbuzdulva, mi is azt vizsgáltuk, hogy az idült mellkasi izzadmányoknál a mellkasi gyülem molecularis concentratiojának meghatározásából a prognosis tekintetében miféle következtetéseket lehetne levonni. Minthogy egyenlő osmosis nyomású és hőmérsékű oldatok egyenlő térfogatában a bomlatlanul oldott anyagok mennyisége annak moleculasúlyával arányos, a híg oldatok fagyáspontjának vagy göznyomásának, csökkenéséből az oldott anyagok molekulasúlyát határozhatjuk meg. Az osmosisos nyomás közvetlen meghatározása ugyanis kisérleti nehézséggel jár, fagypontcsökkenéssel, göznyomáscsökkenéssel, forráspontemelkedéssel való mérése azonban kényelmes. A molekulasúly a chemiai úton levezetett értékkel a legtöbb esetben megegyezik, csupán az elektromosságot jól vezető elektrolytek képeznek alóla kivételt.

Eseteinkben a molecularis concentratiót a fagyáspontcsökkenés alapján határoztuk meg, a mely czélból a *Beckmann*-féle készüléket használtuk. Az exsudatum fagyáspontcsökkenését fp-vel jelöltük. Az exsudatum pleuriticumon kivül mellüri és hasüri transsudatumokat, valamint hasüri exsudatumokat is vizsgáltunk.

Eseteink a következők:

I. Exsudatumok.

1. H. M., 12 éves. Beteg lett 1902 junius hóban, felvétetett 1903 május 20-dikán, távozott junius 21-dikén. *Klin. diagn. Exsudatum pleurit. lat. dextri. Hydrops ascites. Tumor hepatis.* Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1902 juniusában jobb vállizületében szaggató fájdalmak léptek fel, ehhez azután gyakori hideglelés, láz és erős köhögés csatlakozott, később a hasában is felléptek fájdalmak. Ezen baja mintegy két hónapig állott fenn. Ezután a beteg majdnem állandó fejfájásban és gyengeségben szenvedett. Hetenként 2—3-szor hányás lepte meg, hányadéka többször kevés vért is tartalmazott. Április hó közepe óta veszi észre, hogy hasa megnagyobbodik. Ezenkivül néha fájdalmakat is érez hasában, időnként forróságai vannak, 2—3 naponként véres hányás lép fel nála és állandóan nehéz légzése van. Keveset köhög. 5—6 éves kora óta naponta reggel egy kis pohár pálinkát iszik, azonkivül akkor is, ha hasában fájdalmakat érez. Ebédhez és vacsorához pedig rendesen 1—1 pohár bort szokott inni.

Felvételi állapot. Mellkas elég jól fejlett, dombordad, aláfelé kiszélesedő, jobb mellkasfél tágabb, légzésnél visszamarad. A t. é. n. dobos kopogtatási hang a jobb oldalon, ülő helyzetben a III. borda felső széléig terjed a szegycsont melletti és a bimbóvonalban, a középső hónaljvonalban a IV. borda felső széléig. A tompulat fekvő helyzetben egy bordaközzel alacsonyabb. Bal oldalt t. é. n. dobos kopogtatási hang a parasternalis vonalban a III. borda alsó, a középső hónaljvonalban a VIII. borda felső széléig terjed. Hátul jobb oldalt a t. é. n. dobos kopogtatási hang a vertebra prominenstől a IV. bordáig terjed, honnan lefelé absolut tompa a kopogtatási hang. Bal oldalt hátul t. é. n. dobos a kopogtatási hang a paravertebralis vonalban a IX., a scapularis vonalban a VIII. bordáig. A tüdők felett mindenütt érdes légzés hallható. A jobb mellkas tompulata felett légzés nem hallható, ugyanitt gyengült a bronchophonia és a pectoral fremitus.

Szivcsúcslökés a bal IV. bordaközben a bimbóvonalon valamivel belül gyengén tapintható. Szivtompulat felső határa a III. borda alsó széle, befelé összefolyik a jobb mellkas tompulatával, ki és lefelé a szivcsúcslökés helyéig terjed. Szivhangok tiszták és kellően ékeltek.

Pulsus kishullámú, elég telt, szapora, száma perczenként 120. Májtompulat alsó fele sima, felszinével és éles széllel ballottement-val jól tapintható a bordaiv alatt és széle itt a bimbóvonalban négy, a parasternalis vonalban öt ujjal haladja meg a bordaivet, a középvonalban pedig két ujjal van a köldök felett és innen ismét felfelé haladva a bal bimbóvonalban már nem tapintható. Léptompulat felső határa a VIII. borda felső széle, alsó polusa a bordaiv alatt nem tapintható. A has előredomborodó, az elődomborodás főleg az oldalsó és alsó részekre vonatkozik. Az epigastriumban a ballottement-val kitapintható máj felett tompa kopogtatási hangot kapunk. Ez alatt a köldök alatt 2 ujjnyi távolságig és mindkét oldalon a bimbóvonalig dobos a kopogtatási hang, különben a has többi része felett tompa.

A betegnek oldalra való fektetésekor a magasabban levő oldal feltisztul. A has felett hullámzás kimutatható. Az alsó végtagok nem oedemásak. Vizelet idegen alakelemeket nem tartalmaz. Felvétel alkalmával eszközölt próbacsapoláskor a jobb mellkasfélből tiszta savó ürült, a melynek fajsúlya 1020, fehérjetartalma 3% volt. A hasüri tiszta savó fajsúlya 1022, fehérjetartalma 4½%.

Rendelés 3×0·5 gm. agurin. Vizelet napi mennyisége 1000—1500 kcm. Május 23-dikán a jobb mellkasfélből 1200 kcm. tiszta savó bocsáttatott ki, melynek fagypontja *0,65* volt. Utána a tompulat hátul a gerinczmelletti vonalban a VII. bordáig, oldalt a VI. bordáig, elül a szegycsont melletti vonalban az V. borda felső széléig tisztult fel.

A lelet alapján valószinű volt, hogy az exsudatum nem szívódik fel, hanem újra meg fog gyülni, s igy is történt. Junius 1-jén már a tompulat felső határa ülő helyzetben a II. borda alsó szélénél kezdődik, hátul a IV. borda felső szélén, a jobb tüdő felső része felett pedig úgy elől, mint hátul dobos a kopogtatási hang. Junius 2-dikán 1600 kcm. véres savó bocsáttatott ki, mikor is a tompulat elül ülő helyzetben a IV. borda felső széléig terjedt a szegycsont melletti vonalban, oldalt az V. borda felső szélénél kezdődött, hátul a gerincz melletti vonalban pedig a VI. bordánál.

A tompulat junius 9-dikén már újból a III. bordánál volt ülő helyzetben a paravertebralis vonalban, oldalt a IV. borda alsó szélénél, hátul a gerincz melletti vonalban pedig az V. bordánál. Beteg junius 17-dikén a kórodát elhagyja. Az észlelés egész ideje alatt láztalan volt.

(Folytatása következik.)

Atheroma praepatellare.

Vladár László Márton dr. kórházi főorvostól.

Az atheromák a sebészeti praxisnak leggyakoribb jelenségei s azért felismerésük kedvencz előfordulási helyükön, a hajzatos fejen, tarkón, arczon, vállakon, s esetleg az extremitások bőrén, nem okozhat nehézséget. Diagnostiki tévedésekre ante operationem csak ott adhatnak alkalmat, a hol a fellépés helye szokatlan, vagy a hol megjelenésök objectiv tünetei egyéb tumorokéival congruálnak.

Ilyen szokatlan hely a praepatellaris terület, a hol a megnövekedett atheroma egy idült fibrosus hygromának minden sajátságával rendelkezhetik.

Egy ilyen inkább pathologiai, semmint operativ szempontból szokatlan, s a bursitis praepatellaris chronica fibrosa megjelenését utánzó atheromcysta került kórházunkban műtét alá.

Az atheromák általában vékony falú cysták, melyek a bőrrel és a subcorialis szövettel csak lazán függnek össze, s ezért, műtéti kifejezéssel élve, enucleálhatók. Nincs azonban kizárva, hogy izgatás és többször lezajló lobfolyamatok a falzat hyperplasiájához ne vezethetnének, a mihez esetleg az extremitásokon alkalom adódhatik, s akkor a laza összenövés teljesen fibrosus képet ölthet, s az enucleatio fokozatosan késsel történő kifejtésnek kell, hogy helyet adjon. Az ilyen hyperplastikus falú cysta elveszítheti idővel ismert rugalmasságát, és a solid fibromák keménységét veheti fel.

Kisebb vagy kezdetleges atheromák a térd felett, akkor a midőn bőrbeli genesisük, a patella feletti minden irányú eltolhatóságuk constatálható, felismerhetők; ha azonban nagyok — mint esetünkben —, az alappal összekapaszkodva, a patellától el nem különíthetők, elveszítik bőrbeli eredetük minden jelét, akkor atheromáknak csak műtét után ismerhetők fel.

Nem tagadhatom, hogy útbaigazítással szolgálhatott volna esetünkben az anamnesis is, ha annak a közepes intelligentiájú asszony bemondása alapján hitelt adtunk volna, mert tudvalevő dolog, hogy míg a bursitis hirtelen nagy gömbsegmentumban emeli fel a patella bőrét s az initialis lobfolyamat minden tünetével jár, addig a lassú és fokozatos növekedés a bursa megbetegedését kizárja. A beteg kórrajza következő:

Anamnesis. Beteg nő előadja, hogy 6 évvel ezelőtt jobb térde felett egy kis daganat keletkezett, mely padlósurolás által irritáltatván, mindinkább nőtt. Ha foglalkozásából eredőleg többet kellett térdelnie, a daganat erősen meggyuladt, és sokszor fájt is.

Jelenállapot. A jobb patella felett tyúktojásnyi daganat látható. A bőr felette kissé kivörösödött, legmagasabb domborulatán ránczba nem szedhető, oldalain azonban kissé eltolható és sehol sem feszül. A daganat kemény ugyan, de nem teljesen csonttapintatú, lefelé átmegy a patellába, s vele együtt jobbra-balra eltolható s úgy néz ki, mintha belőle nőtt volna ki. A patellát a daganattól elválasztani nem lehet. Térdizület szabad, minden irányban mozgatható.

Műtét cocain-acoin anaesthesiában. 7 cm. hosszú metszéssel keresztülhatolván a bőrön, élesen elhatárolt tokra nem bukkantam, s ezért késsel fejtettem ki körüskörül a corialis és subcorialis kötőszövettel erősen összekapaszkodó daganatot. A kifejtéssel az alap felé közeledve, érezni lehetett a patellát, melyről a daganatot nehezen bár, de tompán sikerült leválasztani.

A kiirtott képlet gömbalakú, átmérője 5 cm., tokja kemény, rostos, 1/2 cm. vastag. Üre olaszmogyoró nagyságú, kásaszerű sárgás detritust és kevés savót tartalmaz.

Az eredetileg a patella feletti bőrben székelő daganat a beteg foglalkozása következtében okozott insultusok folytán terimében megnövekedett, falzata megvastagodott, s a környező kötőszövettel összenőve, tekintélyes nagyságánál és kiváló helyénél fogva a praepatellaris hygroma képét mutatta.

A hernia epigastrica belgyógyászati szempontból.

Közli: *Friedrich Vilmos* dr., egyet. m. tanár, a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosa.

(Vége.)

Ezen esetet traumatikus eredetű gyomorrepedésnek tartottam, melynél a sérülést követő első napon bélsárhányás is lépett fel, jeléül annak, hogy a pylorus nem záródott jól s petyhüdt állapotában az antiperistaltikus mozgás beálltával a bélsarat átengedte. A gyakori görcsrohamokat gyomorrepedés után beállott összenövésből vagy hegből származottnak tekintettem mindaddig, míg a sérülés után vagy 4 hónappal újból vizsgálni alkalmam volt, midőn a munkába lépés után néhány nappal nehéz teher emelése után görcsrohamtól meglepve, összekuporodva, járni alig volt képes s a munkát abbahagyni volt kénytelen. Ez alkalommal a linea alba-ban a proc. xiphoideus alatt 4 ujjnyira a középvonaltól balra egy kis babnyi, gömbszerű, érintésre és nyomásra szerfelett érzékeny, kiemelkedő s vissza nem helyezhető hernia epigastricát fedeztem fel, melyet az intelligens beteg állítása szerint az első sérülés utáni napokon vett észre magán rövid időn át, de melyet említésre sohasem érdemesített. Hátfekvés, nyugalom, pihenés után 3 nappal a görcsszerű rohamok teljesen elmultak; két hét mulva újbóli munkába állás után két izben ismétlődött, úgy, hogy a munkát abbahagyva, mesterségét változtatva, ülő foglalkozást nyerve, e görcsök többé nem ismétlődtek.

Nem csalódom, ha ez esetet is a trauma okozta hernia epigastricák sorába felveszem, mely a gyomorrepedés gyógyulása után előidézője volt a későbbi súlyos tüneteknek. De akár tagadjuk is, mint *Schmidt*, *König*, (ki e sérvekről úgy számol be: „Witzel hält ein Trauma öfter für die Ursache, was unsere Fälle wenigstens nicht beweisen"), *Rinne* a trauma okozta keletkezést, akár elfogadjuk az *Orth* és *Seidel*-féle ellenkező álláspontot, ténynek kell tekintenünk, hogy — mint ezt legújabban *Schott*-nak[1] a trauma jelentőségét a sérvek előidézésében tárgyaló, a legújabb irodalmat felölelő monographiájában is olvashatjuk — a trauma képes ily herniákat előidézni és pedig közvetlenül vagy közvetve, hogy előzőleg praeformálja az utakat olyképen, hogy egy újabb traumás behatás csak figyelmessé teszi a beteget bajára. A baj ilykép csak a közvetettség egyik jele. *Roser* az utóbbit fogadja el, és így nyilatkozik e sérvekről: „Die Patienten, welche einen Bruch plötzlich bekommen zu haben meinen, täuschen sich; sie hatten einen Bruchsack schon lange, erkannten aber den Bruch erst bei starker Anfüllung oder Anspannung desselben im Moment einer Anstrengung der Bauchmuskel".

König[2] nem hiszi ugyan, hogy ütés a testre egyszerre volna képes előidézni hasadékot s ilynemű sérvet, de megengedi, hogy nehéz, megerőltető munka s a hasizmok erős feszülése mellett ilyen praeformált gyenge hely fokozatosan kitágíttatik. *Thiem*[3], a balesetek okozta traumás eredetű megbetegedések alapos ismerője, bár az ily sérveknél a tünetek súlyosságához viszonyítva 33% baleseti járulékot hoz javaslatba, helyeselve König és B. Schmidt álláspontját, miszerint a traumás eredet a sérvek keletkezését előkészíti, az esetek nagy többségében a traumát kizárandónak véli. Daczára ama számos ellentétes nézetnek, úgy vélekedem e kérdésben, hogy *különösen ama traumatikus behatások okozhatják tapasztalatom szerint ama sérveket, melyeknél a test nagyobb erő kifejtése mellett hátra van dölve* s a mikor a vállizület körüli izmok a terhet előre, fel- és mellfelé emelni segíteni igyekeznek, mely művelet alatt az intraabdominalis nyomás feltétlenül emelkedett. A linea alba felső része egyes helyei némely embernél gyengébbek s *Graser*[1] szerint lyukacskákat vagy *Hildebrandt*[2] szerint keskeny hasadékokat tartalmaznak. Ezen az edények és idegek átjárására szolgáló lyukacskákon a subserosus zsírszövethez tartozó zsírpamacsok kinőnek s fokozatos növekvésük mellett esetlegesen omentumot vagy hashártyát vonnak maguk után, vagy egy a hashártyától fedett sérvzsákot képezhetnek, melybe alkalomadtán csepleszrészek beléphetnek.

Ezen hasadékokon áttörő, csak zsírt s egyéb zsírrészeket tartalmazó sérvekkel azonban nem azonosak a rectus izomnak terhesség vagy hasvízkór után vagy folytán fellépő diastasisából eredő sérvek.[3]

Maydl[4] is ama hasonló nézetet vallja, hogy t. i. ezen edényrések tágulás folytán idővel sérvkapukká válhatnak, bár azt is concedálja, hogy e kapuk, melyeken e sérvek előlépnek, embryonaliter lehetnek előkészítve.

E sérvek kórtanilag és boncztanilag két csoportba oszthatók, u. i. olyanokba, melyeknél egy sérvtömlő ki van fejlődve s olyanokba, melyek csakis utánozzák a tulajdonképeni sérveket, melyek e tömlőt nélkülözve, csakis zsírszövetből állanak. *Plöger*nek ez irányú összeállítása szerint 77 végig észlelt sérv közül 46 igazi volt s 31 lipomaszerű zsírsérv. A sérvnek e két fajtáját azonban, lévén klinikai kórképük, az általuk előidézett kórtünetek egyezők, a betegen egymástól elkülöníteni nem lehet a nélkül, hogy műtét útján meggyőződést szereznénk a sérv tartalmáról, mely néha a fentemlített képleteken kivül — ha ritkán is — gyomor vagy bél is lehet.

Felemlítésre érdemesnek tartom, hogy *Thoman*-nak 1895-ben közétett 38 esete közül a sérv csakis hat esetben, vagyis az esetek alig hatodrészében, a linea alba hasadékából kitüremkedő zsírból állott, míg a többi eset közül két izben a hashártyának fali része volt előre türemkedve, 26-szor az omentum vett részt a sérv képződésében, míg a bélrészletek csak 4 esetben. *Plöger*-nek saját s a sebészeti irodalomból összeállított 77 esete közül a daganat az esetek majd felerészében, 39-szer zsírt tartalmazott, 31 izben omentum, 5-ször bél volt a tartalma, míg a sérvtömlő 11-szer üres volt.

A lencsényi, borsónyi, babnyi, cseresznyenagyságtól egész diónyi, sőt néha ökölnyi ilynemű sérvek, legyen tartalmuk zsír vagy legyenek valódi sérvek, néha semminemű kellemetlen tüneteket nem vonnak maguk után; az illető egyének ezek mellett s ezek daczára igen jól s fennakadás nélkül el tudják végezni néha igen nehéz munkából álló teendőiket. Az én eseteimben is nagy számmal fordultak elő olyanok, kiknek sejtelmük sem volt sérvükről, kik csakis akkor kezdtek a hosszabb vizsgálat folyamán erős nyomáskor fellépő fájdalmakról panaszkodni, mikor a figyelmüket reátereltük. E sérvek 27 esetemben kellemetlenséget, kisebb, sőt nem ritkán nagyobb zavart is okoztak, de a másik 26 esetemben vagyis összeseteim 49·1%-ában, tehát majdnem felében semminemű panaszra okot nem szolgáltattak.

Kiemelendőnek vélem, hogy nem a sérv nagyságától, de meg a helyétől sem függ a tünetek súlyos volta, mert néha igen apró sérv kellemetlen s sokoldalú tünetcsoportot vált ki, míg a nagyobb sérvről még csak tudomása sincsen a betegnek. E sérvek be is ékelődhetnek, a mikor incarceratiós tünetek jelentkezhetnek, a mint ezt *Gussenbauer*[5] esete igazolja, a melynél a sérvben az incarcerált bélkacs kimutatható volt, bár kiemelendő, hogy ép e sérvek sajátossága, hogy be nem ékelt állapotban is mintegy utánozva a beékelődést, igen sok bajjal s fájdalommal járhatnak. *Kilpatrik*[6] leirja egy 40 esztendős néger asszony esetét, kinél a

[1] *Schott*. Die Bedeutung des Traumas bei den verschiedenen Hernien. Monatschrift f. Unfallheilk. VIII. 3. 1901.
[2] *König*. Lehrbuch der operativen Chirurgie. Berlin, 1899.
[3] *Thiem*. Handbuch der Unfallerkrankung. Stuttgart, 1898.

[1] *Graser*. Die Unterleibsbrüche. Anatomie, Pathologie u. Therapie. Wiesbaden, 1891.
[2] *Hildebrandt*. Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie. Wiesbaden, 1894.
[3] A trauma s a sérvek közti összefüggést, valamint a sérvek keletkezésének okait bőven tárgyalja *Hagenstorn*: „Bemerkungen über die weisse Linie und über den Bruch der Bauchwand" Jurjew (Dorpat) 1902-ben megjelent könyvében.
[4] *Maydl*: Die Lehre von den Unterleibsbrüchen. Wien, 1898.
[5] *Gussenbauer*: l. Virchow-Hirsch's Jahresbericht. 1876.
[6] *Kilpatrik*: Incarceration of jejunum. Virchow-Hirsch's Jahresbericht. 1875. II.

nagy mennyiségü zsírtömeg miatt a hasi sérvet kórismézni egyáltalában nem lehetett, holott a műtét annak jelenlétét beigazolta, valamint azt is, hogy e sérvben incarcerálódott jejunum volt található.

A sebészeti kézikönyvek s új tankönyvek egyaránt kimerítően számolnak be a sérvek által okozott tünetek különféleségéről, egy bizonyos egységes kórképnek felállítása nélkül. Az én eseteim s az irodalomban talált esetek nyomán állíthatom, hogy a gyakrabban jelentkező tünetek: savanyú felböfögés vagy böfögés, puffadtság a gyomorban, hányinger, gyomorégés, gyomortáji érzékenység, a gyomortájnak fájdalmassága nyomásra vagy nyomás nélkül, fejfájás, szédülés s székszorulás, flatulentia; ritkábban mutatható ki a hányás, az evés, járás, a törzsnek hátra feszítése után fokozódó fájdalom, epekőrohamot utánzó görcsök, fájdalom járáskor, köhögéskor fokozódó érzékenység, a jobb mellkas, alhas, hólyag, here és végbélfelé kisugárzó fájdalmak, hyperaciditás és szívdobogás.

Az első izben *Lennhoff*[1] által leirt fröcscsenés, melyet hanyatfekvés mellett a sérvre lassan s könnyedén alkalmazott kéz köhögés alkalmából érez, nem ritkán tapasztalható; ez érzés olyan, mintha egy finom kis nyiláson át folyadékot fecskendeznének a kéz felé. E tüneteken felül *Wernher* még megemlékszik a bajnál jelentkező ideges depressioról, mely a beteget testi vagy szellemi munkára képtelenné teszi, s hogy a női nemnél a hószám ideje a kórjelenségek súlyosságát még fokozza; e tünetek mellett, valamint a lesoványodás vagy az arcz halványodása folytán szerinte nem is ritka, hogy az orvosok ily esetekben hysteriát kórisméznek.

E különféle tünetek folytán, melyek a legkülönbözőbb kórfolyamatoknál jelen lehetnek, nem is ritka, hogy a hernia epigastricát gyomorhuruttal, gyomorfekélylyel, gyomortágulással, gyomorneurosissal, enteroptosissal, ólomkólikával, ideges szívdobogással, hypochondriával vagy hysteriával zavarták össze és eserélik fel, melyektől megkülönböztetni rendszerint s rendes körülmények közt nem nehéz, különösen, ha a beteget úgy fekvő, mint álló s előrehajlott helyzetben, esetleg oldalvilágítás mellett is vizsgáljuk, mert egyenes vagy előredőlt testtartásban még azoknál is kitapintható — mely esetekben azonban nem ritkán kitapintható hasadék vagy hosszúkás, esetleg körkörös nyilás a hasfalban —, kiknél fekvéskor a sérv eltünik. *Richter* gyanus esetekben a sérvre való vizsgálódást étkezés utáni időben ajánlja, mert ily esetekben a sérv jobban előredomborodik, de ezen segédfogás mellett sincsen kizárva ama lehetőség, hogy a sérvnek kórismei megkülönböztetését vérömlenytől vagy lipomától minden biztonsággal eszközölhetjük. Csak igen ritkán fog beállani ama következményeiben is súlyos körülmény, hogy a kórismét differentaliter felállitani nem tudjuk, mint a Hári Pál dr.-ral közösen észlelt következő esetben: B. E., 37 éves, betűszedő, 1901. október 16-dikán vette első izben észre, hogy mélyen a zsírpárna alatt egy diónyi daganat lépett fel. A betegnél azonkivül oly panaszok s kórtünetek (Brach-Romberg, lancináló fájdalom, Robertson-tünet) jelentkeztek, melyekből a tabes dorsalist biztossággal lehetett kórismézni. E betegnél időnként rohamszerüen felléptek a felhasra terjedő görcsszerű fájdalmak, melyek a tabes gyógykezelése daczára nem szüneteltek s melyekről egyáltalában nem lehetett eldönteni, vajjon ezek crises gastriques vagy pedig a hernia által feltételezettek. Mind e tüneteknek magyarázatára képtelenség elhinni, hogy ezek a gyomorfal direct mechanikai izgatásától volnának feltételezve, hanem bele kell nyugodni *Gussenbauer* nézetébe, hogy a hashártyával összenőtt edények s idegek, melyek a sérvkapunak keskeny s szük szélein, a hasadékokon keresztül kocsányszerüen törnek előre, a hasfali izmok összehúzódása által összenyomatva ama idegizgatást idézik elő, mely a maga részéről reflectorice okozhatja s okozza az előbb említett különféle jelenségeket. Az ok tehát nem egyéb, mint az omentumnak a hashártyához vagy az álszalagoknak a hasadékhoz, az ú. n. sérvkapuhoz vagy a hashártyához való gyakori vongálása, melynek lehetősége pedig a nehéz munkát végző betegeinknél mindazon esetekben meg volt adva, midőn nehéz teher emelésekor, a testnek előrehajlásakor, felegyenesedésekor a hasfali izmokat megfeszítik, midőn a hasadéknak szükitése mellett a tartalom összenyomatik. Igaza van Gussenbauernek, midőn kiemeli, hogy biztos jelét annak, hogy ezen említett körülmény okozója az idegrendszerbeli tünetek kiváltásának, abban is láthatjuk, hogy az idegrendszeri tünetek eltünnek, ha sikerül a zsírdaganatokat reponálni s a további újbóli előretüremkedést czélirányos kötéssel megakadályozni, bár igen kérdésesnek tartom, vajjon lehet-e felnőtt, különben egészséges embernél a hernia epigastricát visszanyomva, kötéssel, gummi-pelottával, mint némelyek ajánlják, állandóan visszaszorítva tartani.

S ha egyes esetekben, különösen igen vastag hasfalak mellett, a hernia epigastrica kórismézése igen nehéz, sőt néha majdnem a lehetetlenséggel határos, úgy még ennél is sokkal nehezebbé válik annak megállapítása, vajjon igazi boncztani sérvvel van-e dolgunk, azaz csak zsírszövet van-e a terimenagyobbodásban vagy más is; mert némely kutatónak ama irányító tünete, hogy ha az előredomborodott sérv tömött s ha felette tompa a kopogtatási hang, úgy az omentum vagy zsír, míg ha felette a kopogtatási hang dobos s a sérv esetlegesen korgás kiséretében visszahelyezhető, akkor az bél, a gyakorlati tapasztalati tények szerint gyakran felmondja a szolgálatot.

Ezen ilyképi megkülönböztetés külső vizsgálatra teljesen lehetetlen, de a gyakorlatban nem is fontos, mert a műtéthez minden körülmények közt úgy kell fogni, mintha igaz sérvvel volna dolgunk.

A műtét elkerülhetetlen mindazon esetekben, midőn ilynemü hernia súlyos, türhetetlen, az életet elkeserítő, a munkát megakadályozó tünetekkel jár, e sérv műtétnek vetendő alá annál inkább, mert az általa elért, sebészek részéről felemlített eredmények nemcsak igen biztatók, de fényeseknek mondhatók, egyrészt, mert a műtét, melynek főmomentumai a sérv feltárása, a kocsány kikészítése s levágása, az esetleges omentum vagy hashártyai rész visszasülyesztése, a hasfal s hasboréknak bevarrása, rendszerint veszélytelen, másrészt a jól kórismézett hernia epigastrica teljes s szakszerü kirtása mellett a tünetek teljesen elmultak, kivéve azon eseteket, midőn a kórisme helytelen volt, midőn tumor vagy más egyéb gyomorbaj volt még jelen, a miért is a prognosissal igen czélszerü óvatosnak lenni.

A műtét után recidiva aránylag ritkán jelentkezik, így *Witzel* 45 esetében ötször; ezek közül kettő újból műtéve lett, mely alkalomkor kitünt a panaszok oka, hogy t. i. az omentum oda volt nőve.

Sajnos, hogy az én eseteim nagy számában, midőn a tünetek igen súlyosak voltak, nem sikerült a csekély intelligentiájuknál fogva a késtől irtózó összes betegeimet a műtétre rábirni, noha összes műtett betegeim a műtét után teljesen jól érezték magukat. Mindezek daczára kiemelendőnek és hangsúlyozandónak vélem, hogy nem szükséges oly sérvek műtevése, melyek nagyobb zavarokat nem okoznak, vagy melyek oly egyéneknél jelentkeznek, kiknek nyugodt, ülő s nem erőltető testi foglalkozásuk van.

[1] *Lennhoff:* Berliner klin. Wochenschrift. 1894.

A malaria-parasiták endogen fejlődési menete, észlelt esetek kapcsán.

Irta: *Gergő Imre* dr.

(Vége.)

III. A vázolt parasita alakoktól jelentékenyen eltér a *febris tropica parasitája*. Saját tapasztalataim ugyan e tekintetben nem voltak, de a teljesség kedvéért ideiktatom ezeknek fejlődését is.

A hazánkban is elvétve észlelhető febris tropica (s. febris aestivo-autumnalis s. tertiana maligna) lázgörbéje nagyon jellemző. (L. II. ábra.)

20—30 óráig tartó láz után néha csak rövid néhány óráig tartó apyrexia áll be, mely után ismét emelkedik a lázgörbe.

Az egyes ilyen protrahálttaknak nevezhető lázrohamokat prodromalis tünetek (bágyadtság, húzó érzés a lábakban) előzik meg; a rázóhideg többnyire hiányzik; a roham tetején az általános tünetek súlyosbodtak és sensorialis zavarok, deliriumoktól a legsúlyosabb comáig, is gyakoriak; a lázgörbe leesésénél stadium sudoris.

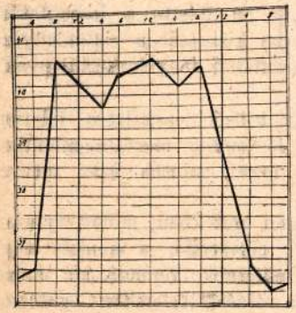
A parasita-alakokat illetőleg: mindjárt a láz felszállása

*

után az úgynevezett kis tropica-gyűrűk lépnek fel, melyek $^1/_6$—$^1/_5$ vörös vérsejt nagyságúak; protoplasmájuk egyenlően hajszálfinom kontúrt képez, melynek körzetén a Romanowski-festéssel szépen előtűnő gombszerű mag ül.

A láz magasságán és annak végén találhatók az úgynevezett középnagy tropica gyűrűk, melyek az előbbiekhez hasonlók, csakhogy már $^1/_4$—$^1/_3$ vörös vérsejt nagyságúak.

A lázroham lezajlásával és a lázmentes időben végre az úgynevezett nagy tropica-gyűrűk találhatók, $^1/_3$—$^1/_2$ vörös vérsejt nagyságban. A középnagy és nagy tropica-gyűrűknél a plasma körzetének egyik része már sarlóalakúan vastagodott, hasonlóan a kis tertiana gyűrűkhez. Differential-diagnosis czéljából itt nem marad más hátra, mint hogy vagy a tertiana, vagy a quartana-parasita kifejlődött alakjaira is kutassunk, avagy, ha febris tropicára van gyanunk, parasitáinak későbbi stadiumait keressük.



2. ábra.

Az oszlási alakok tropicánál rendszerint csak a lépből punctio folytán nyert vérben mutathatók ki. 15—25 fiatal spórából álló alakok sokban hasonlítanak a tertiana-parasita megfelelő alakjához, csakhogy jelentékenyen kisebbek: a vörös vérsejtnek vagy $^1/_2$—$^3/_4$ részét töltik csak ki. Különben is ennél nagyobbra, a normalis erythrocyta nagyságának $^3/_4$-én túl, a febris tropica parasitája nem nő meg. A sporulatiós alakok itt is a lázgörbe felszállása előtt közvetlenül találhatók legnagyobb számban.

Gameták, sphaerák itt is előfordulnak és pedig, eltekintve azoknak nemétől, két alakban. Az egyik alak az úgynevezett félhold; jellegzetes külsejével reászolgált emez elnevezésre! A félhold rendszerint $1^1/_2$-szeres vörös vérsejt nagyságú, kiflialakú, szélei legömbölyítéttek, konkavitásán még homályosan látható a vörös vérsejt maradéka; pigmentje testének közepén fekszik, koszorúalakú elrendeződésben.

Azáltal, hogy a félholdak orsóidomot, majd tojásalakot öltenek, jön létre a febris tropica parasitájának másik gameta-alakja, hím mint nőnemü példányban (mikrogametocytok, valamint makrogameták). Ezek teljességben a nagy parasita-alakok gametáira emlékeztetnek, csakhogy kisebbek, pigmentjük pedig, mint a félholdaknál, szintén koszorúalakban rendezkedik el.

A febris tropica parasitáját, az általa okozott klinikai kórkép változatosságának megfelelőleg, valaha több alfajra osztották; pigmentes és pigment nélküli quotidiana-parasitát, valamint malignus tertiana-parasitát különböztettek meg. Ziemann, de főleg Koch érdeme, hogy kiterjedt vizsgálatok kapcsán eme klinikailag oly különböző lefolyású lázalakok aetiologiai egységét kimutatták, a mivel egyúttal a tropica-parasitának homályosságig complikált tanát is jelentékenyen egyszerüsítették.

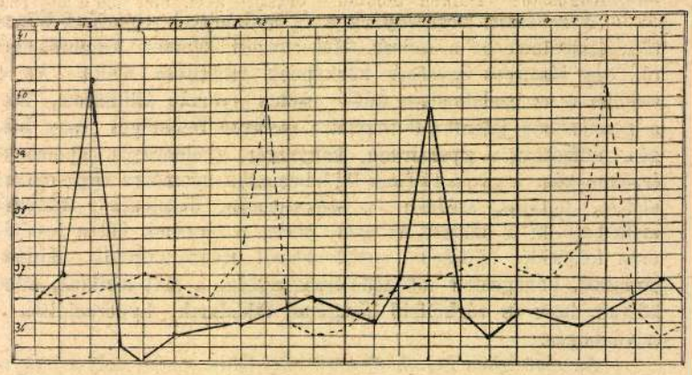
Aetiologiai szempontból külön említést érdemelnek még az úgynevezett mindennapos váltóláz, a febris quotidiana, valamint az irregularis lázalakok.

Marchiafava és Celli a malaria-parasitáknak egy saját quotidiana-speciesét vették fel, sőt voltak utánuk, kik állitólag a quotidiana species két alfaját: pigmentált és nem pigmentált alakokban látták (Grassi, Feletti és mások). Koch, majd Golgi újabb behatóbb kutatásai nyomán azonban tudjuk, hogy külön quotidiana-species nincsen; a mit klinikai szemmel febris quotidianának tekintünk, az aetiologiai szemmel nézve vagy egy febris tertiana duplicata vagy egy febris quartana triplicata. Azaz: a febris quotidianát vagy *a)* két, különböző időben megérő tertiana-generatio, vagy *b)* három különböző időben megérő quartana-generatio hozza létre.

Az első esetet véve: a tertiana-parasitának két generatioja van a vérben, mely két generatio egy 24 órás intervallumban sporulál.

Miután pedig, mint fentebb láttuk, minden oszlás lázt eredményez, ha már most minden 24 órában következik egy ilyen sporulatio, szükségképen minden 24 órában egy paroxismusnak is fel kell lépnie. Szóval ilyenkor quotidiana-lázzal állunk szemben. (L. 3. ábra.)

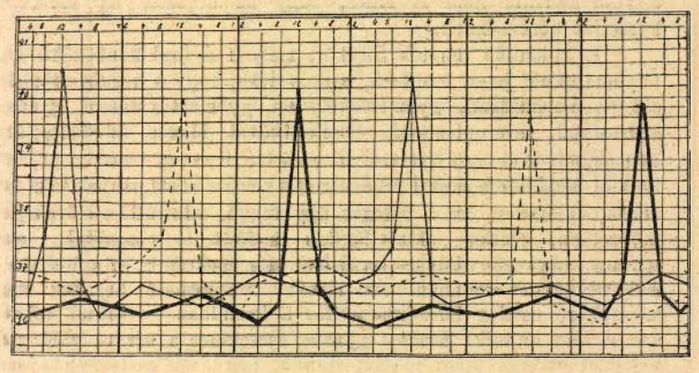
Febris tertiana duplicata (schematikusan feltüntetve).



——— első parasita-generatio ..... második parasita-generatio.

A quartana triplicatát illetőleg pedig, hogy quartana-parasita mindennapos váltólázt okozzon: a quartana-parasita három generatiojának kell jelen lennei a vérben, mely generatiók egyenként (l. 4. ábra) 24 órai időközökben érnek meg.

Febris quartana triplicata (schematikusan feltüntetve).



——— első parasita-generatio ..... második parasita-generatio
▬▬ harmadik generatio.

A vérlelet az ily quotidiana-láznál első pillanatra kissé zavaró. Néha valamennyi tertiana-, vagy valamennyi quartana-alakkal találkozunk, úgy hogy látszólag nincsen is törvényszerüség a leletben.

De ha a talált alakok közül kikeressük az uralkodó typusokat, ezen főtypusok életkorát nézzük és ezeket egy klinikai láztáblába iktatjuk: a kellő eligazodást csakhamar megleljük.

E tekintetben egy idevonatkozó észlelésem igen tanulságos.

9. P. F., 22 éves. Felvétetett 1902 augusztus 11-dikén, távozott 1902 augusztus 31-dikén.

Kórelőzmény. Előzőleg váltólázban nem szenvedett; vagy két hete naponként délben jellegzetes váltólázas rohamai vannak.

Jelen állapot. Középerős egyén, anaemikus bőrszínnel, halvány nyákhártyákkal. Mellkasi szervei épek. Has puffadt; léptompulat felfelé két bordaközzel nagyobbodott. Étvagytalan, székszorulásban is szenved.

Lefolyás. Augusztus 11-dikén, valamint augusztus 12-dikén is: naponta délben váltólázas roham, 40·8° C., illetve 40·6° C. maximalis hőmérsékkel. Augusztus 13-dikán: chinin daczára délben ismét lázroham volt.

Augusztus 14-dikétől kezdve, a chinin-therapia folytatása mellett, több lázrohama nem volt. Gyógyultan távozik.

Kórisme: febris intermittens quotidiana, a vérlelet alapján tertiana-generatiók által okozva.

Vérlelet. Augusztus 11-dikén délben (épen a lázroham hidegrázási szaka alatt) találtattak legnagyobb számban sporulatiós és amoeboid alakok, kezdődő pigment-képzéssel, gyérebb számban kifejlődött parasita-alakok az oszlás előtt, továbbá egyes ektoglobularis gyűrűalakok (fiatal, még be nem vándorolt parasiták). Augusztus 11-dikén délután 4 órakor: nagy számú kis tertiana-gyűrű, helyenként 2, sőt 3 is egyazon vörös vérsejtben; középmennyiségű pigmentet tartalmazó amoeboid alakok, megközelítőleg hasonló számban mint a gyűrűalakok; elszórtan kifejlődésükhöz közeledő, a megduzzadt vörös vérsejtnek $^3/_4$ részét kitöltő parasita-alakok.

Augusztus 11-dikén délután 8 órakor: a vérlelet alig változott.

Augusztus 12-dikén délelőtt 10 órakor: a tertiana-parasitának majdnem valamennyi alakja fellelhető, legnagyobb számmal azonban szépen kifejezett nagy tertiana-gyűrűk, oszlás előtti és oszlási alakok találhatók.

Augusztus 12-dikén délután 4 órakor: a vérlelet majdnem szakasztott olyan mint tegnap délután, a mennyiben ismét nagy számú kis tertiana-gyűrűket és nagy számú amoeboid-alakokat mutat két domináló typusként.

Augusztus 13-dikán délelőtt 10 órakor (a reggel 7 órakor adagolt chinin daczára rázóhidege van): nagy számú kis - és nagy gyűrűalak, jól festődő chromatinnal; nagy számú oszlási alak, nem sikerült chromatin-festéssel; egyes amoeboid és egyes kifejlett parasita-alakok, melyeknek chromatin-festése szintén nem sikerült és melyek hol a vörös vérsejtekből kilépőben vannak, hol máris ektoglobularisak.

Augusztus 15-dikétől kezdődőleg a vérlelet negativ volt.

A közölt vérlelet több tekintetben tanulságos. Mutatta egyrészt domináló alakjaiban kifejezetten ama két tertiana-generatiót, melyeknek váltakozó sporulatioja eredményezte a mindennapos lázrohamokat és melyek túlnyomó egyedei mindig egy-egy napi korkülönbséget tüntettek fel; mutatta továbbá, hogy a tertiana-parasita több példánya is előfordulhat egy-ugyanazon erythrocytában, oly jelenség, mely a febris tropica parasitájánál nagyon közönséges, de a febris tertiana parasitájánál sok búvár (pl. Grawitz is) szerint elő nem fordul; és mutatta végül a chinin befolyását az egyik generatio elpusztulására, melyet a másik másnap hasonlóan követett.

Utóbbi körülmény egyúttal ama klinikai tapasztalatra is világot vethet, miért változik át oly gyakran febris quotidiana febris tertianává; nem szükséges más, mint hogy elpusztuljon az egyik generatio, míg a másik folytatja eddigi harmadnapos fejlődését; ez az egykoron oly mistikus ténynek a legegyszerűbb magyarázata. Hasonlóan: ha quartana triplicata okozta volna a mindennapos lázrohamokat, itt is két generatio kiesésével typikus febris quartana állhat elő, illetve egy generatio kiesésével egy febris quartana duplicatának nevezhető lázalak, melynél folyvást két lázas napot egy láztalan követ.

Egy másik vizsgált quotidiana esetem a következő:

10. Sz. S., 20 éves, felvétetett 1902 április 30-dikán, távozott 1902 május 25-dikén. Tertiana duplicata eset volt, mely lefolyásában és vérleletében szakasztott analog viszonyokat tüntetett fel mint a későbben s pontosabban észlelt, tehát kimeritöbben is tárgyalt 9-dik esetem. Bővebb ismertetését ezek után mellőzhetem

Valamint a tertiana- és quartana-parasita több generatiójának ilyetén való kombinálása quotidiana-lázat eredményez, ép úgy kombinálódhatik egyik parasita species a másikkal is és az ilyen vegyes fertőzés febris irregularis vagy febris continua continens alakjában nyerhet kifejezést. Igy szövődhetik a tertiana- a quartanaparasitával; vagy a kettő valamelyike egyrészt, a febris tropica parasitájával másrészt, a mint az a tropusok alatt állítólag nem is oly ritka. Hogy ily esetekben a vérlelet positiv volta a gyógykezelésre is mily kiváló fontosságú, nem szorul külön hangsúlyozásra; positiv vérlelet gyakran eldöntheti a differential-diagnosist tuberculosissal vagy pyaemiás folyamatokkal szemben.

Igy eseteim egyikében is.

11. K. L., 22 éves. Kórelőzmény. Hónapok óta szabálytalanul, hol naponként, hol meg 2—3-szor hetenként jelentkező rázóhidegek.

Jelen állapot: a gyomortáj, de főleg a máj nagyfokú érzékenységén kivül más kóros elváltozást nem mutatott. Beteg lefogyott, rendkivül anaemiás.

A kórisme eleinte malaria volt; de mivel chinin adagolása daczára betegnek szabálytalanul jelentkező lázai nem szüntek, eme felvétel kétessé lőn és pyaemia (esetleg májtályogból való kiindulással!) felé hajlott a kórisme.

A sebész késétől csak a vérvizsgálat mentette meg a beteget (ez vala jóformán első Romanowski-festéssel vizsgált esetem!), a mely ezen homályos lefolyásnál egy vegyes fertőzést tertiana- és quartana-parasitákkal derített ki.

További lefolyás. Erélyes, consequens chinin-therapiára végre a lázrohamok teljesen szüntek; beteg távoztakor peripheriás vérében parasiták nem voltak felhetők és miután a chinin-therapiát a csapatnál is folytatja, mint őszkor hallám, legalább addig recidiva nála fel nem lépett.

Összegezve most az elmondottakat: a különböző malaria-alakokat három parasita-species okozza. Eme három species mindegyike élesen charakterizált, a másik kettőtől jól megkülönböztethető; élesen elhatárolható főleg a febris tropica parasitájának csoportja, melynek jellegző képlete, a félholdalak, sem a tertiana-, sem a quartana-parasitánál nem észlelhető.

Daczára ennek vannak mégis búvárok, mint pl. a malaria-parasiták felfedezője, Laveran maga, továbbá Plehn is, kik elismerve eme fejlődési alakokat mind, mégis úgynevezett unitarius állást foglalnak el, hogy t. i. a malaria-parasita egységes, csak polymorph. A legtöbb kutató azonban a parasitáknak úgynevezett multiplicitását veszi fel és ebbeli nézetük jogosult is, főleg két okból: 1. mivel typikus lázalakoknál (febris tertiana, febris quartana, febris tropica) talált parasita-alakok mindig állandóak, a talált typus a másiknak fejlődési alakjait sohasem mutatja; 2. pedig, mivel mesterséges beoltások (Gerhard, Mannaberg s mások) a beoltott egyéneknél mindig ugyanazon láztypust és a vérben ugyanazon parasita-speciest eredményezték, mint azon váltólázas betegnél, kinek véréből az átoltás történt.

* * *

A malaria-parasiták ismertetett behatolása az emberi vérbe a vörös vérsejtek felemésztésével természetesen a vér pathologiai eltéréseinek egész sorozatát is maga után vonja.

A teljesség kedvéért megemlítem az újabb kutatások eredményét, de nehogy messze térjek el tulajdonképeni tárgyamtól, csak fővonásokban.

Makroskopice.

A vér sötétebb színü, melanaemiás; nehezebben alvadó; fajsúlya (norm. Nasse szerint 1050—1059) nagyobbodott.

Mikroskopice.

1. A vörös vérsejteket illetőleg.

a) A vörös vérsejtek quantitása. Mennyiségük fogyott; Mannaberg számításai szerint eredeti mennyiségük $^1/_2$-ére egészen $^1/_3$-ára, míg Kelsch 20—30 napig tartó váltóláz után a vörös vérsejteket normalis mennyiségük $^1/_5$—$^1/_{10}$-ére találta megfogyva.

A vörös vérsejtek quantitativ fogyásával a vér haemoglobin-tartalma is csökkent; Mannaberg észlelt eseteket, hol a haemoglobin-tartalom rendes mennyiségének 60—45%-ára szállott le.

A váltóláz gyógyultával, Kelsch és Kiener tapasztalatai szerint, a vörös vérsejtek gyorsabban pótlódnak, mint a haemoglobin; szóval a regeneratio első idejében a vér chlorotikus!

b) A vörös vérsejtek qualitativ eltérései. Morphologiai elváltozásaikról (növekedés, azaz duzzadás, majd elhalványodás), a parasiták fejlődésével kapcsolatban, már szóltam.

Felléphetnek: poikilocyták, mikro- és makrocyták, valamint magtartalmú alakok. A vörös vérsejtek rendes nagyságúak, úgynevezett normoblastok, de vannak ezeknél nagyobb alakok is, úgynevezett megalo- s gigantoblasok. Eme magtartalmú alakok, melyek különben az anaemia perniciosára jellemzők, főleg súlyosabb malariaanaemiáknál találhatók nagyobb számban.

Grawitz úgynevezett szemcsés degeneratiót mutató erythrocytákat irt le.

Mindezen orthochromatikusan vagy helyesebben monochromatophilen, csak egy színnel festődő vörös vérsejteken kivül előfordulnak még polychromatikus vörös vérsejtek is, azaz oly vörös vérsejtek, melyek a Romanowsky-festéknek úgy savanyú eosinjét, valamint alkalikus methylenkékjét felveszik, illetőleg eme két anilinszín keverékének értelmében festődnek pirosas-ibolyaszínüre.

Végül meg kell még említenem, hogy a tertiana-parasitától megtámadott vörös vérsejtek Romanowsky-festés mellett néha rendkivül finom piros szemcséket tüntetnek fel, a mi oly jellegző néha, hogy differential-diagnostikailag értékesíthető a tertiana-parasita mellett. Ruge, majd Maurer „Tertian-Tüpfelung“ néven irták le és elérhető olykép, hogy a rendes eosin-mennyiség kétszeresét használjuk a festéshez.

2. A fehér vérsejteket illetőleg.

a) A fehér vérsejtek quantitása. Egyes szerzők számukat a paroxismus alatt szaporodottnak mondják (Fuhrmann, Beckmann); mások (mint Halla, v. Limbeck, Pée) ellenkezőleg nyilatkoznak. Kelsch szerint pedig: ha a léptumor nagyobbodik, fogy a leukocyták száma a vérben és megfordítva.

b) A fehér vérsejtek qualitativ eltérései. Gyakoriak a peripherikus vérben pigmentet czipelő leukocyták; és feltünő néha az eosinophil fehér vérsejtek megszaporodása (Dolega, Aldehoff, Grawitz).

3. A vérlemezkéket illetőleg.

Ezek nagyon gyakoriak malariások vérében.

Figyelnünk kell, nehogy szabadon keringő, ektoglobularis parasitákkal téveszszük össze; gondos megfigyelésnél a vérlemezkéket felrostozott szélükről csakhamar fel fogjuk ismerni.

* * *

És ezzel befejeztem volna egyúttal mindhárom malaria-species endogen fejlődési menetének ismertetését, a mint az mai tudásunknak megfelel; régebbi téveseknek bizonyult nézetek felhozásával nem akartam és nem akarom fejtegetéseimet terjedelmessé tenni.

A mai tudományos vizsgálat, mint látható, nem állapodik meg azon pontnál, hogy a vérleletből egyszerüen egy malaria-diagnosist tegyen, hanem tudományos alapon meghatározza még a vérből *a*) a váltóláznak dignitását, annak *b*) typusát, *c*) szakaszát és *d*) intensitását is.

A dignitást illetőleg megmondhatjuk a vérleletből, vajjon súlyosabb tropicával állunk-e szemben vagy a nagy parasiták (tertiana- vagy quartana-parasita) valamelyikével; a typust illetőleg, vajjon az okozott láz quotidian-, tertian-, vagy quartan jellegü-e; a váltóláz szakaszát illetőleg pedig, hogy a legközelebbi rohamot mikorra várjuk; ennek folytán, tudván, hogy a chinin a sporulatiós alakokat teszi tönkre (Koch), és hogy a vér maximalis chininisatiójára 4—5 órára van szükségünk, megállapíthatjuk, hogy chinint mikor adjunk. Az intensitásra vonatkozólag, erre, mint azt már Golgi is hangoztatta, a parasiták számából következtetünk; mily értelemben, közelebbről erre nézve feljegyzést nem találtam.

A leirás alapját képező készitményeket a budapesti kir. orvosegyesület 1903 január 24-diki III. rendes tudományos ülésén „Romanowsky szerint festett malaria-parasiták“ czimén mutattam be.

Irodalom. Bastianelli e *Bignami:* Osservazioni sulle febbri malariche estivo-autunnali. Rif. med. 1890. 251. sz. — *Celli* e *Guarnieri:* Sulla etiologia dell' infezione malarica. Arch. per le scienze med. 1889. 13. k. — *Celli:* Die Malaria nach den neuesten Forschungen (forditotta Kerschbaumer). Berlin-Wien. 1900. — *Dolega:* Blutbefunde bei Malaria. Fortschr. d. Med. 8. k. 1890. — *Gerhardt:* Über Intermittens-Impfungen. Zeitschr. f. klin. Med. 7. k. 1884. — *Golgi:* Sur l'infection malarique. Arch. italiennes de biologie. 1887. 8. k. — Idem: Fortschr. d. Med. 1889. 3. sz. — Idem: Sul ciclo evulotivo dei parasiti malarici etc. Arch. per le scienze mediche. 1889. 13. k. — Idem: Internat. Congr. Berlin. 1890. — *Grassi* u. *Feletti:* Weiteres zur Malariafrage. Ctbl. f. Bakt. 1891. 14. sz. — *Grassi:* Die Malaria. Studien eines Zoologen. Jena. 1901. — *Grawitz:* Über Blutunters. bei ostafrikan. Malaria-Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. 1892. 7. sz. -- *Jancsó* és *Rosenberger:* Adatok a quartana-parasita fajlagosságának kérdéséhez. Orvosi Hetilap. 1896. 24—29. sz. — *Jancsó:* Újabb vizsgálatok a malaria-parasiták fejlődéséről a szúnyogokban. Biharm. orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet rendk. szakülése 1902. márczius 23-dikán Nagyváradon. — Idem: Véletlenül előidézett házi malaria-endemia a kolozsvári belgyógy. klinikán. Orv. Hetilap. 1903. 17—21. sz. — *Kelsch:* Contribution à l'anatom. path. des maladies palustres endémiques. Arch. de phys. 1875. 2. Ser. 2. T. — Idem: Ibidem. 1876. Ser. 3. T. — *Kétly:* Váltóláz. (A belgyógyászat kézikönyvének I. kötetében. Magyar Orvosi Könyvk. Társ. 1894. Ugy a hazai, mint a külföldi irodalom kimerítő ismertetésével 1893-ig.) — *Koch:* Berichte über Malaria. D. med. Woch. 1899. 5. és 37. sz. — Idem: Ibidem. 1900. 5. és 17—18. sz. — *Laveran:* Note sur un nouveau parasite trouvé dans le sang de plusieurs malades atteints de fièvre palustre. Note communiquée à l'acad. de méd. 1880. 23. nov. — Idem: Deuxième note etc. 1880. decz. 28. — Idem: Troisième note etc. 1881. okt. 25. — Idem: Du paludisme et de son hématozoaire. Paris. 1891. — *Mannaberg:* Die Malaria-Krankheiten. Wien. 1899. — *Marchiafava* e *Bignami:* Über die Varietäten der Malaria-Parasiten etc. D. med. W. 1892. 51—52. sz. — *Marchiafava* e *Celli:* Sulle alterazioni dei globuli rossi nella infezione da malaria etc. Reale accademia dei Lincei. Roma. 1883. — Idem: Fortschr. d. Med. 1885. 11. és 24. sz. — Ibidem: Archivio per le scienze mediche. 1886. — Idem: Internation. Beitr. zur Rud. Virchow-Festschr. 3. k. 1891. -- *Plehn:* Aetiolog. und klin. Malaria-Studien. Berlin. 1890. — *Purjesz:* Malariára vonatkozó vizsgálatok. Orv. Hetilap. 1902. 16—17. sz. — *Quincke:* Über Blutunters. bei Malariakranken. Kieler Mitth. d. Vereins Schlesw.-Holst. Aerzte. 1890. 4. sz. — *Ross:* An improved method for the microscopical diagnosis of intermittent fever. Lancet. 1903. január. — *Ruge:* Einführ. in das Stud. d. Malariakrankheiten. Jena. 1901. — Idem: Zur Erleichterung der mikroskop. Malariadiagnose. Deutsche med. W. 1903. 12. szám. — *Steudel:* Die perniciöse Malaria in Deutsch-Ostafrika. Leipzig. 1894. — *Ziemann:* Über Malaria- und andere Blutparasiten. Jena. 1898.

TÁRCZA.

A bruxellesi nemzetközi hygieniai és demographiai congressus.

(Vége.)

Az *V. szakosztály a közlekedés hygienejével* foglalkozott, *Ramacker* vasúti ministeriumi főtitkár elnöklete alatt tárgyalták a vasúti személyzet egészségügyét és a fertőző betegségeknek a személyzet közt való terjedésének megakadályozását, továbbá a vasúti kocsik fertőtlenítésének kérdését. Tiszteleti elnökök: *Csatáry, Blenne, Pézier, Schwechlen, Freund.* A szakosztály kimondotta, hogy szükséges, hogy a vasúti kocsikat oly módon szerkeszszék, hogy tisztogatásuk és fertőtlenítésük megkönnyíttessék, többek közt, hogy a személyszállító kocsik berendezési tárgyai elmozdíthatók legyenek. A kocsik általában lehető gyakran, a betegek és hullák szállítására szolgáló kocsik pedig minden út után fertőteleníttessenek, épen úgy az állatok szállítására szolgáló kocsik is.

A *VI. szakosztály tárgyalásainak anyagát az egészségügyi közigazgatás, a fertőző betegségek prophylaxisa, munkáslakások és a csecsemők egészségügye,* vagyis röviden a *socialis hygiene* terén uralkodó kérdések képezték. Elnök: *Vleminckx,* tiszteleti elnökök: *Monod, Martin, Santoliquido, Köhler, Schmidt, Ruysel, Costezo, Mishima, Bohën, Pannwitz, Gebhard.*

A következő pontok felett folyt a tárgyalás: Csecsemők táplálása és az újszülöttek hatósági védelme; iskolák orvosi felügyelete, a hatóságok szerepe a tuberculosis elleni küzdelemben, a pestis-ellenes prophylaxis és a quarantaine ügy szabályozása; a hatóságok szerepe és feladata a munkáslakások létesitésében; a lakások fertőtlenítése stb.

Az első tárgynál *Budin, Heubner* egyhangúlag kimondották, hogy a leányiskolákban a csecsemők egészségének védelméről oktatásokat kell tartani, az újszülöttek táplálásáról és egészségük védelméről szóló ismereteket a nép közt terjeszteni kell, különösen pedig azt, hogy a mesterséges táplálás sohasem ér fel az anyatejjel való táplálással és felette szükséges, hogy mindenütt oda irányuljon az illetékes tényezők működése, hogy az anyák maguk szoptassák csecsemőiket. A francziák jó eredményt láttak attól az intézménytől, hogy a gyermekeiket szoptató anyáknak egyes hatóságok jutalmat adnak. A francziák az anyák oktatására helyezték a fősúlyt, míg *Heubner* a jó gyermektej szükségességét hangoztatta. A *Helm*-féle eljárást, melylyel a tejet lehűtés útján sterilizálják, ő jó eredményt igérőnek tartja.

A *tuberculosis* kérdésénél nagyarányú és szélesmedrű vita folyt, melyben *Brouardel* az egészséges munkáslakások és a sanatoriumok nagy szerepét hangoztatta, *Moeller* a Koch-pálczikák pusztitására, a gümőkóros betegek izolálására és az alkoholismus terjedésének korlátozására fektette a fősúlyt; ők nem ellenesei a sanatoriumoknak, de az állam feladatának nem tartják ilyenek létesitését.

A németek, élükön *Pannwitz*-el, a sanatoriumok mellett törtek lándzsát a németországi eredményekre támaszkodva, míg a francziák — *Calmette, Armainyaud, Robin* — a sanatoriumok fontosságáról táplált véleményeket túlzottaknak tartják, ők többet várnak a *dispensairek*-től, melyek betegeiknek tejet, húst is adnak, és a mi a fő, a jó közegészségügytől. *Calmette* a biztositást sürgeti. *Leduc* javaslatára a következő határozatot hozta a szakosztály: 1. a tuberculosis terjedése ellen legfőbb feladat az egészséges lakás ügyének rendezése az állam, a hatóságok segélyével, az egészségügyi rendszabályok szigorú végrehajtása, a munkások munkaidejének szabályozása, 2. a sanatoriumok, dispensairek ügye az állam és a hatóságok részéről a leghathatósabban támogatandó, 3. az államok a legmelegebben segitsék előbbre vinni az egészséges, olcsó lakás ügyét és az alkoholismus terjedésének korlátozására irányuló törekvéseket.

Mégemlitendő még, hogy e nap délutánján *Robin*, a párisi orvosi akademia tagja a szakosztály ülése után nagy hallgatóság előtt nagy tetszéssel fogadott előadást tartott a gümőkór prophylaxisáról.

A pestis-ellenes védekezés kérdésénél, a melyet a *VI. szakosztály a VII. szakosztálylyal* közösen tárgyalt, *Calmette* hosszabb előadásban ismertette, hogy a védekezés mai módja már túlélte önmagát, s azt reformálni kell; szükséges a betegek isolálása, sikert igér a serumkezelés is, de főfeladat a patkányok elpusztítása; a quarantainetől mi sem várható, s a fertőtlenítés mai módja sem megfelelő, a hajókon lévő embereket a kellő ellenőrzés mellett ki lehet bocsátani s visszatartásuk nem szükséges. A patkányok elpusztítására a szénsavat vagy a szénoxydot ajánlja, melyek azonban a patkányokon élősködő bolhákat, melyek az emberre átszármaztathatják a pestist, nem ölik meg; erre a czélra ajánlja a kénsav és kénsav-anhydrid keverékét. A fertőtlenítést tehát jobbnak tartja a quarantainenél. A hajókon, a melyek pestises vidékekkel közlekednek, kellő mennyiségű serum-készlet tartandó stb. *Frank* nagy tetszéssel fogadott nagyszabású előadásában, melyet a congressus felkérése folytán felsőbb megbizatásra tartott, a hajók tisztátalanságát, az orvosi vizsgálat felületességét, mely a podgyászra alig terjed ki, tartja fontos oki körülménynek; a qarantainebeli megfigyelés időtartama sem mindig okszerű. Magyarországon a kikötői orvos és az egészségügyi bizottság közösen viselik a felelősséget a rendszabályokért. Az orvosok megfelelő képzettségére, a szigorú és szakszerű orvosi vizsgálatra helyezi a fősúlyt s kivánja, hogy az orvosok felelősségét nagyobb mértékben kell kiterjeszteni.

Brouardel is elismerte, hogy a quarantaine-rendszer a mai szervezetében nem megfelelő. *Borel* tagadja, hogy a pestis emberről emberre terjedne; kizárólag a patkányokat vádolja a terjesztéssel, azért azoknak

időszakos rendszeres irtását kívánja. *Treyberg, Wilde, Legrand, Langlois* stb. hozzászólása után a szakosztály abban állapodott meg, hogy tekintettel arra, hogy a patkányok a betegségnek főterjesztői, továbbá, hogy a pestis-ellenes serummal végzett védőoltások sikerrel kecsegtetnek, a quarantaine-rendszabályok módosítandók, illetve egyszerűsítendők, még pedig az utasoknak a lazaretekbe való internálása korlátozandó, helyébe tíznapos orvosi felügyelet, illetve ellenőrzés léptetendő; azoknál, a kik hajlandók magukat beoltatni, csak ötnapos ellenőrzés teendő kötelezővé, a hajóknak a quarantaineben való visszatartása pedig csak addig tartson, míg a hajón lévő patkányok és a patkányokon élősködő apróbb állatok (rovarok) kipusztíthatók és a hajó teljesen fertőtleníthető. A kikötőkben és a kikötőkben lévő hajókon a patkányok rendszeresen irtandók. A keletre járó hajókon kellő mennyiségű serum tartandó készletben. A kikötőkben az államok által rendszeres orvosi szolgálat szervezendő, mely a hajózási társaságoktól teljesen független legyen.

Az *iskolák* orvosi felügyeletére vonatkozólag *Chauvin, Castro, Lipinska, Ley* stb. felszólalása után abban állapodott meg a szakosztály, hogy az orvosi felügyeletnek ki kell terjeszkednie az iskolai helyiségek tisztaságára, a fertőző betegségek ellen való védekezésre, a gyermekek testi és szellemi fejlődésének a paedagogussal egyetértőleges figyelemmel kisérésére és ezek fejlesztésére stb.

A munkáslakások kérdésénél *Dufourmantelle, Fuster, Mahaim, Sternegg, Brouardel, Franklin* hozzászólása után kimondotta a szakosztály, hogy az állam részéről kívánatos a munkásoknak olcsó és jó lakásokkal való ellátására irányuló mozgalmak támogatása, a munkásosztályok lakásainak hatósági felügyelete az egészség követelményeit és különösen a tisztaságot illetőleg. *Esmarch, Martin, Herman* stb. felszólalásai után pedig kívánatosnak jelezte a szakosztály, hogy a *lakások fertőtlenítése* csupán kisérletileg kipróbált és teljesen bevált eljárásokkal és eszközökkel legyen végezhető. A lakásoknak fertőző betegek után való fertőtlenítése hatósági ellenőrzés alá helyezendő. A fertőtlenítés legyen ingyenes stb.

A VII. szakosztály tárgyai minket magyarokat közelebbről nem érdekeltek; e szakosztály ugyanis *Wahis* báró tábornok, a Congo-állam katonai kormányzójának elnöklete alatt a *gyarmati egészségügyek* néhány kérdését tárgyalta, mint: az európaiak táplálkozása a forró égövi országokban, a malaria, beri-beri, himlő prophylaxisa e földrészeken, a gyarmatok orvosügyi oktatása stb.

A demographiai osztály a hygienikusoktól teljesen elkülönítve a Palais des Académies-ban tartotta üléseit *Sauveur* belügyministeri főtitkár elnöklete alatt. Tiszteleti elnökök: *Bertillon, Inama-Sternegg, Vargha, Lejeune, Kiaer.* A tárgyalásra kitűzött kérdések és az elfogadott határozatok a következőkben foglalhatók össze: a *halva születtek* statistikája tekintetében óhajtandónak vélik, hogy minden államban egyöntetűen mutassák ki az ilyen születési eseteket. A *gyermekhalandósági* statistikára nézve azt a kívánságot terjeszti az osztály a központi bizottság elé, miszerint a gyermekhalandósági statistikában ki legyen mutatva a szülők viszonylagos jóléti foka, az anya foglalkozása és a születés törvényessége vagy törvénytelensége stb.

A *halálozási* statistika egységesítése és a *születési* statistika helyes alapjai tekintetében szükségesnek jelentette ki a szakosztály az orvosi halottkémlés általánosan kötelezővé tételét és a halálokoknak bejelentését, továbbá a házasságok termékenységére vonatkozó adatok beszolgáltatását, a mi akkor történnék, mikor a házasság megszünik. Az ipari munkások halálozási statistikáját újból kitűztök a jövő congressusra stb.

Szeptember 7-dikén a congressusnak mintegy 400 tagja fényes *díszebédre* gyült össze a Metropole-szálló nagytermében, melyen a congressus elnöke a királyt és családját köszöntötte fel. *Francotte* iparügyi minister a külföldieket üdvözölte, kiknek nevében *Brouardel* mondott köszönetet a fogadásért és vendéglátásért, végül a királynak hódoló táviratot küldöttek.

A congressus bezáró ülése szeptember 8-dikán délután volt ugyancsak a *Palais des Académies* dísztermében *Van der Bruggen* báró földmívelésügyi minister jelenlétében, melyen a congressus egyes szakosztályai által kimondott és a congressus állandó bizottsága által e nap délelőttjén tárgyalt és elfogadott határozatokat adta elő *Putzeys* főtitkár, s a melyen elfogadta Berlin város meghivását 1907-re a congressus székhelyéül. A határozatok között nem egy van, mely az államok törvényhozóinak megszivlelésére nagyon is érdemes és fontos elvi megállapodásokat tartalmaz még részleteiben is.

A gyülésre érkezett a király távirata, melyet az előtte való napon tartott díszebédről küldött hódoló táviratra válaszul küldött.

Brouardel, a ki már 11 congressuson vett részt, nagy elismeréssel emlékezett meg a jelen congressus kitünő szervezettségéről, a mely körülménynek tulajdonítja, hogy az üléseket a tagok szorgalmas és állandó kitartással látogatták, s azon hitének ad kifejezést, hogy a mint a XVIII. század a *Jenner*, a XIX. a *Pasteur* nevével fejeződött be, úgy a jelen század a munkások egészségügyének javítására irányuló általános törekvések folytán a *humanitas* jegyében fogja végét érni. A congressus nevében meleg köszönetet mond *Brüsszel* városának és a belgáknak. *Albert* herczegnek és a belga államnak *Wilde* tolmácsolta a congressus köszönetét. Végül kijelentette az elnök, hogy 1904-ben *Marseilleben* nemzeti egészségügyi, *Genèveben* pedig testi nevelésügyi congressus fog tartatni, s az 1905. évben *Liègeben* tartandó nemzetközi kiállításon egészségügyi osztályt is fognak szervezni.

A congressus szétoszló tagjainak az volt a benyomásuk, hogy azoknak, a kik rendezték, a mellett, hogy nem feledkeztek meg a komoly tárgyalások között nem felesleges szórakoztatásokról sem, az volt a törekvésük, hogy vendégeik ne csak kellemes emlékeket vigyenek haza, hanem azt is elismerjék, hogy a szakosztályi viták nem egy fontos függő kérdés megvilágításában is előbbre vitték a tudományt. A congressus rendezése, a mi főleg a szakosztályi tárgyalásokat illeti, valóban példás volt, s a helyiségek megválasztása, elosztása is hozzá járult ahhoz, hogy az egyes tárgyalások folyamán kiki mindig tudhatta, mikor és hol keresse az őt érdeklő tárgyat, a mihez természetesen hozzájárult a congressusnak kitünően szerkesztett napilapja is. A tárgyalások figyelemmel kisérését pedig igen megkönnyítette az a körülmény, hogy a tagoknak nyomtatásban előre megküldötték a bejelentett előadások és jelentések szövegét.

Végül megemlítendő még, hogy a hatóságok és intézetek nagy szivességgel és vendégszeretettel mutogatták meg a városbeli és környéki egészségügyi intézményeket, így a vízvezetéki telepeket, kórházakat, vágóhidakat, a csatornázást, a tuberkulosisbetegek dispensairejeit, az új szemétégető-telepet, katonai kórházakat, sőt a kaszárnyákat is, a spa-i fürdőt, a bourgomonti sanatoriumot stb.

A congressus tagjainak szórakoztatásáról is gondoskodva volt. A király palotájában fényes fogadás volt, melyen *Albert* herczeg cercle-t tartott, s bemutattatta magának a jelenlévő neves tudósokat. A történelmi és régészeti nevezetességű városházán a polgármester historiai díszöltözetében fogadta szivesen a congressistákat, az Alhambra-szinházban díszelőadás volt. Bemutatták a Bois de Cambret, a tervuereni csodás parkot, a Congo-állam állandó néprajzi kiállítását, a nemzetközi őszi tárlatot stb. Szeptember 6-dikán, vasárnap Rubens városa, *Anvers* látta szivesen a két különvonaton kiszállított vendégeket. A város műtörténelmi nevezetességeinek — a székesegyház Rubens csodaszép képeivel, a Plantin muzeuma stb. —, közegészségügyi intézményeinek megtekintésére a város képviselői által vezetett csoportokra oszlott a társaság, mely délben a kikötőben gyült össze s gőzhajókra szállt, a melyeken azután fel s alá hajózva gyönyörködtek a Schelde hatalmas kikötőjében, miközben hideg lunch-öt tálaltak fel.

Megemlíthető még, hogy Brüsszel nevezetességeinek megtekintésében igen nagy könnyebbségére volt a vendégeknek a rendelkezésükre bocsátott vademecum és az a kedvezmény, hogy a városban és környékén közlekedő valamennyi villamos és egyéb társaskocsin tagsági jegyük felmutatásával szabadon közlekedhettek.

Szegedy-Maszák Elemér dr.

Közegészségügy.

A gyógyszerkülönlegességekről és titkos összetételű gyógyszerekről szóló 90,000/1903. B. M. sz. körrendeletben és azzal kiadott szabályrendeletben kitűzött határidők meghosszabbítása. 102,562/IV—b. 1903. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi törvényhatóságnak.) A gyógyszerkülönlegességek és titkos összetételű gyógyszerek forgalomba hozatala tárgyában folyó évi 90,000. sz. a. kelt itteni körrendelet és az azzal kiadott szabályrendelet az engedélyezést kérő folyamodványok beadásának határidejét f. évi november hó 1-jére, illetőleg utóbbi az életbeléptetés határidejét 1904. évi január hó 1-jére szabja meg.

Tekintve a forgalomban levő hazai és külföldi gyógyszerkülönlegességek és titkos összetételű gyógyszerek nagy tömegét, a kezdet nehézségeit s azt, hogy a gyógyszerészektől és gyógyszerkülönlegességeket forgalomba hozni óhajtó czégektől csaknem naponta beérkező nagyszámú folyamodványok elintézése ezen miniszteriumot és az országos közegészségügyi tanácsot tetemes munkatöbblettel terheli, nehogy az ügykezelésben torlódás álljon be, az országos közegészségi tanács javaslatára, az elől idézett körrendelet és szabályrendelet vonatkozó részének megváltoztatásával a gyógyszerkülönlegességek és titkos összetételű gyógyszerek forgalomba hozása iránti folyamodványok beadási határidejét folyó évi november hó 1-jéről 1904. évi márczius hó 1-jére, a szabályrendelet hatálybaléptének határidejét pedig 1904. évi január hó 1-jéről 1904. évi julius hó 1-jére helyezem át.

Midőn erről a czímet értesítem, egyben felhivom, hogy ezt a törvényhatóság hivatalos közlönyében közzétéve, a törvényhatóság területén működő összes orvosokkal, gyógyszertártulajdonosokkal, illetőleg kezelőkkel és gyógyszerárúkereskedőkkel, valamint a gyógyszertárak hivatalos vizsgálatánál közreműködő hatósági közegekkel tudomás és miheztartás végett közölje. Budapesten, 1903. évi október hó 15-én. A miniszter helyett: *Gulner* s. k., államtitkár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A dysenteria aetiologiájáról.

Közli: **Marikovszky György** dr. egyet. tanársegéd.

(Folytatás.)

— 90. *Roemer:* Amoeben bei Dysenterie und Enteritis. Münch. med. W. 1898. — 91. *Roos*: Zur Kenntniss d. Amoebenenteritis. Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. 1894. — 92. *Rosenthal:* A dysent. bakteriologiája. Orosz. Előadatott a moszkvai természettud. egyesület bakt. szakosztályának 1902. okt. 5. ülésén. 93. *Schäfer*: Ein kleiner Beitrag z. Epidemiologie d. Ruhr. Z. f. Med.-Beamte. 1895. — 94. *Schuberg:* Die parasitischen Amoeben d. menschlichen Darmes. Centrbl. f. Bakt. 1893. — 95. *Shiga:* Ueber d. Erregen d. Dysenterie in Japan. C. f. Bakt. 1898.

Mc. Naught[79] (1900) egy dysenteriás egyén lépéből streptococcus pyogenest, és egy a typikus colibacillustól kissé eltérő bakteriumot tenyésztett ki.

Valagussa[101] (1900) gyermekek dysenteriáját vizsgálva, kórokozónak egy a coli csoportba tartozó bakteriumot tekint, mely azonban biologiai sajátságaiban különbözik a bakterium coli communétól. Ez a bakterium a beteg gyermekek belében csaknem tiszta tenyészet alakjában található meg, legfeljebb igen szegényes florával symbiosisban. A betegek vérsavója agglutinálta a Vahagussa által tenyésztett bakteriumokat, míg egészséges emberek, vagy typhus-bakteriumokkal traktált állatok savója egyáltalában nem hatott rájuk.

Curry[28] (1901) a dysenteria igen acut alakjánál egy oly bacillust talált, mely identikusnak mutatkozott a Shiga és Flexner-féle, Tokioban ugyanilyen alakoknál talált bakteriumokkal.

Deycke[29] (1901) Konstantinápolyban tanulmányozva a dysenteria aetiologiáját, úgy a betegek székéből, mint a hasüri szervekből majdnem mindig ki tudott egy a colihoz hasonlító bakteriumot tenyészteni. Ez a tenyészet macskáknak per os vagy per rectum adva, azoknál mindig véres-genyes diarrhoeát okozott, s az állat rendkivül lesoványodva néhány nap alatt elpusztult. A bonczolásnál a vékonybél épnek mutatkozott, a vastagbélen ellenben ugyanolyan elváltozások voltak találhatók, mint dysenteriában elhalt emberekén. Az elpusztult állatok belének tartalmából, bélfalából, lépéből, májából és szive véréből megint ki lehetett az illető bakteriumot tenyészteni.

Kruse[62] 1901-ből való közleményében újabb vizsgálatokkal és egy laboratoriumi fertőzés leirásával támogatja azon nézetét, hogy az általa felfedezett bakterium az igazi. A serumreactio (agglutinatio) még egy, sőt több hónappal a betegség lefolyása után is constanter beáll. A bakteriumok a székkel kiürülnek, s már 24 óra alatt tönkremehetnek. Ha azonban meg vannak attól óva, hogy más bakterium az ő rovásukra túlburjánozzék, akkor jól tűrik a hideget és a szárazságot. Ezért dysenteria-epidemiák leküzdése körül elsőrendű fontossága van annak, hogy a betegek széke ártalmatlanná tétessék.

Moreul és *Rieux*[78] az algieri dysenteriát tanulmányozva, egy eddig még le nem irt bakteriumfajt tenyésztettek ki. 1901-ből való közleményük szerint az általuk felfedezett dysenteria-bakterium könnyű esetekben ártalmatlan, középsúlyos esetekben pathogen bakteriumokkal, súlyos esetekben pedig magányosan szokott előfordulni. Alakja nagyjában hasonlít a colihoz, közepén kissé meg van vastagodva, 3—4 μ hosszú, minden anilin-festékkel festődik, Gram szerint elszíntelenedik. Ugy mozog, mint a typhus bakteriuma. 38 és 45° C. között tenyészik. Húslevesben 5—8 óra alatt pelyhes üledéket képez és rossz szagot terjeszt. A gelatinát nem folyósítja. A telepek csipkés szélűek, gyöngyházfényűek. A czukrot erjeszti ez a bakterium, indolt nem képez.

Shiga[96] 1901-ben megjelent közleményében leirja, hogy első (1898-diki) közlése óta is számos vizsgálatot végzett Japánban, és úgy az üvegszerű nyákkal kevert székben, mint a bélfekélyek mélyebb rétegeiben is mindig megtalálta az általa felfedezett bakteriumot, mely azonban a vérpályába úgy látszik nem kerül. Az agglutinatio a második, harmadik hétben mutatkozik először, legjobban a reconvalescentia idejében; diagnostikus értéke ennélfogva alig van.

Celli[21] 1902-ben azonosnak tartja az általa leirt dysenteria-bacillust a Galli-Valerio, Valagussa, Shiga, Kruse és Flexner-félékkel. Valamennyi a coli-csoportba tartozik, s nem lehet őket egymástól élesen megkülönböztetni még a serodiagnosissal sem.

Klopstock[59] a typhus-, coli- és dysenteria-bacillusnak egymástól való megkülönböztetésére 1902-ben egy új, lakmusos táptalajt készített, mely tejczukrot is tartalmazott. A coli ezen a táptalajon 24 óra mulva savat produkált és a caseint kicsapta. A typhus és a dysenteria-bacillusok hosszabb idő mulva sem változtatták meg a táptalajt. Ha a táptalajhoz tejczukor helyett szőlőczukort adtak, 24 óra mulva a typhus és a coli savat képeztek és alvasztottak (a coli gyorsabban és erősebben), a dysenteria-bacillus csak savat képezett s csak a harmadik naptól kezdve okozott zavarodást.

Kruse[63] 1902-ben többféle dysenteria-bacillust különböztet meg. Az egyik az általa 1900-ban felfedezett bacillus dysenteriae germanicae. A másik fajta a bacillus dysenteriae japonicae Shiga-Flexner. Ez Kruse szerint a német bacillusnak egy válfaja volna, mely abban különbözik attól, hogy mozog. A harmadik csoportba egy csomó pseudo-dysenteria-bacillust soroz Kruse, melyek abban különböznek a német és a japán bacillustól, hogy némelyikük ad indolt, és hogy igazi dysenteriás serum nem agglutinálja őket. Kruse 6 ilyen pseudodysenteriabacillust ismer. Mindegyiket erősen agglutinálja azon beteg savója, a mely betegnek ürülékéből ki lett tenyésztve, más pseudodysenteriás seruma által kevésbbé, igazi dysenteriás seruma által pedig egyáltalában nem agglutináltatnak.

Marckwald[75] 1902-ből való közlése szerint a barmeni városi kórházban egy dysenteriás asszony terhessége hetedik hónapjában szült. A két óra mulva elhalt foetuson a kórbonczolat dysenteriát constatált, s a bélnyákhártyát boritó izzadmányban épen úgy sok Kruse-féle dysenteria-bacillust találtak, mint az anya ürülékében.

Pfuhl[85] azt irja 1902-ben a dysenteria-bacillusáról, hogy az a külső behatásoknak, főleg a kiszáradásnak nem tud oly soká ellenállni mint a typhus bacillusa, de mégis elég soká él ahhoz, hogy olyan utakon és módokon terjedjen, mint az. (Ezért azt ajánlja, hogy valamely dysenteria-epidemia elleni küzdelemben alkalmazzuk ugyanazon rendszabályokat, mintha typhus-epidemiával volna dolgunk.)

Rosenthal[92] (1902) 85 typikus, nem complikált dysenteria-esetnél a bélsárból kitenyésztett egy bakteriumot, melyet azonosnak tart a Shiga-félével. A Rosenthal bacillusa nem mozog, Gram szerint nem festődik s a gelatinát nem folyósítja, a tejet nem alvasztja, indolt nem képez, a Drigalski-Conradi-táptalajon úgy tenyészik mint a typhus, dysenteriás betegek vérsavója agglutinálja.

Vedder és *Duval*[102] (1902) az Egyesült-Államokban sporadice előfordult dysenteria-esetekből egy bacillust tenyésztettek ki, a melyet a Shiga-, Flexner- és Kruse-félétől élesen elkülöníteni nem lehet. A Kruse által említett pseudodysenteria-bacillusok is identikusak amazokkal, úgy hogy szerintük csak egyféle genus dysenteria-bacillus létezik, melynek legfeljebb varietásai lehetnek.

Természetes, hogy a legújabb időben élénk vita indult meg a felett, hogy ki találta meg először az igazi dysenteria-bacillust. Először Celli, majd az 1902-diki Presse médicaleban Chantemesse és Vidal szólaltak meg, maguknak vindikálván a felfedezés dicsőségét. 1903 ban azután *Kruse*[64] egy kalap alá foglalja a Celli-Valagussa, Roger, Moreul-Rieaux és Chantemesse-Vidal-féle bacillusokat és azt irja róluk, hogy azok csak annyira állnak közel az igazi dysenteria-bacillushoz, mint a coli a typhushoz. Az igazi bacillust ő, Kruse találta meg 1900-ban, agglutinálással is bizonyitva akkor bacillusa specificitását.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Turcsányi Imre dr. és Engel Zsigmond dr.: Az elhagyott gyermekek sorsa Angliában és Olaszországban. Dobrowsky és Franke, 1903. 88 lap.

A gyermekmentés terén, az elhagyott gyermekek sorsának javitásában, azok felnevelésén s a magyar társadalom számára való megmentésén, hála különösen Széll Kálmán volt belügyminister fáradozásának s az ügy iránt való lelkesedésének, oly óriási haladást tettünk az utolsó évtizedben s különösen a legutolsó években, a milyent még a nemes ügy megindítója és leglelkesebb apostola, Szalárdi Mór sem mert reményleni. Ennek egyik bizonysága az előttünk fekvő munka is, a mely egy nagyobb szabású, 39—40 ivre tervezett, az egész művelt világ lelenczügyét tárgyaló munkának csak egy részét, illetőleg két fejezetét teszi, mert az a tény maga, hogy ily meddőnek látszó óriási szorgalmat és munkaerőt igénylő munkára nálunk akad szerző és kiadó, ez már maga bizonyítja, hogy mily nagy immár az érdeklődés és a komoly törekvés a gyermekmentés terén. Szalárdi munkája óta, mely „A közárvaház és a gyermekhalandóság Magyarországon“ czímen majdnem egy negyedszázad előtt hagyta el a sajtót, néhány ugyancsak tőle, Faragó Gyulától, Erőss Gyulától és újabban Szana Sándortól eredő idevágó kisobb dolgozaton kivül ugyanis nincs a magyar irodalomban nagyobb monographia, a mely a lelenczügyet nálunk és a külföldön behatóan tárgyalná.

Örömmel üdvözöljük ezért az előttünk fekvő munka szerzőit, hogy ily „nagy fába vágták fejszéjüket“; már maga a társszerzők neve is biztositékot nyujt a munka komolyságáról és alaposságáról. Turcsányi dr., a ki mint a Fehér-kereszt Egyesület intézeti orvosa 10 év óta majdnem kizárólag ezzel a kérdéssel foglalkozik, s a ki jelenleg a kecskeméti gyermekmenhely igazgató főorvosa, a midőn az orvosi rész kidolgozását magára vállalta, helyesen tett, hogy a kérdés másik, nem kevésbbé fontos, jogi és közigazgatási oldalának feldolgozására Engel Zsigmond dr.-t kérte fel, mert csak ily munkafelosztás mellett lehetséges a lelenczügyet, ennek meglehetősen szövődményes kérdéseit sikerrel kecsegtető módon tárgyalni.

Munkájukban mindenekelőtt az angol és az olasz gyermekvédelmi intézkedéseket, törvényeket és intézményeket tárgyalják, a melyek egymástól lényegesen különböznek.

Az angol viszonyok tárgyalásánál külön emlékeznek meg a házasságon kivül született gyermekekről, a segélyezett gyermekekről, az erkölcsileg elhagyott gyermekekről s a társadalom tevékenységéről, a különböző segélyezési módokról, nevezetesen a gyermekeknek Workhouse-ban való elhelyezéséről, a boarding-out systemről, a district and separate school-okról, a training-shipről (iskolahajóról), a gyermekcoloniákról, valamint nagy szeretettel és lelkesedéssel egy nagy philanthrop nagyszerű alkotásairól, a Bernardo's Home-okról stb.

Az olasz lelenczügy tárgyalásánál mindenek előtt az ide vonatkozó törvényeket ismertetik, vázolják a lelenczügy jelen állását a megfelelő statistikai adatok közlésével s a különféle olasz rendszerek kritikai méltatásával.

Mindegyik fejezet igen értékes, mert gazdag irodalmi rovat zárja be, a mely Turcsányi és Engel munkáját valóságos forrásmunkává teszi.

Kivánandó, hogy a szerzők munkakedve a jövőben se csökkenjen, hogy igy a magyar irodalom is oly, sőt sok tekintetben még jobb munka birtokába jusson, mint a milyen a német irodalomban *Hügel* s a franczíában *Lallemand* kiváló, bár jelenleg már elavult munkája.

Temesváry.

Lapszemle.

Sebészet.

Az epilepsia prognosisáról és gyógyíthatóságáról szólott *Turner* a londoni „Royal medical and chirurgical society“ junius 9-dikén tartott ülésén. Következtetéseit hosszabb időn át megfigyelt 366 eset alapján vonta le; az esetek mind genuin, idiopathiás epilepsiák voltak. Öröklési terheltség, házasélet, terhesség nem igen gyakoroltak befolyást a betegség súlyosságára; a gyermekágy és a szoptatás határozottan káros befolyásúnak mutatkozott. Legkedvezőtlenebb lefolyásúak azok az esetek

voltak, a melyekben a betegség a 10. életév előtt, úgyszintén a 25. és 35. életév között kezdődött. Gyógyulás a betegség első öt évében gyakrabban fordul elő, mint később, de azért 20—30 évig tartott esetekben is még bekövetkezhetik. Minnél gyakoriabbak a rohamok, annál roszszabb a prognosis. Az epilepsia major sokkal könnyebben befolyásolható, mint az epilepsia minor. Hosszú ideig tartó remissiók még kezelés nélkül is elég gyakran észlelhetők s azért gyógyulásról csak akkor szóljunk, ha legalább 9 év telt el rohammentesen. Előadó szerint az összes esetek 10·2%-a gyógyul; ezeknek az eseteknek felében a gyógyulás a tartós bromkezelésnek már első évében bekövetkezik. Az előadást követő eszmecserében *Fletcher Beach* kiemelte, hogy az éjjeli rohamokban szenvedők nehezebben gyógyulnak; az öröklött terheltséget ártalmasnak tartja. *Schuttlewort* szerint a tartós gyógyulás kilátásai nagyon rosszak. Epilepsiában szenvedő 340 iskolásgyermeket vizsgált meg az intelligentia szempontjából; 17% tovább járhatott az iskolába, 27·5% epilepsiások számára való iskolába volt küldhető, 40% csak idioták számára való intézetekben volt tovább tanítható. Az öröklésnek fontos szerepet tulajdonit. *Blake* nem sok eredményt látott a a bromkezeléstől; jobbnak tartja a diaeta rendezését és natrium sulfocarbolicum használatát. A rohamok szerinte gyakran esnek egybe a menstruatioval; rövid idővel a menstruatio előtt adott natrium salicylicummal a rohamok megelőzhetők. *Newton Pitt* szintén hangsúlyozza a bromkezelés eredménytelenségét. Mindazon esetek, melyekben egy évnél tovább tart a baj, kedvezőtlen prognosisúak. 9 évig tartott rohammentes időszak után is még jelentkezhetnek újból rohamok. (Ref. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. Vereins-Beilage p. 288.)

A typhusos heveny perforatiós peritonitis sebészi kezelése. Typhusos bélfekély átfúródása esetén kétféle veszély fenyegeti a beteget: az egyik a hashártya septikus-genyes fertőződése, a másik a bél másodlagos, lobos hűdése. Az első veszély elhárítható laparotomiával, a bélhűdés ellen azonban nem véd az egyszerű laparotomia. A véletlen vezette *Escher*-t arra a gondolatra, hogy az átfúródás nyilásának bevarrása nem szükséges, sőt kerülendő, mert a béltartalomnak ezen nyíláson való elvezetésével gyorsan megszüntethető a bélhűdés veszélye. További eseteiben azért ileostomiát végzett és jó eredményeket ért el, a mennyiben 4 betege közül 3 meggyógyult. Az anus praeternaturalis készitésére az átfúródás helyét használta, de használható a bél más helye is. A műtét sokkal gyorsabban végezhető, mint az átfúródott hely varrása vagy a kóros bélrészlet resectioja, a mi nem csekély előny, a betegek többnyire nagymérvű gyengesége miatt. Tekintettel a műtevés ezen módjának előnyeit, sem a bő bélsárürülés által okozható inanitio veszélye, sem állandó bélsársipoly képződésének eshetősége nem képezhetnek ellenjavalatot. A bélsársipoly különben utólagos műtéttel könnyen meggyógyitható. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, II. kötet, 1. füzet.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A methylatropinum bromatum úgy látszik hivatva van arra, hogy egyrészt kifejezett fájdalomcsillapító hatása miatt a morphiumot, másrészt kevésbbé mérgező és gyorsabban is muló hatása miatt az atropint sok esetben helyettesítse. A szemészeti gyakorlatban *Darier*, továbbá *Vaubel* tettek vele kedvező eredményű kisérleteket, belgyógyászati esetekben pedig *Aronheim* használta sikerrel. Belsőleg 1 milligrammos adagokban adható gelatina-tokban czukorral, továbbá bőr alá is fecskendezhető 0·1—0·3 milligrammos adagban. (Die medicinischen Woche, 1903. 14. és 20. szám.)

Tussis convulsiva 23 pontosan észlelt esete alapján nagyon dicsérően nyilatkozik *Stekel* az *euchininről*, mint a mely határozottan enyhíti és megrövidíti a betegséget, sőt jókor alkalmazva, kupirozó hatású lehet. Csecsemőknek 0·20 grammot ad suppositoriumban kétszer naponként; nagyobb gyermekeknek belsőleg rendeli szintén kétszer naponként, még pedig 1—2. évig 30 centigrammos, 2—3. évig 40 centigrammos és így tovább évenként 10 centigrammal nagyobb adagokban; 70 centigrammnál nagyobb adagokat nem használ. Ha már a betegség tetőpontján kerül a beteg kezelés alá, akkor czélszerű eleinte az euchininnel együtt egy kevés codeint is használni. Ezenkivül nagyon jóknak bizonyultak szerző tapasztalatai szerint a meleg fürdők, este 10—15 perczig tartammal; utána a tarkó hideg vízzel leöntendő. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1903. 23. szám.)

Epilepsia eseteiben jó eredménynyel használta *Gareis* a bromipint, különösen a 33⅓ %-os készitmény alakjában. Nagy előnye, hogy a brommérgezés tünetei használatakor nem igen jelentkeznek; olyanoknál, kiknél egyéb bromkészitmények használata folytán nagyfokú bromacne jelentkezett, ez bromipin használata mellett megszünt. Némelyek olajos íze miatt nem szívesen veszik a bromipint, ilyeneknek gelatina-tokokban rendelhető. Szerző még figyelmeztet az éjjeli nyugalom nagy fontosságára epilepsiában; e tekintetben az életmód és a környezet szabályozásán kivül jó szolgálatot tesz a bromipin, a melyből e czélból elalvás előtt egy evőkanálnyit (vagy 1—2 bromipincapsulát) kell adni. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1903. 16. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archivum, 1903. 5. füzet. *Pólya Jenő* és *Navratil Dezső*: Vizsgálatok a féregnyúlvány és a gyomor nyirokereiről. *Unterberg Jenő*: A szabad és kötött sósav kimutatására használatos indicatorok értékéről a gyomortartalom vizsgálatánál és a fehérjéhez kötött sav tulajdonságairól. *Bodon Károly*: A necrobiotikus vérsejtek morphologikus és tinctorialis elváltozásai. *Rottenbiller Ödön*: Adatok a gümős csont- és izületi bántalmak klinikai megjelenéséhez és lefolyásához.

Gyógyászat, 1903. 42. szám. *Fejér Gyula*: A cancroin hatásáról. *Budai Kálmán*: A streptococcus-fertőzésekről.

Orvosok lapja, 1903. 42. szám. *Porosz Mór*: A gonorrhoea prophylaxisa. *Roth Adolf*: Közlések a gépgyógyászat köréből.

Budapesti orvosi újság, 1903. 30. szám *Bartha Gábor* és *Ónodi Adolf*: A homloküreg elsődleges rákja. *Szekeres József*: Esetek a gyakorlatból. *Szenes Zsigmond*: A külső hangvezető lobjának diagnostikai jelentőségéről. *Baumgarten Egmont*: Objective nem kórismézhető izzadmányok a középfülben. *Pollatschek Elemér*: Az Eustach-féle cső garati nyilásának viszonya az alsó orrkagylóhoz. *Fleischmann László*: Bakteriologiai vizsgálatok a fülgyógyászat köréből. *Halász Henrik*: A fülből hydrogenium hyperoxydatum által kihajtott idegen test.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 42. szám. *Knoepfelmacher*: Csecsemők táplálása tehéntejjel. *Rach'mann*: Festőanyagkeverékek ultramikroskopi vizsgálata és ennek physico-physiologiai jelentősége. *Rieder*: A fénytherapia eddigi eredményei. *Baumgarten*: Arthritis cricoarytaenoidea rheumatica et gonorrhoica. *Englisch*: Betokolt húgykövek. *Wiegmann*: Adat a pemphigus vegetans ismeretéhez.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 42. szám. *Weinberger*: Az a. pulmonalis peripheriás szűkülete és ennek klinikai jelei. *Nobl*: Egy eddig le nem irt postsyphilises jel. *Frank*: Műhibák a tabes gyakorlástherapiájában. *Kokoris*: A glutealis tályogok ismeretéhez.

Wiener medizinische Presse, 1903. 41. szám. *Strebel*: Haladások a fénytherapia terén. *Scheidl*: A törések kezelése. *Fisch*: Adagolt mesterséges szénsavfürdők.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 42. szám. *Dreser*: Kisérletek egészségeseken theocin-diuresissel. *Kyes*: Kigyóméreg-lecithidek izolálása. *Oppenheim*: A máj és a mellűri szervek helyzetváltozásai meteorismus esetén. *Seegall*: Hydrargyrum hermophenylicum. *Zypkin*: Adat az anaemia splenica tanához.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 42. szám. *Hess*: Az angina Vincenti. *Berlizheimer* és *Meyer*: Tetanus acutus két esete. *Schultes*: Az influenza és appendicitis egymáshoz való viszonya. *Schoetz*: Pharynxgümőkór a gyermekkorban. *Soko'owsky*: Paraffinnel elért eredmények orrdifformitás és retroauricularis defectusok esetében. *Sintenis*: Coma diabeticum műtétek után. *Sittner*: Diagnostikai tévedések a méhenkivüli terhesség körül.

La semaine médicale, 1903. 41. szám. *Bard*: A haemorrhagiás eredetű liquor celebro-spinalis színe.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 41. szám. *Laurent*: Az aneurysmák operativ gyógyítása. *Van Ryn*: A tüdőgümőkóresetek egységes osztályozása.

The lancet, 1903. II. 13. szám. *H. W. G. Mackenzie*: A typhusos bélátfúródás, műtét után gyógyult két eset kapcsán. *Johnson Symington*: A koponya és az agy fejlődésének változatai. *W. L. Ascherson*: Pulmonaris stenosis tüneteivel járt eset, melyben a bonczlelet nem adta meg a tünetek magyarázatát. *Lawrie H. Mc Gavin*: A tonsillák megnagyobbodása és ennek gyógyitása. *W. B. Warrington*: Az alsó végtagok neuritisének némely ritka alakja szokatlan aetiologiával. *T. Crisp Englisch*: Heveny bélelzáródás három esete. *J. M. Mackenzie*: Antistreptococcus-serummal kezelt puerperalis láz esete. *Clayton Arbuthnot Lane*: A medencze és a magzat nagyságának összehasonlitása különböző népfajoknál. *J. C. Mc Walter*: Belladonna-suppositorium okozta mérgezés. *E. Claude Taylor*: Kettős amputatio esete. *W. H. Brown*: Heveny pancreatitis haemorrhagicával szövődött sérvkizáródás esete. *J. Bell*: Léprepedés műtét után gyógyult esete.

British medical journal, 1903. október 17. A „British medical association" 71. évi összejövetelének tárgyalásai. (Gynaekologiai és sebészeti szakosztály.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 38. hetében (1903. szeptember 20-dikától szeptember 26.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszületett 433 gyermek, elhalt 243 egyén, a születések tehát 190-nel multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 28·3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16·0, az egy éven felüli lakosságnál: 12·8, az öt éven felüli lakosságnál: 12·1. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 4, gümös agykérlob 5, agyguta 7, ránggörcs 3, terjedő hűdés 6, hátgerinczsorvadás 2, szívbaj 13, hörglob 1, tüdőlob 10, hurutos tüdőlob 2, mellhártyalob 2, tüdővész 39, tüdőlégdag 1, bélhurut 28, májbajok 5, hashártyalob 3, kizárt sérv 1, Brightkór 6, veleszületett gyengeség 17, gyermekaszály 0, aggaszály 7, rák 14, méhrák 3, egyéb álképlet 3, gümős bajok 6, kanyaró 1, vörheny 5, álh. gégelob 1, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, gyermekágyi láz 1, hagymáz 1, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 0, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 3, gyilkosság 0, öngyilkosság 5, baleset 7, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3084 beteg, szaporodás 841, csökkenés 754, maradt e hét végén 3110 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi szept. 20-dikától szeptember 26-dikáig terjedő 38. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 28 (20), vörheny 58

(67), álh gége- és roncsoló toroklob 40 (43), hökhurut 14 (10), gyermekágyi láz 2 (0), hasi hagymáz 14 (14), hímlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 11 (18), vérhas 2 (0), orbáncz 17 (21), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 2 (1), trachoma 2 (8), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők választattak meg: a szemklinikához: Blaskovics László dr. I. tanársegéd (meghosszabbítás); Scholtz Kornél dr. II. tanársegéd (meghosszabb.); Barlay János dr. díjas gyakornok (meghosszabb.). Az I. számú belklinikához: Török Béla dr. és Zilahi Jenő dr. díjtalan gyakornok. A II. női klinikához: Scipiades Elemér dr. klinikai tanársegéd; Frigyesi József dr. II. tanársegéd, Boleman József dr. (meghosszabb.) és Konrád Jenő dr. díjas gyakornok, Schmidlechner Károly dr. (meghosszabb.), Mansfeld Pál dr., Kratochvill Nándor dr. és Szili Jenő dr. díjtalan gyakornokok. A törvényszéki orvostani intézethez: Bender Béla dr. díjas gyakornok. A II. számú belklinikához: Tornai József dr. (meghosszabb.) és Szentkirályi István dr. díjas gyakornokok, Udvarhelyi Károly dr. és Joob Aladár dr. díjtalan gyakornokok. Az élettani intézethez: Pekár Mihály dr. I. tanársegéd (meghosszabb.). A gyógyszertani intézethez: Szirmay Kálmán díjtalan gyakornok. A II. számú anatomiai intézethez: Láng Adolf díjas gyakornok, Lükő Géza díjas, Freystadt Béla, Melha Armand, Davida Jenő és Mohiló Viktor díjtalan demonstratorok. Az I. számú kórboncztani intézethez: Schmidt Béla, Simon Gyula díjazott és Csiky József, Horváth Mihály díjtalan demonstratorok. Az I. számú anatomiai intézethez: Alth Egon díjtalan gyakornok. A közegészségtani intézethez: Genersich Vilmos dr. I. tanársegéd (meghosszabb.) és Bexheft Ármin dr. díjas gyakornok (meghosszabb.). Az I. számú női klinikához: Záborszky István dr. II. tanársegéd; Kerntler Jenő dr. és Vértes Oszkár dr. díjas gyakornokok; Schreiber Vilmos dr. díjtalan gyakornok.

A Schordann-féle alapból a következő orvostanhallgatók részesültek segélyben: Schulhof Sándor, Erdélyi Géza, Vadas Vilmos, Wurmfeld Zoltán és Diamant Salamon.

△ **Kinevezés.** A magyar kir. államvasutak igazgatósága az orvosdiagnostikai vizsgálatok teljesítésére *Doktor Károly* dr. volt egyetemi tanársegédet nevezte ki orvosi tanácsadójává. — *Kolczonay István* dr.-t a magy. kir. pénzügyminister a zólyombrezói vasgyár főorvosává nevezte ki.

△ **Kitüntetés.** *Pozsgay Lajos* dr.-nak, Arad város tiszti főorvosának a vallás- és közoktatásügyi minister leiratban köszönte meg a közegészségügy terén kifejtett buzgó működését.

| **Berend Miklós** dr. az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a gyermekgyógyászatból magántanári colloquiumot tett, mely a tanártestület részéről egyhangúlag elfogadtatott.

△ **A „budapesti orvosi kör"** a gyakorló orvosok számára sorozatos előadást rendez „a gyermekek heveny fertőző betegségeiről" és pedig előadást tartanak: 1904. január 19-dikén *Bókay János* „a rubeoláról és ezzel kapcsolatban az ú. n. „negyedik betegségről" (fourth disease)"; 1904. január 26-dikán *Hainiss Géza* „a kanyaróról"; 1904. február 2-dikán *Brück Miksa* „a pertussisról"; február 9-dikén *Szontágh Felix* „a diphtheriáról"; 1904. február 16-dikán *Erőss Gyula* „a scarlatináról"; február 23-dikán *Preisich Kornél* „A gyermekek heveny fertőző betegségeinek prophylaxisáról és therapiájáról általában". Az előadások a budapesti kir. orvosegyesület nagytermében, mindig keddi napon d. u. 6 órakor fognak tartatni és azokon nemcsak a kör tagjai, hanem az összes orvosok megjelenhetnek.

— **A törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság tagjai.** A hivatalos lap mai száma közli, hogy az igazságügyminister a törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság tagjaivá Bársony János dr. budapesti kir. tudományegyetemi ny. r. tanárt, Czárán István kir. itélőtáblai birói czímmel és jelleggel felruházott budapesti kir. büntetőtörvényszéki birót, Felletár Emil dr. orsz. birósági vegyészt, Genersich Antal dr. budapesti kir. tud.-egyetemi ny. r. tanárt, Katona Béla dr. kir. koronaügyészi helyettest, Kenyeres Balázs dr. és Lechner Károly dr. kolozsvári kir. Ferencz József-egyetemi és Moravcsik Ernő Emil dr. budapesi kir. tud.-egyetemi ny. r. tanárokat, Preisz Hugó dr. kir. állatorvosi főiskolai ny. r. tanárt, Réczey Imre dr. budapesti kir. tud.-egyetemi ny. r. tanárt, Salgó Jakab dr. orsz. tébolydai főorvost, Szabó Dénes dr. kolozsvári kir. Ferencz József-egyetemi ny. r. tanárt, Szász Béla kir. itélőtáblai birói czímmel és jelleggel felruházott kolozsvári kir. törvényszéki birót és Traiber Vincze dr. budapesti kir. főügyészi helyettest három év tartamára kinevezte.

— **A franczia közegészségügyi kamarának** választmánya a tüdővész ellen foganatosított óvintézkedéseknek tanulmányozása czéljából bizottságot küld *Németországba*. A bizottság *Dubois*, *Meslier* és *Labussiere* országos képviselőkből alakult, s feladatát főleg a sanatoriumok tanulmányozása képezi. A 3 képviselő közül *Labussiere* a víz és tuberculosis, *Meslier* a táplálkozás és tuberculosis, *Dubois* pedig a szoros értelemben vett tuberculosis kérdését tanulmányozza.

× **Megjelent.** *A. Bethe:* Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Leipzig. G. Thieme. 1903, — *K. Gobbi:* Klinische Versuche mit Acoin. Ungarische Stomat. Zeitschr. 1903. — *Kőrösy-Thirring:* Budapest fővárosa az 1901. évben. A népleirás és népszámlálás eredményei. Budapest. Grill. 1903. — *Gyczda Gyula:* A „Protylin"-ről. Budapest. 1903.

† **Elhunyt.** *Dombory Károly* dr. 82 éves korában Budapesten.

Lapunk mai számához **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég baseli és grenzachi gyárainak Thigenol „Roche" prospektusa van mellékelve, melyre ezennel t. olvasóink figyelmét felhivjuk.

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

„Fasor" (Dr. Herczel-féle) **sanatorium vízgyógyintézete.** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

ORVOSI IRÁSMŰVEK

Látleletek, orvosi bizonyítványok, fogalmazványok, jegyzőkönyvek, jelentések, szakvélemények, javaslatok, nyilvántartások (táblázatok, kimutatások), kérvények stb. pontos MINTÁI. Irta Dr. THIM JÓZSEF, rk. egészségügyi tanácsos.

Orvosoknak nélkülözhetlen!
Fontos útmutató és tanácsadó.

INGYEN

melléklete az idei Pesti-féle Orvosi Évkönyvnek. Különösen érdekelni fogja e melléklet azon orvos urakat, kik magyar nyelvü bizonyítványok, látleletek stb. kiállításában nem egészen jártasak.

„Petőfi" kiadóvállalat, Budapest, III.

Mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., I. emelet. (Lift.)
Teljes berendezésü mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyenesités. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára.) Szénsavas fürdők. Vizgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20.
Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIX. rendes tudományos ülés 1903. október 17-dikén.) 685. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1903. február 1-jén tartott szakülés.) 685. l. — A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése. (1903. szeptember 5—10-dikéig.) 686. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIX. rendes tudományos ülés 1903. október 17-dikén.)

Elnök: **Tauffer Vilmos.** Jegyző: **Benedict Henrik.**

A fülbe öntött 6·10 gm. olvasztott ólom művi eltávolítása.

Böke Gyula: T. G., 41 éves, vasúti váltóőr, f. évi augusztus hó 31-dikén éjfél után mulatozó ismerőseihez betért, ezek őt annyira leitatták, hogy magáról semmit sem tudott; ily állapotban szintén ittas ismerősei az üvegekről levett ólomkupakokat felolvasztva, annyit öntöttek bal fülébe, hogy az ólmot a fül nyilásában látni lehetett. A beteg felesége reggel férje után nézett és akkor a mulató ház udvarán holt részegen fekve találta, észrevette, hogy bal arczán babnagyságú, felületes égési seb van és hogy bal fülkagylója a czimpa és a fül nyilása körül szintén égett sebet tüntet fel és hogy a fül nyilásából a beöntött ólom kimagaslott.

Az asszony nagy ügygyel-bajjal tudta férjét a legközelebbi vasúti állomáshoz Kis-Czellbe vitetni, hol a pályaorvos néhány mákszemnyi ólomdarabocskát letördelt, de az öntvényt helyéből nem mozdíthatta ki.

Folyó évi szeptember 2-dikán a beteg a szt. Rókus-kórház fülbeteg-ambulantiáján jelentkezett, midőn előadó a bal arczfél hűdését és az ólomöntvény csúcsát a fül nyilásában látta; ez oly erősen feküdt a külső hangvezetékben, hogy kihúzási kisérletnél a beteg, nem pedig az ólom mozdult ki helyéből.

Szeptember 3-dikán előadó narcosisban az ólomöntvény művi eltávolításához fogott; a fülkagyló mögött félholdakban, 6 cm. hosszban a lágy részeket bemetszette és a fülkagylót annyira lepraeparálta, hogy azt az arczon áthajtani lehetett, ily helyzetben a segéd kampóval rögzitette, erre a Santorini porczot a külső hangvezeték csontfalával való egyesülése helyén átmetszette. Az ólomöntvény vége szabadon feküdt ugyan, de itt sem lehetett helyéből kimozditani, úgy feküdt mint öntvény mintájában, miért is ezen mintát, t. i. a hangvezető űrét nagyobbitani kellett és pedig oly módon, hogy a csecsnyújtvány elülső falából vésővel több csontréteget kivésett; csak ekkor lehetett az ólomdarabot megmozgatni, de csipővel azt kihúzni nem lehetett. Bemutató ezután éles kanállal a külső hangvezeték mellső fala és az ólomdarab közé behatolt és abba belekapaszkodva azt kihúzta.

Az ólomöntvény 2 cm. hosszú és 1 cm. vastag; belső vége a dobüreg belső falának negativ lenyomatát tünteti fel; látható rajta a promontorium, a gömbölyű ablak fülkéje és a canalis Fallopiae.

A műtét után a beteg megkönnyebbülve érezte magát, a fülkagyló visszahelyezve, a két sebszél összevarratott.

A külső hangvezeték és a dobüreg nyálkahártyája egy égési sebfelületet tüntetett fel, a dobhártya és hallócsontocskák hiányoztak. A külső hangvezeték űrének megtartása czéljából jodoformgazeból tekercset vezetett be. A külső hangvezeték nyilása körüli égési sebfelületek csak két hét mulva nagynehezen gyógyultak. A bemutatás alkalmával a facialis hűdés némileg visszafejlődött, a beteg a közönséges hangon kiejtett beszédet 1 m. távolságban hallja.

Méhenkivüli terhesség szövődményei.

Tóth István: Egész sorozatát mutatták be már a méhenkivüli terhességnek a 2. számú női klinikáról, illustrálva a kellő időben végzett műtétek fényes sikereit. A bemutatott eset már elhanyagoltan, magas lázakkal került hozzájuk s a beteg végigszenvedve a méhenkivüli terhesség szövődményeit, csak hónapokon át való gondos ápolás után gyógyult. Az elgenyedt petezsákot, illetőleg vérömlenyt előbb a hasfal felől nyitották meg s drainezték s a háromhónapos peterészleteket később a hüvely felől távolitották el.

Az esetet bemutatja, hogy felhivja a figyelmet méhenkivüli terhességnél az idejekorán való beavatkozásra.

(Az esetet részletesen közli a „Gynaekologia“ legközelebbi számában.)

A vesegyuladások therapiája.

Kövesi Géza és **Róth-Schulz Vilmos**: A vesebajok súlyos tüneményeinek oka a vizeletrészek (bomlástermékek, sók és viz) retentioja. A therapia feladata a retentio megelőzése, csökkentése, leküzdése. Szerzők ezen szempontból kiindulva a vesebajokban használatos gyógyeljárásoknak a retentiora való befolyását vizsgálták — az anyagcserevizsgálat a vér és vizelet kryoskopiája segélyével — s ebbeli eredményeikről számolnak be.

A *retentio megelőzésére* a *diaetetika* van hivatva, mely a test állományának s különösen fehérjeállományának fenntartásán s a vese izgatásának elhárításán kivül azt a czélt tűzi maga elé, hogy a bevitel szabályozása által a veséhez áramló s bomlástermékek, sók és viz mennyiségét azon korlátok mögé szoritsa, melyeken belül a vesék hiánytalan kitakaritásukról gondoskodni képesek. Ezen czélt a N-es bomlástermékeket illetőleg a test fehérjeállománya fenntartásának egyenlően jogosult követelésével esetenként olyan módon tudjuk összeegyeztetni, ha meggyőződünk a vese N-kiválasztó képességének fokáról. Nélkülözhetetlen az ilyen vizsgálat megejtése az olyan idült esetekben, a melyek már nem teljesen kompenzáltak, de nem is olyan súlyosak, hogy eleve meghiúsitanának minden diaetetikai törekvést; nélkülözhető a teljesen kompenzált és reménytelen esetekben; és kevésbbé fontos az acut esetekben azért, mert ezekben korlátolt időről lévén szó, a fehérjeadag túlságos megszoritása is megengedhető. A túlságos fehérjeadagolás következése a retentio minden nemének (N, P_2O, NaCl) gyarapodása, vizretentio, vizenyő s az uraemia veszélyének előtérbe kerülése.

A diaetetika a NaCl retentioját is hivatva van megelőzni, tekintve, hogy a retentio ezen neme a vizenyős vesebaj állandó kisérője s hogy a vizenyő kifejlődésének és gyarapodásának legnagyobb elősegitője épen a szervezetnek konyhasóval való túltelitése, a mely a szervezetnek a vesén kivüli vízkiadását bénitja. A vizenyős vesebeteg konyhasóretentiojának s ezzel esetenként a vizenyő továbbfejlődésének elejét vehetjük, ha a konyhasóbevitelt legalább annyi $^1/_2$ gm.-ra szoritjuk le, a hányszor 100 cm^3 a vizelet mennyisége. Vizenyő nélküli esetekben is kerülendő a túlságos NaCl-bevitel, a mely alkalmas arra, hogy a szervezet vízegyensúlyát megbontsa.

A *folyadékbevitel* szabályozása a diaetetika fontos kiegészitő része. Hig vizelet elválasztására képtelen vizenyős vesebajosnál a feles folyadékbevitel haszonnal nem, csak nagy kárral jár, a mennyiben csak a vizeletretentiot, vizenyőt és hydraemiát növeli, és ezzel a beteg subjectiv és objectiv állapotát súlyosbitja. Az ilyen vesebajosnak lehetőleg ne adjunk több folyadékot, mint $1^1/_2$-szer annyit, a mennyinek kiválasztására veséje képes. (A vese kiválasztó képességéről úgy győződünk meg, hogy a vizsgálat elején a betegre hagyjuk a vizadag megszabását.) De vizenyő nélküli kompenzált vesebajosnál is kerülendő a fölös folyadékbevitel s helytelenek a vele járó tej- és ásványvízkúrák. Haszonnal az oldott részek retentiojának csökkentésével ugyanis a fölös folyadékbevitel ezen esetekben sem jár, ellenben lényeges kárt okozhatunk vele a véredényrendszernek túltelitése és ezzel a szív túlerőltetése, másrészről a vesék hígitó képességének túlságos igénybevétele által.

A N, NaCl és folyadékbevitel rationalis megszabásának csak a *pontos* és *részletes* diaetetikai előirás képes megfelelni, határozatlan tanácsok, egyes táplálék áitalában való ajánlása, mások eltiltása, czéltalanok. A tiszta tejdiaeta, a mely túlságosan viz- és N-dús, korántsem alkalmas diaetája a vesebajosoknak.

A kifejlődött retentio ellen a vicariáló eljárások — az izzasztás és catharsis — s a diuresis mesterséges megindítása jutnak érvényre. Az *izzasztás* azáltal bizonyult hatásosnak, mert a verejték számbajövő mennyiségű oldott alkotórészeket s köztük nitrogenes bomlástermékeket tartalmaz, a mi mellett — legalább vizenyős betegeknél — a vizelet útján folyó kiválasztás sem csökkent, úgy hogy izzasztással hatásosan járulhatunk a retentio minden nemének leküzdéséhez. A vizenyőnek az izzasztás souverain ellenszere. Vajjon az uraemia megelőzésére és leküzdésére is alkalmas-e, azt az uraemia pathogenesisének mai hiányos ismerete mellett eldönteni nem lehet. A *catharsis* szerzők vizsgálataiból kifolyólag az eddiginél kiterjedtebb alkalmazást érdemel.

Diureticum útján ép veséjű egyénnél főleg vizdiuresist sikerült előidézni, mig vizenyőmentes vesebajosnál főleg az oldott részek kiáramlása indult meg fokozott mértékben. Kiterjedt vizenyőnél a vese reactioképessége nagyobbrészt már annyira szenvedett, hogy a diureticumok hatástalanok, vagy legalább sokkal csekélyebb hatást képesek csak kifejteni, mint a minő az esetenként észlelhető spontan diuresis.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1903. február 1-jén tartott szakülés.)

Elnök a szakülést megnyitván, meleg szavakkal üdvözli az egylet vendégét, *Marschalkó Tamás* egyetemi tanárt, a ki Kolozsvárról érkezett, hogy a mai szakülés tárgysorozatát gazdagitsa. Az ő jelenléte s az egylet munkálkodásában való részvétele, úgymond, a mai ülést ünnepélyessé teszi. Nem lehetünk eléggé hálásak iránta, hogy fáradságot nem ismerve, meghozta az áldozatot, hogy egyletünkben előadást tartani megjelent s vállalkozott arra, hogy érdekesebb kóralakokat és tanulságos górcsői készitményeket bemutasson. A szakma, a melynek neves képviselői közé tartozik, nemcsak az orvosi tudomány szempontjából, de socialis tekintetből is fontos, mert a jövő generatio kérdésével függ össze. Eddig alárendelt, csekélyebb fontosságú szakmának tekintették, ma már a tanügyi kormányzat is belátja fontosságát.

1. **Marschalkó Tamás** tanár köszönetet mond a meghivásért s hogy alkalmat adtak neki az egyletben való megjelenhetésre és hogy itt eszméit kifejthesse. Ezután „**A dermatologia helyzete az egyetemi oktatásban a gyakorlati orvosképzés szempontjából**“ czimmel nagyérdekü előadását tartja meg.

A dermatologia az utolsó évtizedek alatt addig nem sejtett lendületet nyert. Az egész orvostudomány nagyot haladt s ez a haladás leginkább oly tudományszakoknál válik érezhetővé, a melyek addig bölcsőjükben voltak.

Dermatologiai ismereteink gyarapodása a többi alkalmazott orvosi tudománynak is nagy hasznára lőn, különösen nagy szolgálatokat tettek azonban a dermatologiai búvárlatok az általános kórtannak és kórbonctannak. Bátran mondhatjuk, hogy a dermatologia tisztán tudományos tekintetben már kiküzdötte magának az őt megillető helyet az orvosi tudomány többi ágai közt.

A bőr igen fontos és az élethez nélkülözhetetlen szerv, annak megbetegedései nagy sokféleséget mutatnak. Természetes tehát, hogy a dermatologiának elsőrangú gyakorlati fontossága is van.

Ennek elismerése talán késett volna, ha nem tartoznék a dermatologiához a syphiligraphia és közvetve a többi venereás bántalom tana is. A syphilis leggyakoribb és legszembetünőbb jelenségei a bőrön lépnek fel és tekintve annak óriási elterjedtségét, érthető, hogy a syphilis közelebbi ismerete a bőrbántalmak alapos ismerete nélkül és viszont nem képzelhető; természetes tehát, hogy azok a tanítás szempontjából sem választhatók el. A kankós bántalmak csak azon a réven kerültek a syphilishez és ezzel együtt a dermatologiához, hogy azok is venereás-bántalmak.

Hogy a syphilis és a kankó az emberiség legnagyobb kórságai, kétségtelen. Nemcsak nagy elterjedtségüknél fogva, hanem mert mindkettő súlyos, az életet is gyakran veszélyeztető megbetegedést képez, a melyek nem maradnak az illetőre szoritkozva, hanem következményeikben mélyen belenyúlnak a családba, a társadalomba. Velük csak a tüdővész hasonlítható össze.

Ha a kankó — legalább férfiaknál — súlyosság tekintetében nem is éri el a syphilist, de gyakoriság tekintetében felülmulja. A női kankóról meg bátran el lehet mondani, hogy még a syphilisnél is súlyosabb betegség, a mely ha felhatolt az adnexákra, gyógyithatatlan.

Megjegyzendő, hogy e különben is nagyon elterjedt bántalmak napról napra jobban terjednek s gyakorlati fontosságukat nemcsak az orvosok túlnyomó része, de a laikusok is belátják. Meglepő azért, hogy a dermatologia és venereologia helyzete még ma is mostoha.

Ennek egyik oka az, hogy az orvosi tudomány egyik ágának művelése sem alacsonyitható le annyira üzletté s a kontárkodás egyik ágban sem virágzik annyira, mint ebben.

S ez azért van, mert kevés a képzett, hivatott dermatologus. Ha gondoskodnánk arról, hogy minden gyakorló orvos egyetemi tanulmányai alatt elsajátitsa a dermatologiai tudásnak azt a minimalis mértékét, a melyre a mindennapi gyakorlatban szüksége van, a hirdetők kontárkodó serege feleslegessé válnék.

Annak azonban, hogy a laikus közönséget kellőkép felvilágositsuk a venereás bántalmak fontosságáról, még igen sok akadálya van.

De nemcsak a laikus közönség tájékozatlan, hanem a sajtó, a hatóságok, sőt a hivatalos állam sem foglalkozik eléggé e kérdéssel. De ez nem meglepő, ha tudjuk, hogy még az egyetemi facultások sem adják meg mindenütt a dermatologiának azt az elismerést, a mely megilleti.

Pedig a dermatologia az orvostudomány többi ágaival szemben nincs inferioritásban, sőt belevág a belgyógyász, a sebész és a többi specialista szakmájába, úgy hogy alaposabb ismeretét nem nélkülözheti.

Eddig a gyakorló orvos elvégezhette összes tanulmányait a nélkül, hogy bőr- és bujakórtant hallgatott volna. Ha hallgatott is egy specialis cursust valamelyik magántanártól, akkor is csak kevés időt fordithatott a nagy terjedelmű disciplinára.

De két év óta új orvosdoktori tanulmányi és szigorlati rendet léptettek egyetemeinken életbe, de ez sem jelent lényeges haladást a dermatologia tekintetében. Csak annyiban hozott haladást, hogy az új rendszer elismeri a dermatologiát, mint önálló tudományszakot, bár a budapesti egyetemen a bőrgyógyászatnak ma sincs rendes tanára és klinikája.

De az egyetemi oktatás s főkép a gyakorlati orvosképzés szempontjából az új szigorlati szabályrendeletnek a dermatologiára vonatkozó határozmányai sem kielégitők, pedig épen a gyakorlati orvosképzésre volt tekintettel. Ezt hangsúlyozza és ezt czélozza a kötelező kórházi gyakorlati év behozatala is.

Az új szigorlati szabályzat szerint az orvostanhallgató köteles a bőr- és bujakórtant egy féléven át hallgatni, hetenként legalább három órában. Szigorlati tárgyul is rendeli, mint vendégtárgyat a gyermekgyógyászattal és elmekórtannal váltakozva.

De heti három óra egy semesteren át kevés. A dermatologiát rendes szigorlati tárgygyá kellett volna tenni s két féléven át heti öt órában kellene tanitani, ez a minimum, melyet a tárgy terjedelme és fontossága megkiván. A midőn a dermatologusok azt követelik, hogy adják meg a dermatologiának az őt megillető helyet az egyetemi oktatásban, a népegészség és a közjó lebeg szemeik előtt.

A betegségek, a melyek a dermatologus hatáskörébe tartoznak, nemcsak a nép egészsége szempontjából, hanem társadalmi és nemzetgazdasági szempontból is a legfontosabbak.

A venereás bántalmak folyton terjednek s mindnagyobb pusztitásokat okoznak. Hogy a prostitutio ellenőrzésének jelenlegi rendszerei oly kevés közegészségügyi haszonnal járnak, a mely nem ér fel az ellenőrzéssel járó sok moralis kárral és hátránynyal, azt el kell ismerni. El kell ismerni azt is, hogy a venereás bántalmak terjedésének megszoritására legjobb mód 1. azok intensiv, helyes gyógykezelésében, 2. abban rejlik, hogy világositsuk fel a laikus közönséget a veszedelmekről, a melyeket a venereás bántalmak és a prostitutio terjesztenek. Tanitsuk ki arra, hogy nemi dolgokban való okos mértékletesség a legjobb prophylacticum, szóval arra, hogy a venereés bántalmak ellen a legjobb óvszer, ha mindenki önmagát óvja a fertőzéstől.

Mindez azonban a legszorosabb összefüggésben van az orvosi kiképzés reformjával. Nem lehet minden gyakorló orvos képzett dermatologus, de a dermatologiai klinikai ismereteket oly mértékben kell elsajátitania, hogy nemcsak a mindennapi, de a ritkább esetekben is eligazodjék s minden az egyetemről kikerülő orvosnak át kell hatva lennie a feladat nagyságától, a mely e tekintetben minden orvosra vár.

2. A nagy érdeklődéssel hallgatott s élénk helyeslések közt bevégzett előadás után **Marschalkó Tamás** egyetemi tanár a kolozsvári egyetemi bőrgyógyászati kórodáról áthozott öt beteget, továbbá számos moulaget, egész sorozat górcsői készítményt és igen nagy számú stereoskopikus képet mutat be, a bemutatáshoz tanulságos magyarázatot fűzve.

A bemutatott öt beteg a következő koralakokat képviselte: az 1-ső **dermatomyoma** esete volt, a 2-dik **rhinoscleroma** esete, a 3-dik beteg **trichophytiasis**-ban, a 4-dik **syphilis gravis**-ban szenvedett, az 5-diknek bőrén igen súlyos jellegű **bromexanthema** volt látható.

Az előadás után *Berkovits Miklós* szólalt fel, a vendég előadónak úgy a maga, mint tagtársai nevében köszönetet mondva a nagyérdekű előadásért és bemutatásaiért. Az elvek, úgymond, a melyeket a dermatologia tanításáról hangoztatott, a mi elveink is és minden gyakorló orvos örömmel fogadná, ha a dermatologia oktatását úgy reformálnák, a mint azt előadó óhajtaná. Ezt főkép a tisztiorvosok vallják, a kik a kérdésnek leginkább látják be közegészségügyi fontosságát. A mennyiben arra alkalmunk nyilnék, előadó törekvéseit tőlünk telhetőleg támogatni fogjuk.

Bartha János reámutatva a szolgálatra, a melyet előadó az egyletnek átjövetelével, előadásával, sok fáradozással és áldozattal járó bemutatásaival hozott, inditványozza, hogy az egylet elismerésének és hálájának jele gyanánt, szavazzon előadónak jegyzőkönyvi köszönetet, a mely inditványhoz a szakülés egyhangúlag hozzájárult.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése.

(1903. szeptember 5—10-dikéig.)

(Harmadik ülés 1903. szeptember 9-dikén délután.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond**, majd **Lőte József** és **Genersich Gusztáv**.
Jegyző: **Szilágyi György**.

(Vége.)

Ranschburg Pál egy *infantilis myxoedemáról* tesz említést. Egy 17 éves leánygyermeknél cretinismusos elmeállapot mellett teljes myxoedemás somatikus állapot állott fenn. Testmagasság 103 cm. volt. Richter-féle pajzsmirigytabletták adagolására 4 hónapon belül az egyén 5 cm.-t nőtt, bőre teljesen elvesztette typusos myxoedemás külemét, fanszörzete kinőtt s szellemi statusában is feltünő javulás állott be. Röntgen-kép a kezelés előtt felvéve, a csontosodás infantilis állapotát mutatta. Az eset kezelés alatt van s hosszabb lefolyás után irodalmi közlés tárgya lesz.

Matolcsy Miklós: A chinin-, a vas- és a chinin-vastartalmú borok.

A chinabor (vinum chinae) minden gyógyszerkönyvben hivatalos készítmény, a melynek készítése abból áll, hogy a chinakérget borban kiáztatják, minek folytán a bor tartalmazza a kéreg alkaloidjait, a chinint, a chinidint, cinchonint stb. A vastartalmú bor (vinum ferri) több gyógyszerkönyvben hivatalos gyógyszerül van felvéve, a mely különbözőképen készül: egyrészt úgy, hogy vashuzalt vagy vasport borban állani hagynak, másrészt ferrum lacticumot vagy ferrum citricum ammoniatumot borban feloldanak.

A chinabor a chinintől keserű, a vastartalmú bor fémizű, minek következtében egyik sem tartozik a kellemes gyógyszerek közé.

Vasnak adagolása vérszegényeknél indicált, a chininnek kis adagban való szedése mint keserű anyag a gyomorra ingerlőleg hat és annak functioját növeli. Vérszegényeknél az étvágytalanság gyakran előfordul, tehát kis adag chinin jónak bizonyul. A chinin és vas hasznosságához még hozzájárul alkohol és illatos anyag tartalmánál fogva a bor is, a mely kis adagban szintén étvágyingerlő.

Mindezeket összevetve, a chinin- és vastartalmú bort értékes gyógyszernek tekinthetjük, a mely már több külföldi gyógyszerkönyvben vinum chinae ferratum név alatt hivatalos készitmény. Ezt úgy állitják elő, hogy chininum ferro-citricumot édosizű borban feloldanak. Nálunk csak házi gyógyszernek van minősitve, mert a készitők a chinin és vas tartalom mennyiségéről az orvosnak semmi tájékoztatót nem nyujtanak, így az orvosi rendelésben nem lehetett általánossá tenni, hanem csak mint pótszer mellékesen fordul elő a többi felburjánzott vaskülönlegesség között. Előadó czélul tűzte ki, hogy a chinin- és a vastartalmú borban a két fontos alkotórészt mennyilegesen könnyen kivehető eljárással meghatározza.

Kisérleteihez a használatban levő, legjobban elterjedt hazai készitményű gyógyborokat szerezte be.

A bor vastartalmát térfogatos úton határozta meg azon eljárással, melyet a „Gyógyszerészi Közlöny“ f. évi 26—29. számaiban közölte. A meghatározást a következőképen végezte:

Lemérünk 100 gm. bort, azután hozzá adunk *feleslegben* kénhydrogenes vizet, majd annyi ammoniát, hogy a folyadék épen lúgos

kémhatású legyen, a mikor is az összes vas fekete csapadék alakjában válik le. A laza állományú csapadék összetömörítése végett a folyadékhoz vastól mentes ammoniumchlorid-oldatot öntünk és ez egészet enyhén melegítjük. Az összetömörült csapadékot ezután szűrőre gyüjtjük, gyenge kénammoniumos vízzel kimossuk, híg kénsavban feloldjuk és a szűrőt vízzel jól kimossuk. Az így kapott kénsavas oldatból a zavaró kénhydrogent forralással űzzük ki. E végből a kénsavas oldatot lombikban élénken forraljuk mindaddig, míg a távozó vízgőz az ezüstnitratos papirost már nem barnítja meg. A forralás egyenletesebbé tétele czéljából, úgyszintén a kénhydrogen tökéletesebb eltűzése végett czélszerű a folyadékba néhány darabka calcit-kristályt vagy vastól mentes fehér márványt tenni. A meleg oldatot ezután hamarosan lehütjük és $^1/_{10}$ normal kaliumpermanganat-oldattal megtitráljuk.

Ezen eljárással különböző chinin- és vastartalmú borokban a vastartalom mennyiségét a következőnek találta:

100 gramm bor tartalmaz	0·020	gramm vasat
	0·012	„ „
	0·008	„ „
	0·008	„ „
	0·006	„ „
	nyomokban	„

A chininnek mennyileges meghatározása már sokkal nagyobb nehézségekbe ütközik, mert a chinin mennyisége szintén kevés, sőt kevesebb mint a vasé, azonkivül a bor alkoholt és más anyagokat tartalmaz, melyek minden aetheres vagy chloroformos kivonásnak akadályára vannak.

A chinin mennyileges meghatározására a következő eljárást fogja követni:

Chinintartalmú folyadék 50 cm³-éhez 20 gm. NaCl-t ad, azután annyi NaHO-oldatot csepegtet, hogy lúgos kémhatású legyen. Azután 20 cm³ aethert önt hozzá s azzal többször összerázza. A NaHO-tól kivált chinint az aether könnyen és gyorsan oldja. Az aether a folyadék tetején összegyülik, ekkor lepipettáz belőle 10 cm³-t, s azt előre lemért üvegcsészében elpárologtatja, végül 100 C⁰-on kiszárítja és megméri, súlyszaporulat adja a talált chininum purum mennyiségét.

Lényeges, hogy az aether se vizet, se alkoholt ne tartalmazzon, mert az összerázáskor sok aether oldódik a vízben és a kivetett aether elpárolgása után kevesebb chinint tartalmaz, ezért megolvasztott $NaCl_2$-al 24 óráig állani hagyta, mely a vizet elvonja, azután fractiós destillatioval megtisztította az alkoholtól.

A chininnek ezen kisózással tett mennyileges meghatározását a bornál annyiban kell változtatni, hogy előbb $^1/_3$ térfogatra kell bepárolni, a midőn már belőle az alkohol teljesen elillant. Ez idő szerint csak az eljárásról referálhat, mert a borral végzett előzetes kisérletei nem elegendők arra, hogy azokról itt beszámolhasson.

Ezután áttér a bor minőségére; a vinum chinae ferratum előállításához használnak: tokaji aszút, malaga, sherry, szamorodni és más magas alkoholtartalmú borokat.

Ezen praeparatumokat tekintve, arról győződött meg, hogy a tokaji aszúval és malagaborral készitettek élvezhető édes izűek, míg a nem édes borral készitettek kesernyések.

A gyógyszer íze is fontos főleg azon esetben, a midőn ezt leginkább vérszegény elgyengült egyének fogyasztják, a kik betegségüknél fogva minden iránt igen érzékenyek.

Ezért tekintettel kell lenni a jó ízre is, nehogy unszolni kelljen a gyógyszer elfogyasztására.

Végül felemliti még azt, miszerint ajánlatosnak tartja, hogy a gyógyszerész készitménye megvizsgálása után a chinin és vas mennyiségét az üvegen egy kis signaturán jelezze.

Hozzászóltak *Tanács József* és *Orient Gyula*.

Óváry Pál: Chinin-salicyl hatása septikus lázaknál, kivált a gyermekágyban.

Szerző is természetesen az oki javalat betartását tartja elsőrendű teendőnek a septikus lázak therapiájában. A hol azonban ennek meg nem felelhetni, vagy a hol e mellett is adjuvans eljárás szüksége forog fenn, ajánlatosnak tartja a sepsist okozó csiráknak, toxinoknak a vérnyirokpályabeli megsemmisítésére törekedni, a mire a chininum sulfuricum és natrium salicylicum porkeverékét tartja alkalmasnak. C. Binz kisérleteire utal, a laboratoriumi eredményeknek — szerinte — a kórágyi tapasztalat is megfelel.

Kiemeli szerző azon cserebomlási folyamatot, a mely a szer adagolásánál végbe megy, mikor is az emésztő tractusban némi chlornatrium mellett chinin- salicyl és natrium sulfuricum képződik.

Illustrálásul közöl 3 sebészi és 10 gyermekágyi esetet.

A sebészi esetek tendovaginitis purulenta manus et antibrachii, trauma után fellépett gangraena pedis és phlegmone cruris post ulcus voltak, a hol a lázcsökkenés a szer adagolása után még a localis beavatkozás előtt beállott. Feltünő volt a hatás a gangraenás esetben, hol még a demarcatiós vonal kiképződése előtt a hőmérsék az adagolás után 40·5⁰-ról másnapra 37·5⁰-ra szállott.

Puerperalis láz 8 súlyos esetét közli 28-ból, melyből letalisan kettő végződött, az egyik ascitesszerű izzadmánynyal járó metroperitoneitis puerperalis volt, a hol a kezelés a betegség 10-ik napján kezdetett meg, a másik tisztán metritikus méhgyurmabeli folyamat volt, a hol a fél és hozzátartozói renitentiája nem engedte a kezelést végigvezetni.

Statistikáját kedvezőnek tartja, nemcsak a régi Ferguson-tétellel szembeállitva, a ki 33%-ban állapitja meg a mortalitást (minden harmadik beteg), de az újabb módszerek statistikájával is, például a Marmorek-serummal kezeltekével, a hol Charpentier 39 esetből 17-et veszített, Bar és Tissier 16-ból 6-ot stb.

Ezek alapján ajánlja a szakembereknek a módszeres kisérletezést a szerrel és pedig:

I. A chinin-sulf. + natrium salicylicum-keverékből pro dosi āā 0·25—0·30 grammot ad ostyában, az első napon 3 óránként, azután háromszor napjában.

II. A Conrad ajánlotta s azóta kiterjedten használt alkoholt a szokott bő adagolásban szükségesnek tartja a szer mellett is.

III. A kezelést bőséges székürítést kiváltó intézkedés vezesse be.

Ákoncz dr. magántanár (Kolozsvár) felszólalására, hogy a chinin- és salicylnatrium is már rég alkalmazva van a gyermekágyi láz therapiájában és hogy a fertőtlenítő helybeli kezelést szükségesnek tartja, valamint beavatkozások után prophylactikus szempontból a méhüreg kiöblítését is, azt válaszolja, hogy tudja, hogy a chinint már Conrad is ajánlotta, s hogy a salicyl- s más a chinolin-csoporthoz tartozó szer is alkalmazva lett, de specificusan ezen keverék ezen czélból való alkalmazásáról eddig nem tud.

A mi a localis beavatkozást illeti, ezt csak az endometritises alaknál vagy visszatartott szülhártyák által fenntartott sepsisnél tartja jogosultnak. A hol a locus affectionishoz directe nem férhetünk — metroperitoneitises alaknál, a physiologikusan is előbb zsirosan szétesö, majd felszivódó nagy méhtömeg bomlásos felszivódásánál —, a fermentek és toxinok alkalmatlanná tételét belső gyógyitással kell iparkodni keresztülvinni.

Beavatkozások után a prophylactikus kiöblitést csak azon esetekben tartja obligatoriusnak, a hol a placenta eltávolodása előtt dolgoztunk, belső placenta-eltávolitás után például, mert a hol a placenta megszülése azután történik, ott a kizuhanó vértömeg az ő bakteriumölő képességénél fogva már maga végezte el az öblitést.

Jakabházy Zsigmond: A rheum nostrasnak, mint hashajtó szernek értéke.

Az „Erdélyi Muzeum-Egylet“ orvos természettudományi szakosztályának 1902. évi márczius hó 22-dikén tartott orvosi szakülésén a chinai és európai rheumra vonatkozó összehasonlitó vizsgálatai eredményeképen arról számolt be, hogy a chinai rheumot az u. n. rheum nostrastól nem minden esetben lehet biztonsággal megkülönböztetni, mivel a chinai rheumra jellegzetesnek tartott csillagos góczokat az Európában termelt rheumfajok gyöktörzsében is nagy számmal feltaláljuk, s hogy eddig e góczokat az európai rheumban nem találták, annak vagy felületes vizsgálás, vagy pedig az volt az oka, hogy az európai rheumból nem gyöktörzset, hanem gyökereket vizsgáltak. Ugyanesak az előadásban azt is kimutatta, hogy a rheum porának eredetére vonatkozólag még nagyobb tájékozatlanságban vagyunk, a mennyiben sem a por szine, sem a chinai rheumnak nagyobb oxalsavas mész és kisebb keményitő tartalma, nem nyujt biztos támpontot a megkülönböztetésre, már pedig, ha megfigyeljük a gyógyszerkereskedők árjegyzékeit, önkéntelen gondolnunk kell arra, hogy az európai rheum porát chinai rheum pora közé keverve hozzák forgalomba s e miatt van az, hogy a chinai rheum porának az ára a gyöktörzs árának csak $^1/_3$-át teszi ki, míg az európai rheum pora 2-szer olyan drága, mint a gyöktörzsé.

A gyöktörzs ható részének mennyileges meghatározásánál pedig azt tapasztalta, hogy az ép gyöktörzs hatórészeinek mennyiségében sokkal kisebb az ingadozás, mint a por hatórészeinek mennyiségében.

Az említett előadása óta több európai rheum darabot (részint anglicanumot, részint austriacumot) vizsgált meg a hatóalkatrész mennyiségére vonatkozólag s e vizsgálatai azt mutatták, hogy az erőteljesebb európai gyöktörzsdarabok hatórészeinek a mennyisége a chinai rheum hatórészeinek felét, sőt $^2/_3$ részét is kiteszi. A fejletlen, alig ujjnyi vastag gyökérdarabok, — a milyen az európaiból legtöbb van forgalomban — különösen az erősebben ható emodinból és chrysophansavból sokkal kevesebbet tartalmaz, úgy hogy e részek a chinai rheumban foglaltnak csak $^1/_5$-ét—$^1/_6$-át teszik ki.

Az Európában termelt rheum-fajok tartalmazzák mindazon hatórészeket, a melyek értékessé teszik a chinait, csakhogy, míg a chinaiból az Aweng-Barr előállítási módszerével 5%, szóló módositása szerint 9—10% oxymethylantrachinon nyerhető, addig a fejlettebb európai darabokból csak $3^1/_2$%, illetve 5—7% kapható.

A rheum hatórészei mindenikének van erősebb-gyengébb hashajtó hatása és igy természetesen ez alkalrészeket tartalmazó rheum nostrasnak is. Összefoglalva a hatás fokára vonatkozó vizsgálatai eredményét az mondható, hogy a chinai rheum pora átlag 2-szer olyan hatásos, mint a nostrasé; míg a chinai rheum porából egy kutyának pro kiló test súlyra 0·06—0·07 grm. volt szükséges, mint legkisebb adag a laxans hatás előidézésére, addig a rheum anglicanumból 0·12 gramm, az austriacumból 0·17 gramm okozott hasmenést.

A rheum notrasból előállitott hatórészek közül legerősebb hatású az emodin, a melyből pro kiló 0·003—0·007 gramm okoz a bevétel után 5—7 óra mulva híg székelést,

a chrysophansavból 0·02 gramm,

a frangulasavból 0·05 gramm,

a pseudofrangulin és pseudoemodin keverékéből 0·06—0·08 gramm,

a kettős glycosidákból pedig majdnem annyi szükséges a hatás előidézésére, mint a rheum porából.

Megemlitendő, hogy embernél jóval kisebb adag elegendő, pl. az emodinból 20 cgramm, a chrysophansavból 35 cgramm laxans hatású.

Tekintettel vizsgálatai azon eredményére, hogy az európai rheum gyöktörzsének porát a chinai rheum porától nem tudjuk biztosan megkülönböztetni és tekintettel arra, hogy a fejlettebb és így a chinaival inkább összetéveszt.etö európai gyöktörzsdarabok hatása csak kissé gyengébb a chinai rheum hatásánál, czélszerűnek látná az amugy is könnyen porrá zúzható drógnak csak egészben való beszerzését megengedni, a mi legalább a majdnem hatástalan, fejletlen gyökerek porának közbekeverésétől mentene meg.

II. Sebészeti szakosztály.

(I. ülés 1903. szeptember 7-dikén délután.)

Elnök: **Brandt József.** Jegyző: **Reinbold Béla.**

Alexander Béla: Röntgen-képek.

X-sugaras képek alapján előadja a csontos gerinczoszlop fejlődését, kezdve annak legelső, legkezdetlegesebb csontpontjaitól (47 mm. hosszú ébrénynél) az első coccygealis csontpont fellépéséig (2 napos csecsemőnél). Előadó áttér ezután az x-sugár rajzképességére, különös vonatkozással a lágyrészletekre és demonstrálja azt oly törzsképen, melyen a belső szervek éles rajza látszik, de a szívből induló nagy edények és a medenczében fekvő edények képe is. Bemutatja a végtagok x-sugaras képét, mely tisztán visszaadja a csont és porczképeket, izületi üregeket, egyes szálagokat, nemkülönben az egyes izmok tiszta képeit úgy, hogy azok tapadásukig követhetők; a csontos diaphysisek folytatása a képen tisztán feltünik, úgyszintén a porczos epiphysisek és az azokban foglalt csontosodások, úgy, hogy a csontkép tiszta ki egészítése a porczos epiphysisek által történik.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

Békés vármegye közkórházának elmebetegeket gyógyító osztályán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1600 korona készpénzfizetés, lakás, fütés, világitás és I. osztályú élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Lukács György dr. Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám folyó évi **október** hó **28-dikáig** küldjék be.

Gyula, 1903. évi október hó.

2—2 *Berkes* dr., kórházi igazgató.

21,045. sz.

A lemondás folytán megüresedett és **Dombó** székhelylyel rendszeresitett **taraczvizi járási orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom ennélfogva mindazokat, kik ezen 1300 korona évi fizetés és 600 korona utazási átalánynyal javadalmazott járásorvosi állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-czikk 1. és 9. §-a és a vármegyei ügyviteli szabályzat 3., illetve 4. §-aiban foglalt rendelkezéseknek megfelelően felszerelt kérvényeiket Rosner Ervin dr. báró főispán úr ő méltóságához a mai naptól számított **30 napon belül** annyival inkább nyujtsák be, mert később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Máramarossziget, 1903. évi október hó 15-dikén.

Alispán helyett:

J. Bólya János, főjegyző.

2706/903. sz.

Az eleki járáshoz tartozó **Ottlaka** nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** kiirt pályázat meddő maradván, arra újból pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1600 korona fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási díj, a halottkémlésért 40 fillér. A vágatási biztosi teendőkért a szabályrendeletben megállapitott díjak.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy kérvényüket, melyhez az 1876. évi XIV. t.-czikk 143. §-ában előirt minősitést igazoló, valamint eddigi alkalmaztatásukról és nyelvismereteikről szóló okmányok mellékelendők, hozzám **november** 5-dikéig küldjék be. A választást november 6-dikán fogom megejteni. A megválasztandó orvos tartozik állását legkésőbb november 15-dikéig elfoglalni.

Elek, 1903. évi október hó 19-dikén.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
okt. 25	közs. o.	Hunfalu	1000 k.	Főszolgabiró, Késmárk.
„ 25	közs. o.	Körös-Tarján	1300 k.	Nagy M. főszolgabiró, Nagyvárad.
„ 25	téb. s.-orv.	Nagyszeben	1200 k., lak., élelm.	Igazgatóság
„ 25	kórh. alo.	Baja	1000 k., lak., élelm.	Hegedüs polgármester
nov. 10	közs. o.	Gádoros	1000 k., szab. lak.	Vangyel főszolgabiró Orosháza
„ 15	közs. o.	Sikló	1600 k.	Mladin Miklós fszbiró, Elek.
„ 20	közs. o.	Karlova	1600 k.	Horváth Zoltán fszbiró, Török-Becse.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, **húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál,** továbbá a **légző- és emésztési** szervek **hurutainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

MÁLNÁSI MÁRIA-FORRÁS

TERMÉSZETES ALKALIKUS SÓS SAVANYUVIZ

A TOROK GÉGE ÉS LÉGCSŐ, A GYOMOR ÉS BÉLHUZAM HURUTOS BÁNTALMAINÁL A **TÚDŐTUBERCULOSIS** MINDEN STÁDIUMÁBAN PÁRATLAN HATÁSÚ; A SELTERSI ÉS A GLEICHENBERGI VIZEKET JÓVAL FELÜLMULJA.

BPESTI VEZÉRKÉPVISELŐSÉG: **NÁDAS MÁRTON, DESSEWFFY-UTCZA 41, TELEFON 238**

KAPHATÓ: **LUX MIHÁLYNÁL** MUZEUMKÖRÚT 7 (TEL. 672), MINDEN GYÓGYSZERTÁRBAN — DROGUERIÁBAN ÉS FÜSZERKERESKEDÉSBEN KÚTKEZELŐSÉG BRASSÓ.

Az **antilueses bedörzsölési** kúránál az **ung. hydrargy. cinereum** hatását **fölülmulja** a

Szabadalmazva. Törv. védve.

CSILLAG GYÓGYSZERTÁR
MERCURO CRÊME
STERN APOTHEKE
SEC. Rosenberg Sándor
BUDAPEST VIII, KEREPESI-ÚT 43.
FODOR K. BUDAPEST.

33⅓% higanytartalommal. 30 gm. tartalmú graduált tubusban ára **2** korona.

Teljesen zsir- és szagtalan; fehérneműt nem piszkit; bedörzsölési időtartam 3—5 perez; kényelmes adagolás. — Kapható minden gyógyszertárban.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle oltóintézet
Budapest, Teréz-körút 31. sz.

Kitünő minőségű és mérsékelt árú

diphtheria-serum elárusítása.

TELEFON. ★ Ugyanott: **KEFIR-INTÉZET.** ★ TELEFON

Vezető orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzású

himlőnyirkot

alábbi mérsékelt árakon.

1 phiola	**2—3** egyénre	**1** kor.	— fill.
5 vagy több phiola à	**2—3** „	— „	**80** „
1 phiola **10** egyénre		**1** „	**60** „
1 „ **20** „		**2** „	**40** „
1—2 phiola összesen **50** egyénre		**4** „	— „
1—5 „ „ **100** „		**8** „	— „

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva **60** fillér, nem ajánlva **40** fillér.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 43. számához. 4. szám. Budapest, 1903. évi október 25.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Fejér Gyula:* A tarsus betegségeiről különös tekintettel a chalazion kórtanára. 49. l. — *Mohr Mihály:* Thiersch-féle transplantatio a kötőhártyára. 55. l. — *Fekete Sámuel:* Chinin amblyopia esete. 58. l. — *Hoor Károly:* A katonai hatóságok teendői és kötelességei a trachoma elleni védekezésben. 60. l. — *Grósz Emil:* A katonai hatóságok közreműködése a trachoma-ellenes eljárásban. 62. l. — *Dömötör Miksa:* A trachoma mechanikus és operativ gyógymódja Kuhnt Hermann königsbergi egyetemi ny. r. tanár klinikáján. 63. l. — *Dömötör Miksa:* A szabadkai trachoma-járványról. 66. l. — *Irodalom-szemle.* 68. l. — *Folyóiratok átnézete.* 68. l. — *Vegyesek.* 69. l.

A tarsus betegségeiről különös tekintettel a chalazion kórtanára.[1]

Irta: *Fejér Gyula* dr., a szent Margit-közkórház rendelő szemorvosa

A szemhéj önálló betegségeinél a *tarsus*, a szemhéj porcza, ritkán van megtámadva. Mint tudjuk a heges trachomának állandó következménye a tarsus elgörbülése, sőt a veleszületett vagy szerzett syphilis is okozhat elváltozásokat a tarsusban. A kötőhártya-diphtheria és idült blennorrhoeája, a kötőhártya-pemphigus szintén átterjedhet a tarsusra és hasonló heges elváltozásokat okozhatnak mint a trachoma. A tarsusban fellépő hegesedés és ennek folyománya az alakváltozás és elgörbülés egy interstitialis kereksejtes beszüremkedésből, gyuladásból származik. Sőt *Mitvalsky tarsitis necroticans* név alatt is irt le egy kórképet, midőn a tarsusban körülirt genyedés következtében szöveti kiesés — necrosis — támad.

Jelen dolgozatomban meg fogok emlékezni mindezen kórképekről, fel fogom sorolni a hozzáférhető irodalomban található — elsődleges alapon fejlődött — eseteket, de főként a szemhéj azon elváltozásaival akarok foglalkozni, melyek a Meibom-féle mirigyek megbetegedéseivel függnek össze és tárgyalni fogok egy esetet, melynek párját az irodalomban találni nem lehetett és melyhez hasonló kórképet a legnagyobb gyakorlattal biró szemorvosok sem észleltek.

Tudvalevőleg úgy a felső, mint az alsó szemhéjban van tarsus, ezen képletek biztositják a szemhéj feszességét, tartását. A felső szemhéj tarsusa szélesebb, az alsóé keskenyebb, mindkettőn egy convex és vizszintes szélt különböztetünk meg. A convex szél oda van nőve a fasciához, — a vizszintes szél szabad. Mindkettő félholdalakú. A tarsus szövete nem porcz, hanem szorosan összefűzött rostos kötőszövet, sehol benne porczelemeket találni nem lehet. A tarsus szövetébe vannak a Meibom-féle mirigyek beágyazva, melyek egymással párhuzamos vonalban fel- és lefutó irányban futnak, a középen, a tarsus legnagyobb szélességének megfelelőleg, a leghosszabbak — mig a szél felé megrövidülnek. A mirigyek kijáratai a szemhéj szélén vannak és ott ömlik ki azok váladéka is. A mirigyek nagyobb faggyúmirigyek jellegével birnak, azon különbséggel, hogy a mirigyhólyagocskák nem egy faágazatszerű elágazó kijáratba nyilnak, hanem egy egyenesen futó kijárat körül csoportosulnak. A szemhéjban még más faggyúmirigyeket is lehet találni, ú. m. a *Zeiss*-féle mirigyeket, ezek azonban a ciliákkal és a hajtüszőkkel szoros összefüggésben állanak. A szemhéj szélén a bőrben még izzadság mirigyeket is lehet találni, melyek a *Moll*-féle mirigyek neve alatt ismeretesek.

Mindezen viszonyok, a tarsus alakját, a Meibom-féle mirigyek helyzetét, lefutását illetőleg, a Heitzman-féle atlasban nagyon szépen vannak lerajzolva, legyen szabad azon képekre utalnom.

A szemhéj betegségei közül különösen kettő érdekli a gyakorló szemorvost ú. m. a *hordeolum* és a *chalazion*, eltekintve azon már emlitett állapotoktól, midőn a szemhéj egész hosszában van megtámadva, akár acut, akár idült betegség következtében. A hordeolum, — népies nyelven *árpa* — a szemhéj acut duzzanatát, lobját okozza, a hajtüszők körül geny képződik, a geny kiürül, a cilia kiesik és a folyamat rövid időn belül visszafejlődik. A genyedés a Zeiss-féle mirigyekben lép fel, melyek a hajtüszők körül vannak elhelyezve. A chalazion — népies nyelven *jégárpa* — már chronikus jeleggel bir, lassan fejlődik, megkeményedik, a szemhéj felületéről, köles, kis borsó, vagy lencse nagyságban kiemelkedik vagy a kötőhártya felé domborodik elő. A chalazion székhelye a Meibom-féle faggyúmirigyekben van. Létezik ugyan a Meibom-mirigyek megbetegedésének is egy acut formája, midőn egy Meibom-féle mirigy elgenyed és ezt *Hordeolum Meibomianum-nak* nevezzük. Ezen genyedő folyamat tovább tart, mert a mirigyek szorosan vannak beágyazva a tarsus rigid szövetébe és az áttörés nehezen megy.

Az egyszerű árpa fejlődésével, annak kórtanával mindig tisztában voltak, de a chalazion fejlődéséről többféle nézetet vallottak. Fel akarom sorolni e nézeteket chronologikus sorrendben.

Plenk 1799-ben kiadott szemészeti tankönyvében a hordeolumot mint a chalaziont a Meibom-féle mirigyekkel hozza összefüggésbe és utóbbiról azt mondja, hogy nem egyéb mint rosszul gyógyult hordeolum. A chalazion négy fajtáját különbözteti meg, ú. m. *scirrhosum, cancrosum, cysticum* és *ferreum*. E jelzők által akarta részint az aetiologiát, részint a daganatok kinézését, bennékét illustrálni. Az árpa fejlődésének okait szeszes italok túlságos élvezetében keresi, valamint a vérnek venerikus vagy scrophulotikus elváltozásában. Felemliti, hogy ismert egy férfit, ki mindig árpát kapott, ha pálinkát ivott.

Rosas is azon nézetet vallja, hogy a chalazion vagy a hordeolumból származik, vagy elsődleges alapon olyan egyéneknél keletkezik, kik scrophulosis, syphilis vagy köszvényben szenvednek, iszákosak, csipős ételeket élveznek, vagy olyanoknál, kik scirrhus vagy rák fejlődésére hajlamosak. Leirja, hogy a chalazion sarcomához hasonló massát tartalmaz, melynek közepében üreg van, telve genynyel. *Himly* szerint a hordeolum a Meibom-mirigyekből származik, és a bőr furunculusaival hasonló elváltozásoknak declarálta. Az észlelők legtöbbje összezavarta az *atheromával*, a bőr faggyúdaganataival, mignem *Arlt* e tekintetben is a helyes nézetet vallotta, mert azt mondta, hogy faggyúdaganatot az orbita szélén sokszor talált, de sohasem a szemhéjporcz területén, de abban is különbözik az atheromától, hogy benneke nem méz vagy pépszerű, hajat nem tartalmaz, hanem kocsonyaszerű világos szürke anyagot, mely egy fehér cseresznye vagy szilva parenchymájához hasonló. Górcső alatt izzadmány-szemcséket, zsirgolyókat és epithelsejteket lehet benne találni. A váladék hetek multán megváltozik, mindinkább keményebb lesz. A porczszövetben anyaghiány, heges behúzódás, megvastagodás vagy sorvadás sohasem támad. *Arlt* szerint a porczszövet sohasem gyulad meg, hanem izzadmány rakódik le annak felülettén, vagy a mi legvalószinűbb a Meibom mirigyek folliculusaiban. Az észlelők némelyike a chalaziont a szemhéjporcz idült gyuladása termékének tartotta. A mi pedig az aetiologiát illeti, *Arlt* feltételezte, hogy a hordeolum és chalazion kifejlődése a scrophulosis és tuberculosis-sal oki összefüggésben áll, bár ezen feltevést sokan nem fogadták el. Akkortájban ezen emlitett

[1] A magyar orvosok és természettud. XXXII. vándorgyülésén Kolozsvárott tartott előadás.

két betegség bakteriologikus összefüggése kimutatva még nem volt. Feltevése mellett szólt azon körülmény, hogy az árpák fejlődése sokszor váltakozott egyéb scrophulotikus tünetekkel. Tisztátlanságot, iszákosságot, mint kórelőzményi okot nem fogadott el.

A chalazion fejlődéséről többféle nézetet vallottak, sokan genyedésbe át nem ment hordeolumnak, mások a Meibom-féle mirigyek retentiós cystájának tartották és összehasonlították a bőr faggyúmirigyeinek atheromájával. *Wecker*, *Galezowski*, *Schelske* a chalaziont a Meibom-féle mirigyek pangási cystájának tartják. *Virchow* és *Michel* felfogása nagyban egyezik, mindketten a chalaziont a sarjadzó daganatok közé sorozzák. Az első rendszeres vizsgálatot *de Vincentiis* végezte, ki úgy találta, hogy a chalazion sarjszövetből áll, mely fibrosus tokkal van körülvéve. A sarjszövet szürkés, puha anyagból áll, melyben kis kereksejteket és rostos reticulumot lehet találni. Azonkivül orsóalakú, epithel-, óriássejtek találhatók és végre szétesési csomók. Mindezek alapján a chalaziont *granuloma giganto-celullare incapsulatum*-nak nevezte el, és ha üregeket tartalmaz *cysticum* jelzővel is ellátta. Az ilyen daganatok fejlődése *de Vincentiis* szerint következőkép történik: egy csomó Meibom-mirigy meggyulad, benne sejtszaporodás keletkezik, a mirigyeket körülvevő kötőszövet is beszüremkedik; egyes mirigyek is szétesnek, óriássejtekké alakulnak át vagy mint látható folliculusok megmaradnak. Az óriássejtek a mirigyfolliculusok epithelsejtjeiből keletkeznek.

A chalazion fejlődésénél nagy szerepet tulajdonitottak az óriássejteknek, a sarjszövetet specifikusnak tartották és ezen vélemény megerősítésére szolgált azon lelet is, hogy majd minden esetben óriássejteket lehetett találni. *Fuchs* beható vizsgálatai azonban más irányba terelték a kérdést, bár ő maga sem zárkózik el teljesen ezen feltevés elől.

Fuchs vizsgálatai során kimutatta, hogy a Meibom-féle mirigyekben a kijárat eldugulása folytán a váladék pang, összegyül az acinusokban, ott sűrűsödik és megkeményedik. A megkeményedett váladék a mirigy falát izgatja, melynek felhámja burjánzik, a mirigyet körülvevő porcz szövetében kereksejtes beszüremkedés fejlődik, mely utóbbi annyira felülkerekedik, hogy úgy a mirigy mint a tarsus egy részlete e beszüremkedés folytán elpusztul, az igy képződött szövet sarjszövet jellegével bir, melyben óriássejtek is találhatók. A sarjdaganat belsejében alaktalan rögök vannak, kivül vastag tok képződik, mely utóbbi úgy támadt, hogy a növekvő daganat a körülvevő szövetet összenyomja. A daganat belsejében a középső rész szétesik és nyálkás secretum képződik. A mi pedig az aetiologiát illeti, *Fuchs* is azt gondolja, hogy a chalazion úgy a scrophulotikus mint a tuberculotikus folyamatokkal igen közeli rokonságban áll. Szétesés formájában különbözik tőle, mert mig a scrophulosis és tuberculosisnál mindig sajtosodás lép fel, addig chalazionnál nyálkás ellágyulás. Ezen különbséget *Fuchs* a helyi viszonyokkal, az edényződéssel hozza összefüggésbe. A mi pedig a kérdés klinikai oldalát illeti, *Fuchs* szerint olyan máskülönben egészséges egyéneket, kiknél chalazion előfordul, nem szabad görvélyesnek tartani, hiszen a conjunctivitis lymphatica is a görvélykór egyik résztünete és mégis sokszor előfordul, hogy olyan gyermekek is szenvednek benne, kiknél egyéb görvélyes tüneteket feltalálni nem lehet.

Gyenge scrophulotikus habitussal biró, finom bőrű egyéneknél a szemhéjszél vérbősége, csekélyfokú gyuladása, tehát *csekélyfokú izgalmak* annyira izgathatják a mirigyeket, hogy a váladék pang, ott sarjszövet keletkezik az ismert módon és kész a chalazion.

A chalaziont tehát anatomiai és klinikai szempontokból a görvélyes gyuladások közé sorozta, de sokkal gyakrabban mint más görvélyes tünetek teljesen isolálva fordulnak elő.

Schmidt-Rimpler és *Hersing* szerint a Meibom-féle mirigyekben — táplálkozási zavar következtében — kötőszövet-túltengés támad és igy képződik a chalazion. *Haab* a chalaziont az atheromával rokonfolyamatnak tartja, csakhogy előbbinél a lobos elváltozások inkább előtérbe lépnek. *Fuchs* az acne rosaceával is összehasonlitotta, melynél a faggyúmirigyeknek ugyanazon szerepük van, mint a Meibom-mirigyeknek. Senki sem végzett kutatásokat azon irányban, hogy vajjon a chalazion nem specifikus tuberculotikus képződmény-e, bár az észlelők hangoztatták a tuberculotikus sarjszövettel való histologiai azonosságát, de ily irányú vizsgálatokat csak akkor végeztek, midőn a tuberculosis bacillusa már felfedeztetett.

Tangl figyelmét *Baumgarten*-nek egy értekezése keltette fel, melyben a chalazionról azt mondja, hogy oly megbetegedés, melynek boncztani elemei igen hasonlók a lupusos szemhéj megbetegedéseihez, de Baumgarten maga bakteriologikus vizsgálatot nem végzett. *Tangl mutatott ki először a chalazion kiirtott szövetében az Ehrlich-féle eljárással gümőbacillusokat.* Tangl a kis daganat szöveti szerkezetét is megvizsgálta, mely legnagyobb részt epitheloid sarjadzó sejtekből állott; a tönkrement Meibom-féle mirigyek maradványait homogen rögök és faggyúszemcsék alakjában találta fel. Ezen sarjadzó szövetben elég nagy számmal Langhans-Schüppel-féle óriássejtű epitheloid-gümő mintájára, a gümő közepén óriássejteket talált nekrobiotikus középpel, körzetén koszorú alakban elhelyezett számos maggal. A daganat szöveti szerkezetéből biztonsággal diagnostizálta a gümőkóros megbetegedést, támaszkodva Baumgarten nézetére, ki ilyen óriássejteket kizárólag emberi gümőkórnál talált és olyan bujakóros daganatokban, melyeknél előrement tuberculotikus fertőzés kétségtelen jelei is megvoltak. *Tangl* felvételét nemcsak a histologikus, hanem a minden kételyt kizáró bakteriologikus lelet is támogatta.

Az észlelők legtöbbje (Arlt, Ryba, Himly, Fuchs) közölték, hogy a chalazion leginkább görvélyes egyéneknél fejlődik előszeretettel. *Fuchs* azért nem tartotta gümőnek, mert nem fajul el sajtosan, hanem nyálkásan ellágyul. *Tangl* — ezen utóbbi nézettel szemben — „a lassú fejlődést, az új sarjadzások szétesési hajlamát, a szövetelemek necrobiosisát, ellágyulását, szivacsos, burjánzó sarjadzások képződését“ jellemző tulajdonságoknak tartja, melyek úgy a chalazionnál, mint majd minden tuberculosus lobképződménynél előfordulnak. *Tangl* szerint a sajtosodás hiánya nem szól a gümő felvétele ellen, mert az elnyálkásodás szintén csak egy neme a szövetek tönkremenésének, de nem szól azon körülmény sem ellene, hogy a daganat jóindulatú, gyógyuló hajlammal bir, mert a szervezet egyes helyein is találhatók hasonló jóindulattal biró elváltozások. A mi a fertőzés módját illeti, az a szemhéj bőrén, a kötőhártyán keresztül vagy a nyirkutakon át, vagy a véráram útján történik és a bacillusok ilyen módon juthatnak a mirigyek szomszédságába. *Tangl* kizárja a fertőzés lehetőségét a szemhéjbőrön, a kötőhártyán, nyirkutakon át és egyedül a haematogen vagyis a véráram útján történő fertőzést fogadja el és úgy magyarázza, hogy a gümőbacillusok vagy spóráik a szervezetben elrejtett latens góczból a véráramba, onnan a tarsus szövetébe jutnak és ott a jellemző lobos folyamatot idézik elő szaporodásuk által; a csontok, izületek, nyirkmirigyeknél hasonló módon történik a fertőzés. *Tangl* különben azt is állitja, hogy a chalazion egyébként teljesen egészséges egyéneknél is előfordulhat és az egész életen át a tuberculosus virus egyedüli localisatioját is képezheti. *Tangl* nem fogadja el Fuchs nézetét, hogy a chalazion képződése a Meibom-féle mirigyekből indul ki, hanem feltételezi, hogy a vérárammal a tarsus szövetébe jutott gümőbacillusok a legelső elváltozásokat a mirigyek körüli kötőszövetben idézik elő és a mirigyek megbetegedése csak másodlagos volna.

E kiváló histologus és bakterologus nézetét és kutatásának eredményét különösen a szemorvosok kétkedéssel fogadták, nem akarták elhinni, hogy minden chalazion gümőkóros jelleggel birjon, mert a mindennapi klinikai tapasztalat másra tanitotta őket.

Weiss L. nem fogadta el *Tangl* nézetét, a chalaziont nem tartja helyi tuberculosisnak; oltási kisérleteket végzett frissen exstirpált chalazion anyagával házinyulak szemeinek mellső csarnokába, eredmény nem mutatkozott, a bevezetett szövet anyaga gyorsan felszivódott. Egyik chalazion anyaga egy tüdővészes nőtől származott, mindannak daczára nem fejlődött iris-tuberculosis, sőt [tuberculin-injectiora sem mutat-

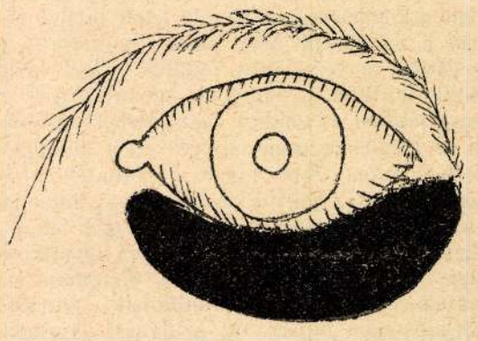
kozott helyi reactio. *Deutschmann* is hasonló eredményre jutott. *Strzeminski* sem egyezik abba, hogy minden chalazion gümős eredettel bir, de úgy vélekedik, hogy némely esetben csakugyan tuberculotikus alapon fejlődik. Ezen meggyőződésre 119 eset megfigyelése alapján jutott, mert az esetek 20%-ában az egyének szervezete gümőre nagyon gyanus volt. Szövettani

1. ábra.

vizsgálatot ez irányban nem végzett. *Köhlmoos* sem tartja a typikus chalaziont gümős képződménynek, de állitja, hogy a tarsusban acut, tuberculotikus, a chalazionhoz hasonló megbetegedések előfordulhatnak. *Wichert Pál* — kinek vizsgálatai szintén Baumgarten laboratoriumából származnak — 32 chalaziont vizsgált oly egyénektől, kiknél a szervezetben gümős elváltozást kimutatni nem lehetett. A megvizsgáltakból 28-at gümősnek tart, mert a sarjszövet olyan csomókat tartal-

2. ábra.

mazott, melyek epitheloid- és óriássejtekből állottak, utóbbiak a Langhans-féle óriássejtek typusával birtak. 12 esetben a musculus orbicularis rostjai között is talált tuberculumokat. Két esetben gümőbacillusokat mutatott ki, ezen utóbbi két eset szövettani szerkezete mindenkép egyezett a többi esetekkel. Oltási kisérletei nem sikerültek, tuberculin nem okozott reactiót. Elfogadja Tangl és Baumgarten nézetét, a chalaziont tuberculotikus eredetünek tartja, de nem hiszi, hogy minden chalazion localis tuberculosist jelent. *Landwehr* is talált egy izben a górcsövi készitményben tuberculotikus bacillusokat, oltási kisérlete negativ maradt és úgy vélekedik, hogy az esetek nagy részében a gümős eredet hiányzik, de némelyik gümős alapon fejlődhetik. *Palermo* szintén kisérleteket végzett azon irányban, hogy a chalazion gümős eredetű-e, vagy sem. Egyrészről gümős állatok tarsusába oltott, vizsgálta vajjon chalazion fejlődik-e vagy sem, másrészről chalazion anyagát



3. ábra.

oltott állatokba, annak a kideritése szempontjából, hogy tuberculum fejlődik-e vagy sem; végre idegen testet vezetett be a tarsusba azon czélból, hogy ezek a chalazion képződését elősegitik e vagy sem? Egy széndarabocska körül sarjdaganat képződött, mely óriássejteket tartalmazott. Szerző constatálta, hogy a chalazion nem bir gümős eredettel, annak képződését a Meibom-mirigyek helyi izgatása elősegiti; a histologiai lelet mindenképen megegyezett de Vincentiis eredményével. *Alfieri* sem

4. ábra.

tartja a chalaziont gümős eredetünek, állitja, hogy azt nem egy specifikus mikroorganismus, hanem több pathogen-bakterium idézi elő. *Prionzeau* 28 esetet vizsgált, többféle bacillust talált, ú. m. staphylococcust, diplobacillust, pneumococcust, streptococcust, tetragonus- és leptothrix-fajokat. *Parisotti*, ki sokáig a chalazion tuberculotikus eredete mellett kardoskodott, később megváltoztatta ezen véleményét és azt mondja, hogy nyulak elpusztulnak, ha chalazion anyagát a peritonealis üregbe beviszszük, de ezen jelenséget nem tartja kétségtelenül tuberculosisból eredőnek. *Deyl* vizsgálatai alapján azon meg-

győződésre jutott, hogy állatoknál — kisérleti alapon — sem a Meibom-féle mirigyek váladékának pangása, sem staphylococcusokkal való fertőzés, sem tuberculosis-bacillusok, sem Pfeiffer-féle pseudotuberculosis-bacillusok által chalaziont előidézni nem lehet és az említettek közül egyiket sem lehet az idült jelleggel biró chalazion valódi okának tekinteni. Ő tályoggal kezdődő, később sarjadzó daganathoz hasonló chalazionból különböző bakteriumokat tenyésztett, melyeket *chalazion-bakteriumoknak* nevezett el, melyek úgy alakilag, mint tenyésztési szempontból teljesen a pseudodiphtheria-bacillusokhoz (xerosis-bacillus) hasonlitanak. *Uhthoff* és *Axenfeld* elismerik Deyl leletének helyességét, de felemlitik, hogy hasonló bacillusokat a kötőhártyazsákban is lehet találni és nem lehet tudni, hogy a bacillusok nem innen jutottak-e a chalazionba és ott kedvező tenyészalapra találtak, *Deyl* kedvező oltási kisérletekről is referál, nagyobb mennyiséggel sikerült az állati szemhéjakban az emberi chalazionhoz hasonló daganatot létrehozni és tiltakozik azon feltevés ellen, mintha idegen test hatása közbejátszana. *Hala* utána vizsgálta Deyl bakteriologiai adatait és úgy találta, hogy a chalazion egy infectiosus, bakteriumok által előidézett folyamat, a Deyl által felfedezett bacillusok a xerosis-bacillusokkal teljesen identikusak, melyek — azonban — a kötőhártya kóros elváltozásainál, a kötőhártyazsákban rendesen is előfordulnak, dörzsölés által a kötőhártya szövetébe jutnak, ott gyuladást okoznak, majd sarjszövetből álló daganat képződik. Xerosis-bacillusokkal kisérletileg chalaziont lehet előidézni, tehát mindezek alapján állitja, *hogy a chalazion nem a Meibom-mirigyek kijáratának eldugulása, a váladék pangása következtében keletkezik és tuberculosissal össze nem függ.* Teljesen ellenkező eredményre jutott *Lagrange* 15 emberi chalazion vizsgálatánál. Hangsúlyozza, hogy először a váladék pang, majd adenitis és periadenitis, később a mirigyet körülvevő szemhéj szövetének gyuladása lép fel. Mikrococcusokat talált ugyan, de ezen leletnek fontosságot nem tulajdonit; különös, hogy sem óriás-, sem epitheloid-sejteket nem talált, csak egyszerű kereksejtű sarjszövetet. *Aschheim* chalazion 16 esetében kisérleti, szövettani és bakteriologiai vizsgálatokat végzett, de positiv eredményre egy sem vezetett, tuberculosis-bacillust nem talált, csak xerosis-bacillusokat és staphylococcusokat. Oltási kisérlete egy esetben sem sikerült. A histologiai leletet, a Langhans féle óriássejtet a tuberculosisra jellegzetesnek nem tartja, az egyszerű kereksejtű sarjszövet pedig más folyamatnál is előfordul.

Az észlelőket két csoportba lehet osztani. Baumgarten és iskolája ajánlják, hogy a tarsus daganatai közül csak azokat szabad chalazion névvel illetni, melyeknél a tuberculotikus szerkezetet fel lehet találni; mások épen ellenkezőleg az olyan chalazionszerű daganatokat, melyek tuberculotikus jelleggel birnak, különválasztják és *a tarsus tuberculosisának* nevezik, különösen *Vossius* a chalazion fogalmát, a Meibom-mirigyek gyuladását a tuberculosistól teljesen elválasztja.

A felsorolt észlelők adataiból látjuk, milyen különbözők a vélemények, hányféle bacillust tartanak a chalazion kórokozó anyagának. A chalazion szöveti szerkezete nem specifikus, bacillusokat kevesen találtak, pedig ez irányban nagyon sok kisérleteket végeztek, oltási kisérletek is csak egy-két esetben sikerültek, tuberculinreactio nem bir teljes positiv bizonyító erővel; az észlelők azon jelentése, hogy chalazion legtöbbször scrophulosis vagy tuberculosisban szenvedő egyéneknél fordul elő, klinikailag nem bizonyosodott be, szóval egy adat sem megbizható és nem bir bizonyító erővel.

A chalazion aetiologiájának, szöveti szerkezetének, bakteriologiájának ismertetése után, legyen szabad egy kóresetet tárgyalnom, melynek párját az irodalomban nem találtam, melynek megfigyelése, műtétje és histologiai vizsgálata alkalmával szerzett tapasztalatok — az előbbi említett vitás kérdések szempontjából — érdekkel birnak.

Egy 20 éves kisasszony többször szenvedett blepharitis, hordeolosis, kötőhártyahurutban, sőt chalazionok is támadtak, melyek semminemű kezelésre vissza nem fejlődtek. A bal alsó szemhéj közepén lévő igen kemény chalaziont 1901. február hó 3-dikán belülről megoperálták. Az operáló szemorvos igen keménynek találta és csak nagyon nehezen tudta a benneket kinyomni. Utána nagy duzzanat és véraláfutás támadt, mely a szokásos melegborogatásra visszafejlődött ugyan, de az alsó szemhéj egész hosszában egy porczkeménységű daganat maradt vissza, mely borogatásra mozdulni nem akart. A beteget márczius hó 26-dikán láttam először. Az alsó szemhéj bőre teljesen normális, mozgatható, ránczolható, eltolható volt, kissé kékes a kitágult edényektől. Az egész szemhéj hurkaszerüleg nagyobbodott, de ezen nagyobbodás oly éles határokkal birt, oly éles határokkal domborodott ki, hogy azonnal a tarsus alakja ötlött szemembe. Tapintásnál porczkeménységet éreztem, a daganatot azonban sem összenyomni, sem kiüríteni, sem kisebbiteni nem lehetett. Ha figyelmesen tapintottuk végig, akkor két helyen behúzódást lehetett kiérezni. Hossza 33 mm., belső szélessége 7 mm., külső szélessége 11 mm. volt, alakja, vastagsága 3 mm. tehát egy trapezhez hasonlitott, melynek belső szélessége 4 mm.-rel keskenyebb volt. Tapintása egyenletesen ruganyos és olyan érzést keltett az ember ujjaiban, mintha főtt porczot tapogatna. A tarsalis conjunctiva állandóan kissé belövelt, de megvastagodást nem mutatott, kóros elváltozást rajta — a metszésnek megfelelő 2 mm. hosszú felületes heges behúzódáson kivül — nem észlelhettem. Váladék nem képződött, a szem nem könnyezett. A praeauricular és submaxillaris mirigyek megduzzadva nem voltak. A mellékelt 1. ábra en face-fényképen mindezen viszonyok kitünően észlelhetők, az alsó szemhéj hurkaszerű kinézése és duzzanata, valamint a szemrés szükebb volta a másik ép szemhez viszonyitva. A 2. ábra fényképen, melyet oldalról vétettem fel, a daganat még jobban látható, a beteg a daganatot izmai segélyével felhúzta és egész terjedelmében láthatóvá tette. Meg kell jegyeznem, hogy a fényképek amateur kezéből kerültek ki, ezért azok hiányosságáért bocsánatot kell kérnem, de a tényleges viszonyoknak mindenképen megfelelnek. A 3. ábra schematikus rajz a daganat kiterjedését és nagyságát tünteti fel.

A szem maga eltérést nem mutat, mindkét oldalon rövidlátóság van, $^{2}/_{70}$ visus, mely 5·0 D concav-üveggel $^{5}/_{10}$-re javitható, szemfenéken conus nincs, a rövidlátóság haladó jelleggel nem bir.

A szemhéj sajátságos elváltozása a kisasszonyt nagy mértékben eltorzitotta, mert a daganat a szemhéj körkörös izmainak hatása alatt állott, annak mozgásait követte, nagyságánál fogva felemelte a szemhéjat és a szemrést szükitette. Egy jelenség téves magyarázatra is adott okot, ugyanis a szemhéj daganatát lassan a bulbus alá lehetett nyomni, mi azon látszatott keltette, mintha a daganat benső tartalmát ki lehetne üriteni, azaz cystával volna dolgunk.

A diagnosis megállapitása fontossággal birt, mert attól függött a beavatkozás módja. Az aetiologia kideritése nem kis nehézségbe ütközött, mi valósággal nem is sikerült.

A diagnosis szempontjából bizonyos volt, hogy a tarsus egész hosszában meg van duzzadva, erre mutatott a daganat anatomiai alakja, de hogy milyen alapon gyuladt meg ezen tarsus, erre választ adni az észlelők egyike sem tudott. Meg kell jegyeznem, hogy Budapest és Bécs majd minden nevesebb szemorvosa látta in consilio az esetet. Valamennyien a betegséget egybehangzóan *tarsitis chronica* névvel illettük. A consiliarusok közül többen úgy vélekedtek, hogy a tarsus duzzanata valamely alkati betegség következtében jött létre, bár a kisasszony erőteljes szervezetében valami positiv adatot találni nem lehetett, organikus elváltozások hiányoztak. Először is luesre gondoltunk, magától értetődik hereditarius alapon, csecsemőknél többször leirtak ilyen elváltozásokat. Kutattunk anaemia és leukaemia után, mert a vérvizsgálatnál kiderült, hogy a vér haemoglobintartalma 65%-ot tett ki és csekélyfokú leukocytosis is volt jelen, de azonkivül a kinzó habitualis fejfájások is anaemia mellett szóltak. Viszont fel lehetett tételezni, hogy a chalazionműtétet valamely sajátságos infectio követte, mely a tarsus indurativ megvastagodását idézte elő. De biztos támpontot találni nem tudtunk, az észlelők mindegyike az esetet rendkivül érdekesnek tartotta és hosszú gyakorlatából egy hasonló esetre sem emlékezett.

A therapiát — e különböző aetiologiai felfogásnak meg-

felelőleg — kiséreltük meg, különböző felszivó szerek alakjában. Először higanytapaszt tettem a szemhéjra egész hosszában, belsőleg jodkalit, később Blaude-féle pirulákat adagoltam, majd higanykenőcscsel naponta massáltam, de a daganat meg sem mozdult. Egyik kiváló consiliarius ajánlatára az alsó szemhéj bőrét jod-jodkaliglycerin-oldattal naponta ecseteltem, annyira, hogy a bőr kissé meggyuladt, de mindazon beavatkozás a tarsusra hatást nem gyakorolt. Majd jodkenőcscsel massáltam heteken keresztül, mert öregebb szemorvosok még most is szoktak jodkenőcsöt chalazionnál rendelni és régebbi tankönyvekben most is ajánlgatják. Majd faradikus áramot próbáltam, de eredmény nélkül. Más oldalról parenchymatosus-injectiókat ajánlottak jodipinnel, higitott tinct. jodival, sublimatoldattal, de mindezeket nem mertem megkisérelni, mert először a porczkeménységű szövetbe valamely folyadékot injiciálni nem lehetett, az úgyis csak a kötőszövetbe, a bőr alá jutott volna, féltem a jodtincturától, hogy esetleges partialis szöveti kiesést (gangraenát) okoz, és őszintén megvallom, ily irányú tapasztalatokkal sem én, sem mások nem birtak, a siker iránt mások sem biztattak. A sebészi beavatkozásban biztunk legjobban, csak az volt a kérdés, hogy melyik oldalról, a kötőhártya vagy a bőr felől történjék a beavatkozás. Megbeszélésünk tárgyát képezte a kötőhártya felőli scarificatio és a galvanolysis. Ugyanis azt gondoltam, hogy eme kötőszöveti túltengés a hegből indult ki, és miután a bőrgyógyászok a keloidszerű képződményeknél a scarificatiót és galvanolysist sikerrel alkalmazzák, talán adott esetben is lehetne eredményt elérni.

De hosszú megfontolás után mégis a kivülről történő sebészi beavatkozás mellett döntöttünk. Belülről nem akartam, mert a conjunctiva ép volt, mely a műtét után zsugorodna, a szemhéj állását lényegesen befolyásolná, esetleg entropiumot okozna. Igaz, a külső metszésnél, az eversio vagy ectropium palpebrae veszélye fenyegetett.

A műtétet 1902. augusztus hó 14-dikén hajtottam végre *Farkas D.* dr. szives assistentiája mellett a szent Margit-közkórházban. Szem előtt tartottam, hogy a heg oly távol essék a szemhéjszéltől, hogy arra zsugorodás következtében hatást ne gyakoroljon, a könypontok állását meg ne változtassa, mert annak beláthatatlan következményei lehetnek, könycsorgás, eversio, ectropium palpebrae alakjában.

Az alsó szemhéjat — kellő desinficiálás után — egy Knapp-féle blepharostat branchai közé fogtam. Az igy befogott bőrt — a szemet védve — chloraethyllel érzéstelenitettem. A műtétet teljesen vértelen állapotban tudtam végrehajtani. A szemhéjszéltől 7 mm.-nyi távolságban, parallel a szemhéjszéllel egy 25 mm. hosszú sebet ejtettem, a bőrt és izomréteget felpraeparáltam, azt fel- és lefelé visszatoltam, mire az egész, fehéres, porczos, megvastagodott daganat előttem feküdt. Miután nem akartam az egészet in toto kimetszeni, mert akkor a szemhéjnak váza nem lett volna, rétegenként akartam lenyesegetni, ezért beszúrtam, kis helyen felhasitottam és ime kitünt, hogy egy vastagfalú cystával van dolgom, melynek üregje a daganat egész hosszára kiterjedt. Benneke colloidszerű, chalaziontermékhez és sarjszövethez hasonló anyag volt. A cystának mellső fala 1—$1^1/_2$ mm. vastagsággal birt, mig hátsó falát a granulatiós képződményekkel fedett tarsus képezte, a conjunctivával együtt. A mellső falát körkörösen ollóval lemetszettem, a cysta tartalmát kikapartam és a hátsó fal mellső felületét kis éles kanállal lekapartam. Ezen eljárás közepette, a hátsó falat egy kis helyen, közel a belső szemzughoz, bemetszettem. A sebszélek elegyengetése után a bőrt öt finom varrattal egyesitettem, a blepharostatot eltávolitottam. A kötőszövetben csekély vérzés támadt, de a duzzanat a szemhéj nagyobb alaki elváltozását nem okozta. A sebre sublimatos kötést alkalmaztam. Másnap a szemhéj szép volt, a sebszélek simán adaptálódtak. 5-dik nap a varratokat eltávolitottam, a metszés helyét vonalas heg jelölte és néhány kékes véraláfutás. 14 nap alatt annyira javult, hogy a szemhéjon semmi elváltozást észrevenni nem lehetett, csak azon körülményt, hogy a szemhéj bőre kitágult és pár redőbe omlott. A redők elhelyeződése annyira symmetrikus és a heget oly szépen takarták be, hogy laikusok a beteg szemhéjat felismerni nem tudták. Négy hét alatt nyoma sem volt a beavatkozásnak. A 4. ábra fénykép a műtét után pár hóval tünteti fel az állapotot. Az operált szemhéj kinézése, állása teljesen normális, a heg tökéletesen eltünt, tapintásnál a daganatból semmit kiérezni nem lehet, a bőr alatti szövet teljesen sima.

Meg kell jegyeznem, hogy azon a helyen, hol csekély ablakot metszettem a tarsusba, granuloma fejlődött és a résen keresztül a kötőhártya felületére jött, hurutot tartott fenn, melynek alapos kimetszése után a defectus begyógyult és lapisolás után a hurut visszafejlődött.

Azon körülményt még fel kell emlitenem, hogy a jobb szem felső és alsó szemhéjában több kisebb-nagyobb chalazion volt, melyet azonban maga a kisasszony sem akart megoperáltatni, én sem voltam hajlandó azt szivesen elvégezni, mert mindketten féltünk az esetleges következményektől, azaz a tarsus hasonló reactiójától. A chalazion műtétje — jelen esetben — kisérlet értékével birt, mert ha alkati betegség játszott közbe a baloldali tarsitis előidézésénél, hasonló elváltozás fogja a jobboldali beavatkozást is követni. A jobb oldalon a felső szemhéjban lévő chalaziont megnyitottam és kikapartam, de reactio nem mutatkozott, szépen visszafejlődött, magától értetődik nagyon óvatos voltam és az asepsis minden szabályát betartottam. Ezen kis műtétet még pár hóval a baloldali műtét előtt végeztem.

A kimetszett szövetrészleteket formalinban keményitettem, celloidinba beágyaztam és a metszeteket részint haematoxylin eosinnal, részint Van Gieson szerint festettem.

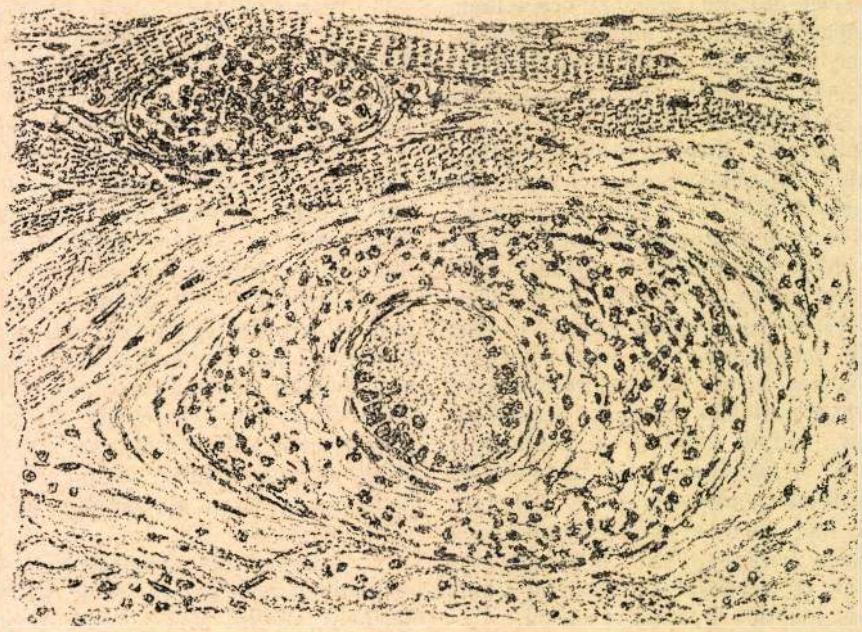
A metszeteken két részletet lehet megkülönböztetni, a külső és belső részt. A külső rész a legtöbb metszeteken vastag fibrosus kötőszövetből állott, mely a Van Gieson-féle festéket erősen magába szivta; több metszeten izomrészleteket lehet látni, mely valószinüleg az orbicularisból származik és a műtét alkalmával a tokkal együtt távolittatott el. A belső rész az összes metszeteken fiatal kereksejtes sarjszövetből, sok jellegzetes óriássejttel, a körzetén elhelyezett maggal, a közepén necrobiotikus részletekkel. Néhol rendkivül nagy óriássejtek láthatók. Nem ritkán lehet a készitményekben erősen festett tuberculumot találni, melynek területén több kisebb-nagyobb óriássejt látható, sőt néhol az izom rostjai között, azok által mintegy határolva nagyobb tuberculumszerű kereksejtekből álló csomócskák vannak. Az 5. ábra rajza e viszonyokat kellőkép feltünteti. A készitmények külső részletében található Meibom-mirigyek degeneráltak, majdnem mindegyik acinus vastag fibrosus capsulával van körülvéve, alakjuk megváltozott, össze van nyomva és rajzolatuk nem szabályos, elmosódott, kijáratuk szintén kötőszövet által van kitöltve. Ezen képleteket azonban csak némelyik metszetben lehet feltalálni, a legtöbben hiányzik és mirigyeknek nyoma sincs. A 6. ábra rajza hű képét mutatja a mirigyek ezen degeneratiojának, A mi az elastikus rostokat illeti, Weigert-féle festéssel kimutathatók az edények intimájában és kevés, rövid fonál van a metszetek külső részletében. A metszetek külső részletében számos kisebb és nagyobb caliberrel biró edény is található.

A metszetekben gümőbacillust szorgos vizsgálat daczára kimutatni nem lehet. A kimetszett anyaggal oltási kisérletet nem végeztem, sem más bacillus-faj után nem kutattam.

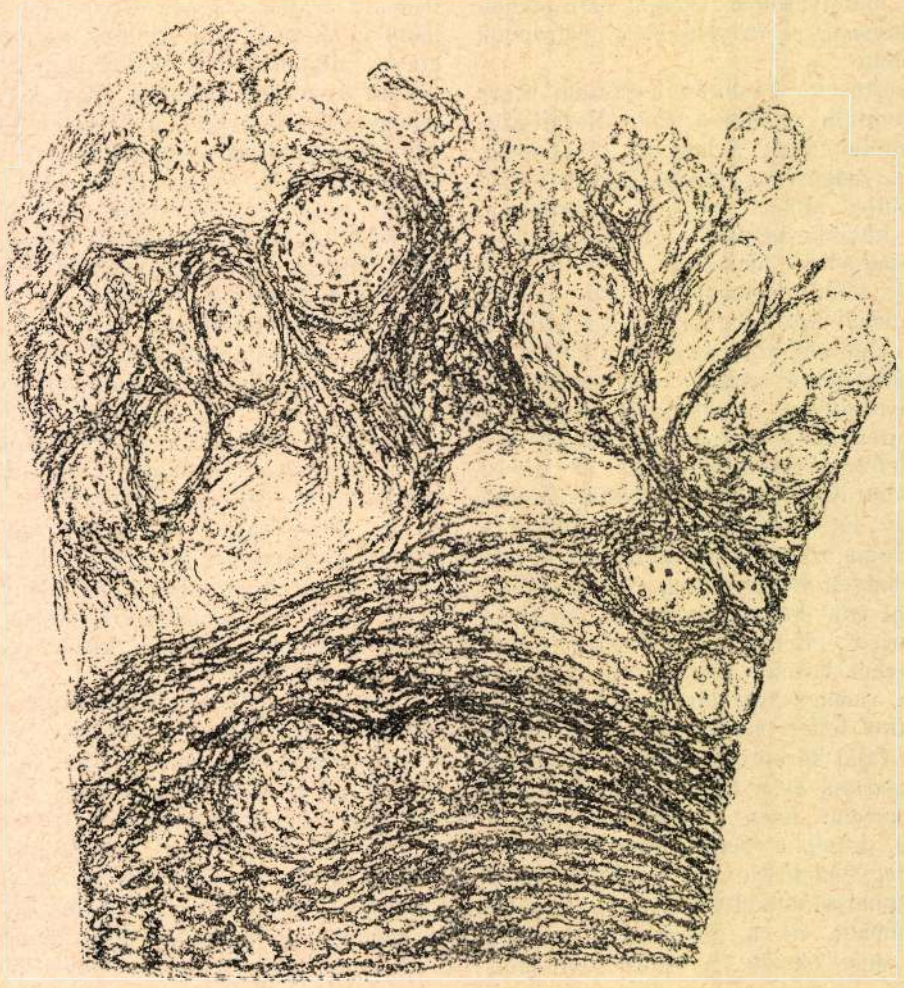
A mi a daganat szövettani magyarázatát illeti, azt csak olyképen lehet magyarázni, *ha felteszszük, hogy a tarsus külső oldalán beágyazott összes Meibom-mirigyek meggyuladtak, az azokat körülvevő kötőszövet is résztvett a gyuladásban, sarjszövet fejlődött, a mirigyek bennékének nyálkás elfajulása által az egész tarsus hosszában üreg képződött.* A mint emlitettem a Meibom-mirigyek a tarsus teljes hosszaságában vannak egymás mellett elhelyezve, a fibrosus tok is a tarsus alakjának megfelelőleg képződött. A mit eltávolitottam az a tok volt, a sarjszövettel — a tarsusból magából — semmit ki nem metszettem, mert a szemhéj vázát kimélni kellett. *A daganat tehát nem volt egyéb, mint egy óriási chalazion, azaz a tarsus összes mirigyeinek lobosodása és typikus elfajulása.* Mi volt az inditó ok ezen elváltozásra, a bemetszés vagy egy a bemetszés útján fejlődött sajátságos infectio, azt biztosan tudni

nem lehet. Hiszen *Fuchs* és mások is említették, hogy egy csekély izgalom a szemhéjak gyuladása is képes a chalazion fejlődését elősegiteni, *Palermo* pedig széndarabot vezetett a tarsusba és körüle sarjdaganat képződött, mely óriássejteket tartalmazott. Hajlandó vagyok ezen óriási chalazion képződését is vagy ilyen idegen test által okozott izgalommal összefüggésbe hozni, mely a bemetszés után fejlődött, vagy egy sajátságos, ki nem mutatható infectioval, mely a bemetszésután lépett fel és ezen chronikus lobot váltotta ki. Ezen utóbbi feltevésem inkább megegyezik *Deyl* és *Hala*-nak az utolsó években eszközölt vizsgálataival, kik a bakteriologiai lelettel nem tartják összeegyeztethetőnek, a külső izgalmak felvételét, hanem minden esetben infectiora gondolnak.

Hogy mennyire kétes a hasonló szemhéjdaganatok eredete, milyen nehezen eldönthető annak histologiai képe, például szolgálhat *Aschheim* esete, ki egy 45 éves nőnél az alsó szemhéj belső harmadából egy kis daganatot irtott ki, melynek alakja egy keresztirányban fekvő cylinderhez hasonlított. A daganat kemény elastikus tapintattal birt, a tarsussal összefüggésben nem volt, sehol ki nem fekélyesedett. A kimetszett darab histologikus vizsgálata alkalmával kitünt, hogy epitheloid-sejtekből álló csomók, óriássejtekkel vannak jelen, de sehol regressiv metamorphosis nem látható. Bacillusokat kimutatni nem lehetett, a házinyúl szemének mellső csarnokába helyezett darabocska ott specifikus iritist elő nem idézett. Szerző a kis daganatot mindazonáltal, hogy a histologiai kép tuberculosishoz nagyon hasonlitott, *visszafejlődésben levő chalaizonnak* tartja, mert az oltási kisérletek nem sikerültek és bacillust nem lehetett kimutatni.



5. ábra. Reichert 4. obj. 4. oc.



6. ábra. Reichert 1. obj. 4. oc. félig kihúzott tubus.

Ha *Aschheim* esete nem is hasonlit teljesen az enyémhez, mert a tarsus a betegségben részt nem vett, a kép oly világosan ki nem volt fejlődve, de a histologiai lelet alapján ebbe a csoportba sorozom és ezért tartottam a felemlitésre érdemesnek.

Mint már a bevezetésben említettem, a tarsus önálló megbetegedéseit a veleszületett és szerzett syphilis okozhatja. Ilyen esetekben a tarsus maga egy szalonnás, sárgás massává van átalakulva, melyből bemetszésnél vér nem szivárog ki, a tarsus górcsövi vizgálatánál sarjszövetet és hyalinelfajulást lehet találni, különösen az edények fajultak el hyalin módon. *Fuchs* 3 esetet irt le szerzett luesnél, *Vogel* egy esetet egy 8 éves fiúnál. *Stern* az irodalomból 18 esetet tudott összegyüjteni, *Reiner* is leirt egy esetet. *Stern* esetei közül egy $^3/_4$ éves gyermeknél veleszületett alapon fejlődött a tarsitis, mindkét felső szemhéjban körülirt gumma volt. *Simon* két éves leánygyermeknél a jobb alsó szemhéj nagyfokú duzzanatát észlelte, mely igen kemény tapintattal birt, alakjára nézve megfelelt a tarsusnak. Bedörzsölési kúrára 3 hét alatt gyógyult, a praeauricularis mirigy is visszafejlődött. A fogak deformitásán kivül a veleszületett lues egyedüli jelensége a tarsitis volt. A magyar orvosi irodalomban két esetet találtam, mindkettőt a közkórházi orvostársulat ülésén be is mutatták. *Feuer* egy három hónapos lues congenitában szenvedő gyermeknél talált tarsitist. „A balszemhéjak párnaszerűen dagadtak, a szemhéjrés megnyitása végett reájuk tett ujjak azonnal áttapintják a nagyobbodott és megvastagodott porczokat; ezen nagyobbodás oly nagymérvű, hogy a porczok domború szélei az orbita szélét érintik.“ A szemhéjrés alig 5 mm.-re nyitható, sőt az alsó szemhéj kifordítása is lehetetlen.

A gyermeknél a cornea szétmállott és pár nap alatt meghalt. Feuer esetét az irodalomban csecsemőnél egyedülinek tartja. *Bruckmayer* 44 éves férfinál észlelt tarsitist, ki penisén és srotumán fekélyekben, majd később kifoszlott papu-

lákban szenvedett. Jobb alsó szemhéja teljesen kifordult, a conjunctiva belövelt, szalonnás fényű volt, az egész szemhéj tetemesen megnagyobbodott, kemény tapintatú. A folyamat 60 gm. Hg-kenőcs bedörzsölése után csaknem teljesen gyógyult. *Bruckmayer* kiemeli, hogy a tarsitist a secundaer stadiumban észlelte. Histologiai vizsgálatot egyik esetben sem végeztek.

De a tarsus gyuladásának mindezen esetei acut módon a vér luetikus megbetegedése következtében jöttek létre. Sőt e megbetegedésben résztvett a bőr és a conjunctiva is. Olyan esetet, melyben egyedül a tarsus és a vele szoros összefüggésben lévő összes Meibom-féle mirigyek betegedtek volna meg, az irodalomban nem találtam. Az elsődleges alapon fejlődött *tarsitis chronica* typikus kórképének felállitását semmi sem ellenzi, bár egy eset nem képez a kórkép pontos meghatározásához elég bizonyitékot, de a keletkezés, a lefolyás, gyógyulás és a histologiai adatok annyira magyarázzák a betegség lényegét, hogy a tarsusnak *tarsitis chronica* névvel jelzett elváltozását typusnak kell elfogadni és kutatni kell, hogy hasonló betegséget nem találunk-e más alkalommal.

A tarsusnak a kötőhártya betegségei következtében, másodlagos alapon létrejött alakváltozásai, zsugorodása e fejtegetéseim körébe nem tartoznak, csak megjegyzem, hogy az első stadiumban maga a tarsus szövete résztvesz a trachomatosus gyuladásban, mindenütt kissejtű beszüremkedés és lymphocytákkal telt nyirkedények találhatók, a végstadiumban a hegesedés, vékonyodás és zsugorodás lép előtérbe, a Meibom-féle mirigyek elfajulnak, az egyes lebenyek kerek sejtekből álló csomócskák által széttolatnak, a tömlők elvesztik szabályszerű alakjukat. Néha a mirigyek teljesen eltünnek és helyökön zsírsejteket, vagy zsírszövetet lehet találni.

Esetemnek sem histologiai lelete, sem klinikai kórképe nem hasonlít a másodlagos alapon létrejött vagy a lues következtében fellépett tarsitis alakjához, úgy hiszem nem vétek a diagnostika ellen, ha a klinikai jelenségek és histologiai lelet alapján mint önálló, az eddig leirt kórképektől teljesen különböző kóros elváltozást irom le és számára a szemészeti irodalomban külön helyet biztositani óhajtok.

A histologiai vizsgálatot a budapesti kir. magyar tudomány-egyetemnek *Genersich A.* tanár úr vezetése alatt álló I. sz. kórboncztani intézet laboratoriumában végeztem, miért is úgy a t. tanár úrnak, mint az intézeti segédszemélyzetnek — a szives támogatásért — hálás köszönetemet nyilvánitom.

Irodalom.

1. *Tangl F.* A chalazion aetiologiájáról. Adat a tuberculosis tanához. Orvosi Hetilap. 1890. 18—19. sz.
2. *Fuchs E.* Über das Chalazion und über einige seltenere Lidgeschwülste. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie. 24. évf. II. k. 1878.
3. *Palermo.* Aetiologie des Chalazions. Centrbl. für pr. Augenheilkunde. 1896. (Refer.)
4. *Panas.* Traité des maladies des yeux. II. k.
5. *Alfieri.* Die neuesten Fragen über die Natur des Chalazions. Centrbl. f. pr. Augenheilk. 1897. 529. o. (Ref.)
6. *Mitvalsky.* Beitrag zur Kenntniss d. Pathologie der Meibom'schen Drüsen. Centrbl. f. pr. Augenh. 1897.
7. *Prionzeau.* Etiologie du Chalazion. Annales d'oculistique. 1898. Január.
8. *Strzeminski.* Etiologie et traitement du chalazion. Receuil d'ophth. 1903. Jan.
9. *Köhlmoos.* Über das Chalazion. Centbl. f. pr. Augenheilkunde. 1894. Suppl. (Refer.)
10. *Wichert P.* Über den Bau u. Ursachen des Chalazion. Centr. f. pr. Aug. 1894. Suppl. (Refer.)
11. *Landwehr Fr.* Zur Ätiologie des Chalazions. Centrb. f. pr. Augenheilk. 1894. Supp. (Refer.)
12. *Weiss L.* Über die Ätiologie des Chalazions. Klin. Monbl. f. Augenh. 1891.
13. *Plenk J.* Lehre von den Augenkrankh. 1799.
14. *Arlt J.* Die Krankheiten d. Auges. 1856. X. 347.
15. *Himly C.* Die Krankheiten und Missbildungen des Auges. 1843. I. k.
16. *Rosas A.* Handbuch der theor.-pract. Augenheilk. 1830. 297.
17. *Fuchs E.* Lehrbuch der Augenheilkunde.
18. *Haab.* Die äusseren Erkrankungen des Auges.
19. *Axenfeld, Fick, Uhthoff.* Allg. Pathologie und patholog. Anatomie des Auges (O. Lubarsch, R. Ostertag) 1894.
20. *Aschheim H.* Specielles und Allgemeines zur Frage der Augentuberculose. 1903.
21. *Deyl.* Internat. klin. Rundschau. 1893. 14. és 15. sz.
22. *Hala.* Zeitschrift f. Augenheilkunde. 1901. Szept.
23. *Feuer N.* Tarsitis palpebr. e lues congen. Közkórh. orvostársulat 1895-diki évk. 47. o.
24. *Bruckmayer F.* Tarsitis luetica. Közkórh. orvost. 1899-diki évk. 29. o.
25. *Simon.* Tarsitis bei her. Syphilis. Centrbl. f. pr. Augenh. 1898. 147. o.
26. *Ginsberg S.* dr. Grundriss der path. Histologie des Auges.

Thiersch-féle transplantatio a kötőhártyára.*

Irta: *Mohr Mihály* dr. egyetemi magántanár, kórházi szemészfőorvos Budapesten.

A nélkül, hogy a szemészetbeli transplantatiók történetét elő akarnám adni, meg kell említenem *Chibret*[1] merész kisérletét, a ki egész nyúlszemet próbált emberre átültetni, de sympathiás gyuladás veszedelme miatt el kellett a benőtt szemet távolitani. A többi kisérletek is hosszabb-rövidebb idő mulva kárbavesztek.

A szarúhártya-transplantatiók, melyeket *Himly*[2] próbált meg és utána sokan megkisérlettek, sem vezettek sikerre. *Power*-nak,[3] *Hippel*nek[4] sikerült ugyan az állat-szarúhártyát odatapasztani a beteg corneájának helyére, de haszon nélkül, mert csakhamar megzavarosodott. Sok kisérlet és tanulmány eredménye az, hogy némileg is türhető cornea-transplantatiót kapjunk, *Wagenmann*[6] és *Hippel*[6] szerint nem szabad a Descemet-hártyát megsértenünk, oly feltétel, mely alig van meg, és mert a hol a Descemet megvan, ott feltisztító eljárásokkal és iridectomiával sokkal jobb eredményeket lehet elérni.

Nagy és állandó a siker azonban a nyeletlen bőr- és nyálkahártya-transplantatiók területén. Igy a Pitha-Billroth gyüjtőmunkájában Weber „Krankheiten des Gesichtes“ czimü dolgozatának 143. lapján azt mondja, hogy *Bünger* 1823-ban „a czomb böréből egy darabot kivágott, átültette az orra és bár nagy része elhalt a lebenynek, de egy más része megtapadt.“ De e kisérletek, melyeket Dzondi, Blasius és Dieffenbach is megismételtek, igen kevéssé biztatók voltak.

1869 deczember 13-dikán a párisi „Société de chirurgie“ ülésén *Guyon* referál *Reverdin* kisérleteiről és dolgozatairól, melyeket az a Hôpital Neckerben végzett a czélból, hogy sarjadzó felületeket gyorsabban behegeszszen. Sérülés okozta anyaghiányról volt szó, mely a könyökhajlattól a felkar közepéig ért. Október 16-dikától november 24-dikéig a szokásos eljárással kezelték a nélkül, hogy valamire mentek volna vele. November 24-dikén Reverdin két kis, alig 1 mm. nagyságú bőrdarabkát vett az érvágó lándzsával az illető egyén czombjának böréből, reátette a sebre, ragtapaszcsikkal megrögzitette és november 27-dikén a lebenyek meg voltak tapadva. Uj központjait képezték a hegesedésnek és a gyógyulás gyorsan haladt előre. Reverdin a „Gazette des Hôpitaux“ 1870-diki 4. számában közölte eljárását.

Nagy feltünést keltett ez eljárás, sokan utánozták, a prioritást is kétségbe vonták, de mégis Reverdin érdeme, hogy megmutatta, mikép élő emberről vett bőrdarabkák sarjadzó felületeken megtapadnak. „Greffe epidermique“-nek „felhámátültetés“-nek nevezte el eljárását.

Mig Reverdin a felhámszigeteket a hozzájuk tartozó Malpighi-réteggel és a szemölcstest legfelső rétegével együtt ültette át, addig *Marc See*[7] és *Fiddes*[8] tisztán a felhámot, *Le Fort*[9] és *Ollier*[10] a bört egész vastagságában transplantálták, *Czerny*[11] és *Houzé d'Aulnoit*[12] nyákhártyadarabkákat. Ez és *Jacenko*[13] az odatapadás viszonyait is ki iparkodtak fürkészni. Meg is állapitották, hogy állatról vagy emberről, söt hulláról vett bőrdarabok emberen, vagy állaton megtapadnak.

A szemészetbe *Lawson*[14] vitte be a transplantiót. A „clinical society of Londonban“ tartott előadásában elmondta, hogy a Middlessex-Hospitalban a felső szemhéj teljes ectropiuma esetében megkisértette bőrdarabok átültetését a karból. *Driver*[15] egész vastagában kimetszett és apróra szabdalt bőrdarabokat ültetett át. 1871-ben a heidelbergi szemész-congressuson[16] *Knapp* tárgyalta a blepharoplastikát és ott *Horner* és *Strube* nagyon mellette voltak. *Wecker*[17] volt az azután, a ki kiterjedten alkalmazta a

* A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülésén Kolozsvárt, 1903. szeptember 7-dikén tartott előadás.

transplantatiót. 6—8 négyszögmm. területü bördarabkákat vett, szorosan egymás mellé rakta őket „en mosaique“, erre meggummizott vert aranylemezt tett és nyomó kötést. Wecker a következő javalatokat állítja fel: 1. Szemhéjak elégése, 2. ectropium palpebrae, 3. szemhéjhiány vagy defectus. Wecker 7—8 nap mulva a sarjadozó sebre transplantált.

A Reverdin eljárásának kipróbálása közben *Wolfe*,[18] nyeletlen transplantatiót csinált. Az alsó szemhéj symblepharonjának két esetében, melyek égetés folytán keletkeztek, a beteg kötőhártyából vett lebenyeket és pedig egyszer két négyszögletes lebenyt, a külső és belső quadransból, máskor egy lebenyt a felső quadransból és az alsó szemhéj friss sebjére helyezte és odavarrta. Minthogy nem mindig elégséges a betegnek saját kötőhártyája, a házinyúl kötőhártjából illetve a pislogó hártyából vett a pótlásra lebenyt. *Wecker* e kisérleteket is tovább fejlesztette „greffe conjontivale“ név alatt, a mint ezt *Masselon*[19] közli.

1873 márczius 26-dikán *Stellwag*[29] epithelioma canthi interni esetében az exstirpatio utáni anyagveszteséget greffe dermiquekel födte be, olyan időben tehát, mondja *Bock*,[21] mikor még nem volt közlés arról, hogy transplantatio a szemhéjak pótlására alkalmaztatott volna. *Stellwag* friss sebekre csinálta a transplantatiót, és azóta mások is így cselekedtek.

Nyákhártya átültetéseket, mint fennebb említők, *Czerny* és *Houzé d'Aulnoit* végeztek. A szemészetben főként symblepharon ellen kisértették meg. Ritkábban végezték kötőhártya-anyaghiányok pótlására, melyek pterygium vagy álképlet kiirtása után maradtak vissza, vagy pedig a végből, hogy műszem számára nyerjenek rést,[22] *Stellwag*, a mint *Illing*[20] közli, a betegnek saját és idegennek ajakából vett nyálkahártyát, továbbá hüvelynyálkahártyát, *Wölfler*[23] pedig előesett végbélnyálkahártyát, továbbá békagyomor, galamboesophagus és házinyúlnyálkahártyáját. Ezek a nyákhártyák nagyrészt megtapadtak. *Secondi*[32] a béka hátbőrét transplantálta. *Gilet de Grandmont* szintén, *Katzaurow* lota vulgaris bőrét. *Kuhnt*[24, 25] a felkarbőrből vett bőrlebenyt, ezt a trachoma által zsugorodott kötőhártya helyére varrta, ez cutisszerü jellegét elvesztette és nyálkahártyaszerű küllemet vett fel.

Teale[26] az alsó szemhéj symblepharon posteriusánál azt ajánlotta, hogy a cornea felett 1 cm.-nyi széles lebenyt praeparáljunk le, a két végét hagyjuk meg összefüggésben és a cornea előtt húzzuk le a bulbus sebének befedésére. *Alt*[27] úgy módosította ezt, hogy az ívalakú kötőhártyahídat közepén átmetszette, tehát két lebenyt készített és a fonalat, mely e lebenyeket az átmeneti redőben rögzítette, a szemhéj bőrén csómozta meg. *Wolfe* mint már említettük, eleinte így járt el, de azután házinyúl kötőhártyáját transplantálta, ezt tette Wecker is. A közlések mind kedvezőek, csak *Imre*,[28] *Feuer*,[29] *Klein*,[30] majd *Brown* (1879), *Wolfe* (1880), *Kipp* (1880), *Noyes* (1880), *Thiersch* (1880), *Bonoin*[31] (1883) referálnak rossz esetekről.

Thiersch[35] a német sebészek egyesületének XV. congressusán 1886-ban előadja az ő transplantatiós methodusát. A sarjadzásokat az alatta fekvő tömöttebb szövetig lemetszi vagy lekaparja Az átplántálandó bőrlebenyt úgy nyeri, hogy beretvával lehetőleg magának a betegnek bőréből vékony lemezeket lemetsz. Még a legvékonyabb így nyert lemez is a papillaris rétegen kivül magában foglalja a stromának vékony rétegét. 10 cm. hosszú és 2 cm. széles lebenyek biztossággal odagyógyulnak. Antisepticumot ártalmasnak tart és csak 6‰-es konyhasó-oldatot alkalmaz.

Eversbusch.[37],[38] A kar bőréből vitt darabot epidermis + rete Malpighi plantálta át az alsó átmeneti redőbe.

A transplantatio alatt végbemenő folyamatokat többen tanulmányozták *Anderson, Jacenko, Page, Reverdin, Thierfelder, Thiersch* és *Weiss*.[33] Legkiválóbb ezek közül a *Thiersch* dolgozata,[34] a ki különböző időkben transplantált 1 négyszögcm.-nyi bördarabokat egy serfőzőnek leforrázott alszárára, melyet később amputáltak. A Thiersch eredményei a következők: 1. az odatapadás szerkezetnélküli tapasztóanyag nélkül történik, vagyis fibrinréteg nem mutatható ki. 2. A gyógynlás az edények inosculatioi által történik, vagyis a sarjadzások véredényei és átplántált bőr véredényei között intercellularis ürök által összeköttetés létesül, mely a vért mindkét irányban tovább viszi. De nem tagadja Thiersch teljesen, hogy direct capillarisok mennek át a sarjadzásokból a bőrbe. 3. Az átültetett bőr edényei másodlagosan elváltoznak. A második hét előtt kitágulnak az edények, ágakat hajtanak, tehát embryonalis jelleget vesznek fel. A harmadik-negyedik héten az eredeti szerkezet visszatér úgy, hogy ez idő alatt különböző fejlődési fokon levő edényeket találni. 4. Néha nem egész vastagságában nő oda az átültetett bördarab, hanem csak az alsó részlete tapad meg, míg a felső rész pörk alakban leválik. Az alsó rétegben megtalálhatók az izzadságmirigyek.

A bőrrétegnek nyákrétege vagyis a Malpighi-réteg a fontos a megtapadásnál.

Felemlítendők még a következő irodalmi adatok:

Hirschberg[38] a beteg ajkából transplantált nyeletlen lebenyt. *Fischer*[39] vaginalis nyákhártyát és házinyúl-kötőhártyát transplantált. *Vialet*[40] Thiersch szerint reparált szemhéjakat. *Gasperini*[41] két bördarabot ültetett be az alkarból a glaucomát okozott symblepharon helyére. A szemteke mozgékonysága és a látás helyreállott. *Silex*[42] a kar böréből és a házinyúl kötőhártyájából végzett transplantatiót és kiterjedt symblepharonnál jobb sikert látott plastikától. *Hotz*[43] mindazon esetekben sikerrel alkalmazta a Thiersch-féle transplantatiót, melyekben eddig a házinyúl kötőhártyáját használták. *Schweinitz*[44] alkar belső felületéről vett bőrlebenynyel fedte a kötőhártyahiányokat. *Bissis*[45] házinyúl-kötőhártyát transplantált. *Sapeschko*[46] a száj nyálkahártyáját tartja legjobbnak a kötőhártya pótlására. *Noiszevszki*[47] szintén. *Franke*[48] a kar böréből transplantált.

Franke[49] újabban a Thiersch-féle transplantatiót csinált symblepharon miatt. Megvizsgálta a szemet és azt találta, hogy a bőr ép olyan volt, mint a vékony bőrrel fedett tájékokon pl. a kézháton. Tehát nem volt nyákhártya jellege.

Liebrecht[50] ajaknyálkahártyát transplantált, *Rogmann*[51] bördarabot. *Ifj. Siklóssy*[52] az alsó szemhéj leválasztása és lefordítása után Thiersch-lebenyt transplantált.

Würdemann[53] Wolfe és Thiersch szerint csinált transplantatiót prothesis lehetővé tétele végett. *Furthmann*[54] esetében az alsó ajakról történt transplantatio.

Hotz[55] újabb esetében már másodszor használta a Thiersch-féle transplantatiót. Vékony ólomlemezre terítette ki hámos felületével a Thiersch-lebenyt, a mely lemeznek olyan alakja volt, mint a szemtekének. A felső szemhéj alá vitte a lebenyt az ólomlemezzel együtt és a szemhéjat varratokkal és szoros kötéssel fixálta. Négy nap mulva teljes volt az odanövés. Kissé zsugorodott, de új transplantatioval helyreállt úgy, hogy műszemet hordhat a beteg.

Wolff[56] nyálkahártyalebenyt transplantált, melyet a rect. sup. inához varrt, hogy az átmeneti redőt fixálja. Az eljárás sikerre vezetett. *Axenfeld*[57] pedig nyálkahártyát és Thiersch-féle lebenyt transplantált.

Ezen irodalmi adatok felemlítése után összegezhetjük tehát az eredményeket. Ezek szerint átplantálható 1. az epidermis maga; 2. epidermis + rete Malphighi *Eversbusch* szerint; 3. a *Reverdin*-féle greffe epidermique, melynél epidermis, Malpighi-réteg és a papillaris réteg legfelső része is velemegy; 4. *Thiersch-szerinti* lebeny, mely még a stroma sima rétegét is hozzáveszi; 5. kisebb-nagyobb bördarab zsírréteg nélkül. Helyesen mondja azonban *Silex*,[42] hogy szorosan nem különíthetők el az eljárások egymástól, mert gyakori az átmenet egymásba. Mégis manapság úgy áll a dolog, hogy leggyakoribbak a Thiersch-féle átültetések, mert ezek adják a legjobb eredményeket. Saját tapasztalataim is e mellett szólnak, hogy olyan esetekben, melyekben a transplantatio indikálva van, a Thiersch-féle lebenyátültetést végezzük, mert ennek előnyei 1. mindig könnyen hozzáférhető; 2. jól sterilizálható; 3. nagyobb sebzést nem ejt; 4. a zsugorodása legtöbbször nem olyan nagyfokú, hogy az operatio megismétlése szükségessé válnék.

Eseteimben túlnyomó részben (négy közül háromszor) symblepharon miatt végeztem a transplantatiót, és ezeknél az eredmény igen jó volt. Egyik esetemben (IV.), kitünőnek is mondható, mert 1 cm.-nyi mély kötőhártyazacskót sikerült állandósítani. A felső szemhéjon végzett transplantatio is sikerült, de a cornea részéről idézett elő zavarokat.

Eseteim a következők:

I. 153/1899. P. Gy.,* 13 éves, r. k., földmíves fia, 1899.

* Az eset bemutatás tárgyát képezte a Budapesti Kir. Orvos-egyesület 1899. november 11-diki ülésén.

február 8-dikán vétetett fel a pesti izraelita hitközség Bródy Adél-gyermekkórházába. Állítólag 1½ évvel ezelőtt egy ág megcsapta és megsértette bal szemét, mire nagy fájdalmak, vérzés, és könyezés lepték meg. Nyolcz napig hideg borogatást raktak a szemére és csak azután mentek vele orvoshoz, ki szemcseppeket rendelt. Állapota azonban nem javult, csupán fájdalmai csökkentek. A mult hó folyamán ambulantiánkon is megfordult, a hol 2%-os lapisoldattal ecseteltetett, de állapota csak jelentéktelenül javult úgy, hogy műtét végett felvétetett.

Jelenállapot: Bal szem tájéka kissé duzzadt, felső szemhéj bőre halvány-piros. Pillaszőrök különösen a felső szemhéjon hosszúak, rendetlenül állanak és a felső szemhéj középső és belső harmada közti határon félannyi terjedelemben teljesen hiányoznak. A felső szemhéjszél száraz pörkökkel fedett. Szemrés jól nyilik, szem nem fájdalmas. Alsó szemhéji kötőhártya élénkpirosan belövelt. Felső szemhéj kötőhártyájának külső felét, duzzadt, nyálkás-genyes váladékot termelő, egyes befűződések által kisebb-nagyobb szigetekre osztott, vastag, húsos, vörös sarjak foglalják el, melyeket sürű nyálkás geny borít. A nagyobb csomókon számos apró, finom heg márványszerű rajzolatot képez. Az egyes befűződések között is számos apró szemcse látható. Szemtekei kötőhártyának külső és felső fele belövelt. Szarúhártya közepe lencsényi terjedelemben felületesen arodált és homályos, e zavarodáshoz a szarúhártya felső széle felől, finom, párhuzamos, sürü ereződés halad. Jobb szem ép.

Diagnosis: Granulationes conjunctivae palpebrae sup. post vulnus, o. sin.

Február 21-dikén. Műtét narcosisban. Ki- és felfelé canthoplastica a külső zugból, azután a felső szemhéj kifordíttatik és a szemhéjszél közelében a külső és belső zug mellett a szemhéj bőrén át vezetett varrattal kifordítva a homlok bőréhez rögzíttetik. Az átmetszett vérző edények leköttetnek. A kifordított szemhéj kötőhártyáján levő sarjadzások éles kanállal lekapartatnak, az ép kötőhártya széle késsel körülmetszetik és ollóval lecsapatik. Sima felületet nyertünk ezáltal, melyen a vérzést gondosan csillapítottuk. E közben, hogy a szarúhártya fedve maradjon, az alsó szemhéjbőrének a külső szemzughoz közel eső részébe egy varratot öltöttünk, melynek segélyével az alsó szemhéj fel és kifelé vonatván a homlok bőréhez rögzíttetett és így fedte a szarúhártyát. Szemszőrei a kifordított felső szemhéj kötőhártyájához érvén, ollóval lecsapattak. Ekkor a bal czomb belső felületéről lapos beretvametszésekkel vett körülbelül 3 cm²-nyi bőrhámlebenyt, mely 0·9%-os konyhasó-oldatban előre elkészíttetett, a lapos és többé nem vérző sebfelületre illesztettük. A hol a seben túlért, ott ollóval lecsaptuk. A felhámlebenyt egy 3 cm. átmérőjü steril guttaperchapapir-lebenynyel lefedtük és kötést tettünk reá.

Február 23-dikán. Kötésváltoztatáskor a Thiersch-lebeny odatapadt. Láztalan.

Február 27-dikén. Szemhéjszélt kiszegő varrat szúrási helye genyed. Thiersch-lebeny legnagyobb része megtapadt, csak széli részei perdültek fel. Szemhéj visszahozatott rendes állásába, de kissé eláll, ezért nyomó kötéssel leszoríttatott.

Február 28-dikán. A szemhéj lefordítva marad. Thiersch-lebeny közepén letapadva maradt.

Márczius 1-sején. A Thiersch-lebeny széli czafatos részei ollóval lecsapatnak. A lebeny izgatása folytán a szarúhártya belső harmadán lencsényi fekély.

Márczius 2-dikán. Czombseb gyógyult.

Márczius 3-dikán. Bő nyálkás váladék a szemrésben. Eczema az arczon, szemhéjon és homlokon, mely ellen 10%-os xeroformkenőcs.

Márczius 7-dikén. Szarúhártyafekély áttört. A Thiersch-lebenyről levált hámréteg nedves vattacsomóval letörültetik, de alapja teljesen meg van tapadva.

Márczius 8-dikán. Az áttört fekélybe az iris előesett.

Márczius 10-dikén. Canthoplastica sebében lencsényi sarjadzás, mely lemetszetett.

Márczius 20-dikán. A prolapsus laposan gyógyult, canthoplastika sebe teljesen begyógyult. Szem kötés nélkül maradt.

Márczius 26-dikán. Ujabb szarúhártyafekély, és április 4-dikén iriselőesés, mely lemetszetik. A prolapsus meggyógyulása után a tisztán maradt szarúhártyarészletnek megfelelőleg április 27-dikén iridectomia végeztetik.

A Thiersch-lebeny megtapadva, csak egy lencsényi darab fityeg belőle, mely ollóval lemetszetik. A bő nyálkás-genyes elválasztás miatt 1%-os Ag NO_3-mal való ecsetelés.

A beteg 1899. junius 8-dikán gyógyultan távozik.

A Thiersch-lebeny tehát megtapadt, a sarjadzásokat és az ezek által termelt genyedést megszüntette, de a felső szemhéjnak a szarúhártyára való reáhajlásakor a szarúhártyát kifekélyesítette. Ezért ép szarúhártya mellett a felső szemhéj plasticájára nem alkalmas.

II. 801/1900. F. O.,* két éves, r. k., péksegéd fia. 1899. november 21-dikén vétetett fel a pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekkórházába. Az anyja állítása szerint három hónappal ezelőtt marólúg jutott a jobb szemébe, azóta ambulantiánkon orvosoltatott. Bal szem ép; jobb szemrés szükebb. Az alsó szemhéj közepén kissé előemelkedő, mely duzzanat a szemhéjszél kitüremkedése és belső felületének összefekvése által előidézett. Az alsó szemhéj középső harmadának területében egész szélességében a szemtekéhez hozzánőtt és pedig olyformán, hogy a heges szövet a szarúhártya alsó felét boritja, sondával a heg alatt elmenni nem lehet. A szemteke alsó oldalsó részein még meglévő bulbaris conjunctiva kissé belövelt és böven nyákos váladékot termelő. A cornea felső fele ép, átlátszó és fénylő. Csarnok szük, iris a sebbe nött, pupilla nincs. A szem mozgása felfelé korlátolt.

Diagnosis: Symblepharon posterius palp. inf. o. d.

Műtét 1899. deczember 7-dikén chloroformnarcosisban. Előbb körülbelül 2 cm²-nyi Thiersch-lebeny készíttetett a jobb czomb belső felületéről, mely physiologicus konyhasó-oldatba tétetett. Ezután az alsó szemhéj csipővel és késsel óvatosan leválasztatott a szemtekéről egész az alsó átmeneti redő szintjéig. Gondos vérzéscsillapítás. A Thiersch-lebeny közepének irányában egy duplán armirozott silkworm-fonál huzatik át, azután egy 1 cm. hosszú, 2 mm. vastag gazehenger helyeztetik a fonál alá a hámos felület felől és igy helyeztetik be a Thiersch-lebeny az alsó átmeneti redőbe olyformán, hogy a lebeny sebes felületei érintkezzenek a szemhéj, illetve a szemteke sebes felületével. A tük az alsó átmeneti redő irányában áthuzatnak a pofa felé és itt silkwormfonál megköttetik. A szarúhártya ép része a felső szemhéj alatt jól fedve elrejtőzik. Szemre nedves gazelebeny, száraz gazelebeny, guttaperchapapiros, vatta, pólya, kék pólya.

Deczember 8-dikán. A Thiersch-lebeny tapad.

Deczember 9-dikén. Az alsó áthajlási redőben levő gazehenger eltávolítása után új henger helyeztetik be.

Deczember 12-dikén. A bőrhámlebeny a szemhéji seben jól tapad, kevéssé a szemtekein. A varratok eltávolítása.

Deczember 19-dikén. A szemhéjon a Thiersch-lebeny jól megtapad egész az alsó átmeneti redőig, a szemtekei része a lebenynek azonban legnagyobb részében elhalt, de ez a sebfelület a kötőhártya részéről behámosodik.

További lefolyásban a Thiersch-lebeny zsugorodik eredeti nagyságának körülbelül negyed részére úgy, hogy az alsó átmeneti redő eltünik és a szemhéji és szemtekei lebeny redő nélkül megy át egymásba.

1900. január 10-dikén. Három hét mulva azonban megint képződik egy kis redő. A Thiersch-lebeny felülete száraz ugyan, azonban időnként a könyek megnedvesitik, hivatását betölti, a mennyiben *a szem minden irányú mozgását lehetővé teszi.*

1900. február 15-dikén. Iridectoma optica chloroformnarcosisban. Snowden behelyezése nem sikerül az alsó átmeneti redő sekély volta miatt, azért a felső szemhéj Desmarres-kanállal huzatik el, míg az alsó szemhéjat a rögzítő csipő tartja. Sebkészítés lándzsával felfelé. A kis iriscsipővel a kifeszített iris megfogatik és erőszakkal előhúzva egy 3 mm²-nyi irisdarab kimetszetik, a mire jókora coloboma támad. A belső colobomaszárból még egy kis darab iris lemetszetett.

Október 27-dikén. Egy körülbelül két mm. mély alsó átmeneti redő. A gyermek szemét minden irányban mozgatja.

Érdekes ezen esetben az, hogy az alsó átmeneti redő előbb a sarjadzások által kitöltetett, de később zsugorodván, egy 2 mm. mély redő mégis képződött.

* Az esetet a Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1900. november 3-dikán bemutattam.

III. eset. 7/1902. Cs. S., 41 éves, r. k. nős asztalos, 1902. május 20-dikán vétetett fel az általános munkásbetegsegélyző pénztár kórházába. Előadja, hogy 1901. szeptember 16-dikán Bécsben jobb szemébe mész fröcsent. Fuchs tanár klinikáján jelentkezett, hol október 7-dikéig kezelték. Az általános munkásbetegsegélyzőpénztár ambulantiáját október 8-dikán kereste fel, a mikor már nála az alsó szemhéj odanövése és a pillaszőrök ferde állása volt jelen. 8 hétig volt kezelésünk alatt.

Jelenállapot 1902. május 20-dikán. A jobb szemen az alsó szemhéjszél középső harmada a szarúhártya alsó kétharmadát fedi, és vele összenőtt. A szarúhártya szabad területén a pupilla egy része átdereng. Az összenövés alatt sondával elmenni nem lehet.

Diagnosis: Symblepharon posterius palp. inf. o. d.

Műtét 1902. május 21-dikén. A heg szikével és csípővel kettéválasztatott az alsó áthajtási redő irányáig. Ezután a jobb czomb belső felületéről vett 2×3 cm.-nyi Thiersch-lebeny behelyeztetett az átmeneti redőnek megfelelőleg olyformán, hogy a Thiersch-lebeny sebes felületei a szemteke és szemhéj sebes felületével érintkeztek. A Thiersch-lebeny 8 mm. hosszú 3 mm. vastag guttaperchahengerrel erősítettett meg helyére két tüvel fegyverzett fonál segélyével akként, hogy a tük a lebenyen és az alsó átmeneti redőn át az alsó szemhéj alatt kiszurattak és az arczon kis gazecsík felett csomóztattak.

Május 24-ikén. Beteg láztalan.

Május 25-dikén. Kötésváltoztatás, egyúttal guttaperchahenger és a fonalak eltávolítása. Szép áthajlási redő képződött, lebeny jól tapadt.

Május 26-dikán. Beteg gyógyultan hagyja el a kórházat.

Egy év mulva újból mutatja magát. Szép 1 cm. mély átmeneti redője van. Az iridectomia végett berendeltetik, de eddig nem mutatkozott.

IV. eset. 411/1902. B. E., 4½ éves,* r. k., pinczér fia, Nagyváradról. 1902. május 24-dikén vétetett fel a pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekkórházába. Kilencz hó előtt mész fröcsent jobb szemébe. Bal szem teljesen ép. Jobb alsó szemhéj középső harmadában a szemtekéhez rögzített úgy, hogy az alsó szemhéj együtt mozog a szemtekével. A rögzítés a szemhéj egész szélességében szívós kemény hegszövettel történt olyformán, hogy az alsó szemhéj a cornea alsó felét is fedi. Cornea felső fele tiszta, átlátszó, csillogó.

Diagnosis: Symblepharon posterius palp. inf. o. d.

Május 26-dikán. Mütét chloroformnarcosisban. A szemhéj egész az áthajlási redőig leválasztatván, a jobb czomb belső felületéről vett 1·5×3 cm nagyságú Thiersch-féle lebeny helyeztetett sebes felületével a hiányos conjunctiva sebes felületének helyére. Guttaperchpapir-henger behelyezésével és ennek két fonál segítségével való rögzítése azáltal, hogy a fonalak az alsó átmeneti redő helyén áthuzattak és pofán csomóztattak.

Május 30-dikán. Varratok eltávolíttattak, lebeny nagyrészt megtapadt. Czombseb sarjadzik.

Junius 6-dikán. Kötés levétele. Lebeny keskeny szegélye nem tapadt meg, ez junius 13-dikán lemetszetett.

Junius 19-dikén. Iridectomoia optica chloroformnarcosisban, sebkészítés felül széles lándzsával, széles iridectomia után szabad szárú coloboma.

Junius 27-dikén. Gyógyultan távozik. Ujjakat olvas egy meterről.

Jelenleg (a bemutatás alkalmával) a transplantatio helyén az átmeneti redő alig valamit rövidült.

Irodalom.

1. *Chibret.* Arch. f. Augenheilkunde. B. XVI. p. 89. Klin. Monatsbl. 1886. p. 147.
2. *Himly.* Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges. 1843. B. II. p. 60.
3. *Power.* Nagel's Jahresber. 1873. p. 275. Klin. Monatsbl. 1877. Beilage p. 39.
4. *Hippel.* Arch. f. Ophth. B. XXIII. 2. p. 79., 138., 141.
5. *Wagenmann.* Arch. f. Ophth. B. XXXIV. p. 211., 233., 244., 247., 250., 257.
6. *Hippel.* Klin. Monatsbl. 1886. Beilage p. 54. 1887. Beil. p. 30.
7. *Mac See.* Gaz méd. de Paris, 1870. Nr. 26.
8. *Fiddes.* Lancet. 1870. Decz.
9. *Le Fort.* Bull. de l'acad. de med. 1872. Nr. 9. és Bull. de la soc. de chir. 1872.
10. *Ollier.* Bull. de l'acad. med. 1872. p. 243.
11. *Czerny.* Med. Centralbl. 1870. Nr. 56. 1871. Nr. 17.
12. *Houzè d'Aulnoit.* „Gazette hebd. méd. et chir." 1872. Nr. 41.
13. *Jacenko.* Wien. med. Jahrbücher. 1871. p. 416.
14. *Lawson.* Skin-grafting on the upper lid Lancet 1870. II. p. 108.
15. *Driver.* Klin. Monatsbl. 1871. p. 424.
16. Sitzungsberichte der ophth. Gesellsch. 1871.
17. *Wecker.* De la greffe dermique en chirurgique oculaire. Annales d'oculistique Juillet et Août 1872.
18. *Wolfe.* Glasgow med. Journal 1873. febr. és Annales d'oculistiques LXIX. 121.
19. *Masselon.* Relevé statitisque des opérations pratiquées pendant l'année 1873. — Megjelent 1874-ben.
20. *Illing.* Allgemeine Wiener med. Ztg. 1874. Nr. 32.
21. *Bock.* Die Propfung von Haut und Schleimhaut auf oculistischem Gebiete. 1884. Wien.
22. *Wecker.* Clinique ophth. 1875. p. 29. *Gradenigo.* Centralbl. f. prakt. Aug. III. B. p. 155.
23. *Wölfler.* Langenbeck's Archiv. B. 37. 4. füzet.
24. *Kuhnt.* Centralbl. f. prakt. Augenheilk. B. VII. p. 440.
25. *Kuhnt.* Beiträge zur operativen Augenheilkunde. Jena, 1883.
26. *Teale.* Congrès de Londres. Compte rendus p. 159.
27. *Alt.* Archiv f. Augenheilk. X. p. 121.
28. *Imre.* Klin. Monatsbl. 1875. p. 256.
29. *Feuer.* Mittheilungen des Wiener Doctoren-Colleg. B. I. p. 333.
30. *Klein.* Allg. Wiener med. Ztg. 1876. Nr. 3.
31. Valamennyit idézi *Bock* 21. szám alatt említett könyvében a 35., 36. lapon.
32. *Secondi.* Arch. f. Augenheilk. B. 18. p. 477.
33. Valamennyit idézi *Bock* 21. sz. alatt említett könyvében 14. lapon.
34. *Thiersch.* Arch. f. klin. Chirurgie, B. XVII. p. 318.
35. *Thiersch.* Verhandlungen der deutschen Ges. für Chir. XV. Congress, zweite Sitzung, 8. April 1886.
36. *Hirschberg.* Centralbl. f. prakt. Aug. 1884. p. 144.
37. *Eversbusch.* Münchener med. Wochensrichft 1888. p. 571.
38. *Eversbusch.* „ „ „ 1898. p. 1180.
39. *Fischer.* Klin. Monatsbl. f. Augenheik. 1889. p. 439.
40. *Vialet.* Arch. d'ophth. 1889. p. 71.
41. *Gasperini.* Ann. di ophtalm. B. XXIII. 34. p. 281.
42. *Silex.* Berl. klin. Wochenschf. 1891. p. 721.
43. *Hotz.* Annals of ophth. and Otol. 1893. április.
44. *Schweinitz.* Annals of ophth. and Otol. 1893. április.
45. *Bissis.* Gaz. med. d'orient. 1892. jan.
46. *Sapeschko.* Vjestnik ophth. 1891. 4., 5., 6.
47. *Noiseveszki.* Centralbl. f. prak. Aug. 1890. p. 36.
48. *Franke.* Centralbl. f. prak. Aug. 1890. p. 161.
49. *Franke.* Bericht über die 25. Versammlung der ophth. Ges. Heidlberg, 1896. p. 322.
50. *Liebrecht.* Münchener med. Wochenschrift. 1893. p. 643.
51. *Rogmann.* Arch. d'ophth. XII. p. 627.
52. *Ifj. Siklóssy.* Klin. Monatsbl. f. A. B. XII. p. 237.
53. *Würdemann.* Ophth. rec. 1900. p. 271.
54. *Furthmann.* Inaug.-Dissertation. Kiel, 1898.
55. *Hotz.* Opnth. rec. 1899. nov.
56. *Wolff.* Arch. f. Aug. XXXIX. p. 225.
57. *Axenfeld.* Münch. med. Wochenschrift. 1900. p. 845.

* A beteg a vándorgyülésen Kolozsvárt bemutattatott.

Chinin amblyopia esete.

Közli: *Fekete Sámuel* dr., szt. István-közkórházi segédorvos.

A chinin nagyobb adagjai után fellépő látási zavarok oly jellemző tüneteket mutatnak, lefolyásuk és a velük járó szemtükri lelet oly sajátságos és oly állandó, hogy méltán nevezzük chininvakságnak, a melyet Grüning[1] szerint külön fejezet illet meg a látóideg és retina pathologiájában. Chininmérgezés következtében fellépett vakságról, valamint chininnel végzett kisérletekről már a mult század elejéről vannak közlemények (Berandi, Beydler, Briquet stb.), pontosan észlelt esetek azonban csak a szemtükör felfedezése utáni időből származnak, a melyek közül az első két eset közlését Graefe-nek[2] köszönhetjük. Azóta igen sok pontosan észlelt esetben csaknem teljesen egybehangzó megfigyelésekről és tünetekről számolnak be a vizsgálók, a melyekkel megegyeznek a szt. István-közkórháznak Grósz Emil egyet. tanár vezetése alatt álló osztályán tett észlelésem.

[1] Grüning: Ein Fall von Chinin-Blindheit. Arch. f. Augenheilk. 11. Band, 1882.

[2] Graefe: Fälle von Amaurose nach Chiningebrauch. Arch. f. Ophthalmologie. III. Band, 1857.

Nagy János, 30 éves, mezőkövesdi földmívest folyó évi julius hó 20-dikán az egyetemi szemklinika ambulantiájáról küldték osztályunkra. Itt előadta, hogy julius első hetében másodnaponként igen erős hidegrázásai voltak, a miért orvoshoz fordult, a ki azon utasítással adott neki egy receptet, hogy a felirt porokból két darabot a roham kitörése előtt egy óra alatt vegyen be. Miután julius 7-dikén délelőtt 10 órakor a gyógyszertárban az egyik port bevette, a körülbelül 1 órányira fekvő tanyára indult, a hol a második por bevétele után kaszálni kezdett. Alig tett azonban néhány lépést a munkában, midőn egyszerre minden elsötétedett előtte, óriási öklendezés vett rajta erőt és az erős fülzúgás és szédülés miatt elesett, mire a legközelebbi házba vezették, a hol csakhamar elaludt és álmából csak este felé ébredt fel. Felébredése óta semmit nem lát és kis fülzúgása még mindig van, hallása egészen jó. A porok, melyeket ostya nélkül vett be, állítólag fél maroknyiak voltak és undorító keserű ízüket még három nap mulva is érezte. A fennmaradó porokból két darabot a szemészeti klinika rendelésén felmutatott, a hol azok megvizsgáltatván, 4—4 gm. chininum sulfuricumnak bizonyultak.

Betegnél tárgylátás egyik szemen sincs a gyertyafényt csak két méterről veszi észre. A szemek állása rendes, mozgásai minden irányban szabadok, a corneák épek, felszinük sima, csillogó, érzékenységük rendes. A pupillák igen tágak, sem fényre, sem consensualisan nem reagálnak. Törő közegek mindkét szemen tiszták. A papillák szürkés-fehérek, teljesen elmosódott határúak, a retina véredényei erősen szűkültek, de különösen az arteriák annyira, hogy azok csak néhány alig látható finom fonal alakjában vannak meg. Belgyógyászati vizsgálatnál a szervekben és az idegrendszerben semmi elváltozás nem volt kimutatható, csupán a léptompulat volt kissé megnagyobbodva.

Julius 27-dikén a fényérzésben némi javulást találtunk, öt méterről veszi észre a gyertya fényét, az irányt megjelölni azonban, melyből a fény jön, nem tudja.

Augusztus 2-dikán látja szemei előtt az elébe tartott ujjakat, de megszámolni azokat nem tudja.

Augusztus 14-dikén visusa mindkét szemén $^5/_{10}$; augusztus 25-dikén pedig $^5/_5$. Színlátása rendes. E mellett a beteg egész vaknak érzi magát, vezető nélkül járni nem tud, a mutatott betűt csak egy ideig tartó keresgélés vagyis szemeinek beállítása után nevezi meg és mint mondja, a vele beszélő arczának csak kis részét látja egyszerre, ugyanis látóterei a centrumig szűkültek minden irányban. Az objectiv leletben semmi változás nincs, a pupillák még mindig tágak és fénymerevek, a szemfenéki lelet ugyanaz.

Csak néhány nappal a centralis teljes látásélesség visszanyerése után kezd a látótér tágulni. Szeptember 1-sején már perimeterrel felvehető az, de a 10°-ot még egyik irányban sem haladja meg.

Szeptember 7-dikén a látás határai:

	jobb szem	bal szem
temporalis oldalon .	20°	18°
felül	10°	10°
orri oldalon . . .	10°	15°
alul	15°	10°

Szeptember 18-dikán felvett látótér lényegesebb javulást mutat, különösen a jobb szemen:

	jobb szem	bal szem
temporalis oldalon .	35°	20°
felül	15°	15°
orri oldalon . . .	20°	20°
alul	20°	15°

A szeptember 28-dikán felvett látótér ez utóbbitól feltünő eltérést nem mutat.

Ezen látótér és teljes visus mellett a beteg még mindig nem tájékozódik eléggé a térben, járása bátortalan és ügyetlen, de panaszai főképp az esteli rossz látásra vonatkoznak és arra, hogy egyes napokon homályosabban lát és tényleg a borus, esős őszi napokon látóélesség $^5/_7$-re és néha $^5/_{10}$-re csökken.

Pupillái most már kevésbbé tágak és fényre igen renyhén reagálnak, a látóidegfők kevésbbé halványnak látszanak, az erek változatlanul szűkült állapotban vannak.

Nemcsak az anamnestikus adatok pontos ismerete teszi kétségtelenné ez esetben, hogy chininmérgezéssel van dolgunk, de az is, hogy a fent közölt kórtörténetből élesen szembe tünik a chininamblyopiának Knapp[1] által felállított négy cardinalis tünete, a melyek Uhthoff[2] szerint is méltók „a chininamblyopia charakteristikus tünetei“ elnevezésére s ezek:

1. teljes vakság nagyobb adag chinin bevétele után,
2. a látóidegfő halványsága,
3. a retina ereinek kifejezett szűkülete és megkevesbedése,
4. a látótér szűkülete.

Már e tünetek sorrendje is arra enged következtetni, hogy a teljes vakság nem végleges, hanem csak átmeneti. És tényleg az eddig ismert esetekben végleges megvakulas még sohasem fordult elő chininmérgezés után, sőt a centrális látóélesség teljesen visszatérhet, mint a fenti kórtörténetből láthatjuk, még oly súlyos esetben is, hol a mérgezett három hétig semmit nem látott és fényérzése is rossz volt. A jelentékeny látótérszükület azonban minden esetben véglegesen gyengíti a látást, és azért el kell fogadnunk Wecker ama kijelentését: „habár chininmérgezés után a látás csak tökéletlenül tér vissza, teljes megvakulás soha nem következik be“.

A látóidegfő rendesen már az első héten teljesen fehérré lesz és az összes megfigyelők szerint így is marad ez állandóan, de némi kis javulás lehetséges, a mint azt esetünkben is tapasztaltuk, hol két hónappal a mérgezés után a papilla kevésbbé volt halvány, mint a beteg jelentkezése alkalmával. Hogy a látóidegfő ily kifejezett és végleges változása daczára a látás oly lényegesen javulhat, azt Mellinger[3] úgy magyarázza, hogy az ideg alkalmazkodik a megváltozott vérkeringési viszonyokhoz.

A véredények szükülete ugyancsak maradó jelenség és az obliterált kis arteriák falainak degeneratiojához vezet.

Legkellemetlenebb következménye a chininmérgezésnek a concentrikus látótérszükület, a mely kezdetben mindig igen nagyfokú, majd lassanként szélesbedik ugyan, de eredeti határait a látótér soha el nem éri. Leginkább a halántéki és az orri oldal felé tágul, a mely irányokban a 20°—30°-t meghaladhatja, de felül és alul szükebb marad, a mi által a lerajzolt látótér egy horizontalisan fekvő ovalis alakot mutat.

Ezen állandó és több tüneteken kivül csaknem minden esetben meglevő következménye a chininmérgezésnek a hemeralopia is, a mint ebeli panaszait az általam észlelt beteg nem szünt meg hangoztatni.

A színlátás gyengüléséről, pupillamerevségről, nystagmusról, szemizombénulásról, conjunctivitisekről tesznek egyesek említést a chininamblyopiával kapcsolatban, a melyek, mint muló tünetek lehetnek jelen.

Ha a chinin által okozott látási zavarok okát keressük, a szemtükri leletből indulva ki, legközelebb fekszik az a gondolat, hogy azok a vérkeringési viszonyok megváltozásának, az ischaemiának a következményei, a mit Brunner[4] szerint az egész szervezet vérkeringésének gyengülése, Schweinitz szerint az érfalak elváltozása, Barabaschew[5] és mások szerint a retina ereinek egyszerű contractioja idéz elő. Bono állatkisérletei alapján azt állitja, hogy az ischaemián kivül a chininnek direkt bénító hatása van a retina fényérző készülékére, míg Ward Holden[6] ugyancsak alapos histologiai vizsgálatok után e retinalis elváltozásokat az ischaemia folytán kelettkezett táplálkozási hiánynak tulajdonítja.

Tekintve a chinin oly nagyon elterjedt használatát, mondhatjuk, hogy súlyosabb következményekkel járó chininmérgezés aránylag ritkán fordul elő. Uhthoff 100,000 szembetege között

[1] Knapp: Über Chininamaurose; mit drei Fällen. Arch. f. Augenheilk. 11. Band, 1882.

[2] Uhthoff: Die Augenveränderungen bei Vergiftungen. Graefe-Saemisch: Handbuch der gesammten Augenheilk. II. Theil, XI. Band.

[3] Mellinger: Ein Fall von Amblyopie nach Chiningebrauch. Zehender's klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XXV. 1887.

[4] Brunner: Über Chinin-Amaurose. Inaug.-Diss. Zürich, 1882.

[5] Barabaschew: Zur Frage der Chinin-Amaurose. Arch. f. Augenheilk. XXIII. Bd. 1891.

[6] Ward-Holden: Die Pathologie der experimentellen Chinin-Amblyopie. Archiv f. Augenheilk. XXXIX. Bd. 1899.

egy súlyosabb chininamblyopiát látott és a budapesti egyetemi szemklinika óriási ambulantiáján az utóbbi években az itt közölt eseten kivül egy sem jelentkezett. Mindamellett a chinint rendelő gyakorló orvosnak számolni kell ez eshetőséggel, annál is inkább, mert nemcsak tévedésből vagy gondatlanság következtében bevett ily nagy adag, hanem hosszabb ideig tartó kissé erélyesebb chininkúra vagy a beteg különös érzékenysége a chinin iránt is előidézheti azt. Gowers[1] összeállítása szerint 30 óra alatt bevett 5 gm. volt a legkisebb és három nap alatt bevett 78 gm. volt a legnagyobb adag, a mely mérgezést okozott, de Schwabe[2] közöl újabban egy elég súlyos lefolyású és jelentékeny látótér-szükülettel járó esetet, kinél a rövid idő alatt beszedett 5 darab 0·25 gm.-os chininum sulfuricum-por idézte elő a mérgezést. Figyelmet érdemel e megbetegedés azért is, mert eddig semmi oly eljárást nem ismerünk, mely lefolyását gyorsítaná vagy következményeit enyhítené és a kifejlődött amblyopia esetén csak arra szorítkozhatunk, hogy a beteg reményeinek ébrentartása mellett jó táplálással és az első napokban nyugodt vizszintes fektetéssel a fej vérbőségét elősegíteni igyekezzünk.

A katonai hatóságok teendői és kötelességei a trachoma elleni védekezésben.

Irta: *Hoor Károly* dr., a kolozsvári tud.-egyetemen a szemészet ny. r. tanára.

Tíz évvel ezelőtt, midőn egyetemünk szemészeti tanszékét elfoglaltam, működésem előbbi helyére, a budapesti 17-dik számú helyőrségi kórház szemészeti osztálya élére került törzsorvosnak, a cs. és kir. közös hadügyministeriumhoz intézett felterjesztésére, a hadügyministerium beszüntette azt az eljárást, melyet a IV. (budapesti) hadtestparancsnokság területén a trachomás hadkötelesek besorozására vonatkozólag 6 évvel előbb az én kezdeményezésemre kivételesen engedélyezett. Ezt az eljárást alább ismertetni fogom.

Megszüntetésével egyszerre és teljesen megsemmisítették hat évi, nem csekély fáradsággal elért eredményeimet, melyekhez különben a 16-dik számú helyőrségi kórház szemészeti osztályának főorvosa is nagymértékben hozzájárult. Mert nem csekély fáradsággal járt, orvosi segédszemélyzet hijjában a majdnem kizárólag reám háramló ellátása a szemészeti osztálynak, melyen heteken és hónapokon át egyszerre 500 trachomás is feküdt és nem kicsinylendő eredmény volt, a trachomásoknak a hadkötelesek között közel 60%-kal csökkentése. Alig lehet ezek után azon csodálkozni, hogy elment a kedvem attól, hogy ezzel az ügygyel még egyszer, ha mindjárt csak elméletileg is foglalkozzam. De most, hogy a „Szemészet" f. évi 3-dik számában megjelent egy czikkben,[3] annak a szerzője sürün foglalkozik a trachomának a hadseregből kiirtása érdekében elfoglalt álláspontommal, miután továbbá a „Magyar Orvosok és Természetvizsgálók"-nak kolozsvári vándorgyülésén *Grósz E.* tanár a trachoma ügyének országos felügyeletével megbizottja előadásához történt hozzászólásomban a rendelkezésre álló néhány percz alatt sok évi tapasztalaton alapuló nézetemet csak nagy vonásokban tudtam előadni és végül miután *Grósz E.* tanár ez irányú nézete épen nem egyezik az enyémmel, kötelességemnek tartom ebben az ügyben még egyszer szót emelni, mert szent meggyőződésem az, hogy a katonai hatóságoknak ebben a kérdésben meghatározott, szigorúan körülvonalozott módon és pedig épen olyan módon igénybevétele nélkül, a mint azt én kivánom, nálunk a legköltségesebb és legczélszerűbbeknek tetsző intézkedésekkel és rendszabályokkal a trachomát kiirtani bajosan lehet. Tovább megyek és az állítom, hogy nálunk a trachoma-kérdést legbiztosabban, leggyorsabban és legalaposabban ugyan a polgári és katonai hatóságok vállvetett működése oldhatná meg, de megoldhatják legnagyobbrészt maguk a katonai hatóságok is, a polgári hatóságok magukra hagyatva soha. Mert mindaddig, míg nálunk a trachoma bármilyen alakja jogczímet képez arra, hogy valaki a katonáskodás alól felszabaduljon, mindaddig nálunk nemcsak hogy mindig lesz trachoma, hanem a trachoma mindig terjedni is fog.

Bármilyen paradoxonnak tessék is az, az egyedüli módja annak, hogy a hadseregben végre valahára trachomás ne legyen, nem az, hogy a trachomásokat nem sorozzák be és hogy a trachomásokat elbocsátják, hanem ellenkezőleg az, hogy a trachomásokat besorozzák és a trachomásokat nem bocsátják el.

Schnabel-nek az a különben nem is új javaslata, melyet *Selye* említ, hogy t. i. valamennyi katonát, ki trachomás, vagy trachoma-gyanus, egyszerre fel kell menteni a katonai szolgálat alól és természetesen trachomást vagy trachoma-gyanust be nem sorozni, egy csapásra látszik felszabadítani a hadsereget a trachomásoktól; de a ki a viszonyokat ismeri, az tisztában van azzal, hogy a javaslattévőnek a tényleges viszonyokról nincs fogalma. Mert évtizedeken át mást sem csináltak, mint azt, hogy a trachomásokat elbocsátották és elbocsátják ma is és trachomás azért mindig volt, van és e mellett a rendszabály mellett mindig lesz, sőt annyi lesz, hogy a szükséges újoncokat egyáltalán nem tudják majd egyes kiegészítő-kerületekben felhajtani; helyenként ez már ma is csak alig-alig sikerül.

1887-ben is ez volt az álláspontom. Épen ezért javasoltam *Paikrt* vezértörzsorvosnak azt, eszközölje ki a hadügyministeriumnál, hogy eltérőleg az akkor fennállott és sajnos most újból fennálló intézkedésektől és szabályoktól, a IV. hadtestparancsnokság területén *minden*, katonai szolgálatra máskülönben alkalmas trachomás feltétlenül besoroztassék.

A sorozási utasítás, melyet a trachomásoknak egyes kerületekben nagy száma okozta kényszerüség hatása alatt adtak már ki, az mondja, hogy a nagyfokú trachomában szenvedő hadköteles katonai szolgálatra alkalmatlan és visszautasítandó. Ebből az látszik következni, hogy a közép- és csekélyfokú trachomában szenvedő, katonai szolgálatra alkalmas, tehát besorozandó. Csakhogy tényleg nem így áll a dolog; az egyik feltétlenül visszautasítandó, a másik besorozható, de nem sorozzák be. Mert kik soroznak? Azok a csapatbeli ezredorvosok, a kiknek azután a bevonult trachomásokkal meggyülik a bajuk és hogy a katonaorvosi szolgálat egy ilyen trachomás ezredben nehéz és nagy felelősséggel jár, azt kétségtelenül tudom, mert 6 éven át a IV. hadtestparancsnokság területén az egész trachoma-mozgalomnak közepette állottam, úgy hogy egy pillanatig sem habozom annak a kijelentésével, hogyha én vagyok hasonló körülmény között és én sorozok, mindaddig egyetlenegy trachomást sem sorozok be, míg a szükséges szám az egészséges legényekből futja. És mi a súlyos trachoma? Az olyan, a hol sok a szemcse, nagyok a szemcsék, a kötőhártyta suculens, nagy és sürü a papillaris hypertrophia? Az ilyen is meggyógyul; vagy az olyan, a hol pannus kezdődik, vagy pannus van? Ez is teljesen feltisztulhat; az olyan, a hol szarúhártyai infiltratumokat látunk? Ezek is felszivódhatnak; vagy talán az olyan, hol a szemhéjak dagadtak, a szemhéji kötőhártya duzzadt, vörös, a szem könnyező, fénykerülő? Tesz a hadköteles arról, hogy ilyen szemekkel álljon a sorozó-bizottság elé. Röviden: hogy a gyógyulásra való kilátás tekintetéből milyen fokúnak minősítsük a trachomát, az a sorozás alkalmával nem dönthető el.

Ezt a rendszabályt mindig fél rendszabálynak tartottam s annak tartom most is; fél rendszabálynak pedig mindig kevés az értéke. Épen azért követeltem én annak idején azt, hogy minden katonai szolgálatra különben alkalmas hadköteles feltétlenül besoroztassék, tekintet nélkül arra, hogy trachomája súlyosnak vagy nem súlyosnak tetszik.

Ez a rendszabály — ha jól emlékszem — már 1889-ben a IV. hadtestparancsnokság területén kivételesen életbe is lépett. Ebben az évben több mint 900 trachomás hadkötelest soroztak be. 500-nál többet kaptam én az osztályomra, körülbelül 400 a 16-dik számú helyőrségi kórház szemészeti osztályára került. A trachomásoknak a kertben barakkokat építettünk, ott tartottuk, ott orvosoltuk őket és pedig mindaddig, míg trachomájuk lefolyt, meggyógyult. A kinek a trachomája úgy gyógyult, hogy katonai szolgálatra alkalmas maradt, illetőleg alkalmas lett, az bevonult a csapatjához, a kinek baja úgy gyógyult, hogy katonai szolgálatra alkalmas nem volt, azt arbitrium útján a hadsereg kötelékéből elbocsátottuk. A kórházat azonban trachomás mindig csak

[1] Gowers: Medical Ophthalmoskopy 1893.
[2] Schwabe: Die Einwirkung des Koffeins auf das Gesichtsfeld bei Chininamblyopie. Arch. f. Augenheilk. 42. Bd. 1901.
[3] Selye H. A hadsereg trachoma-ügye.

gyógyultan hagyhatta el; hogy ez 6 hónap vagy 1 év, 2 vagy 3 év után történt, az tekintetbe egyáltalán nem jött. A következő évben, tehát 1890-ben már kevesebb volt a besorozott trachomás hadköteleseknek száma és 1894-ben csak 400 ilyen trachomást találtak a sorozó-bizottságok. 5 vagy 6 év alatt tehát majdnem 60%-kal fogytak a trachomások a hadkötelesek között oly hadtestparancsnokság területén, melynek kiegészítő-kerületei Kecskemét, Ujvidék, Szabadka, Zombor és vidékei, egyszóval ismert trachoma-fészkek. Az 1894-dik év végén beszüntették, a mint már említettem ezt az eljárást és újból életbeléptették az 1889 előttit, mely ma is dívik és mely az úgynevezett nagyfokú trachomában szenvedőket katonai szolgálatra alkalmatlanoknak és visszautasitandóknak mondja, a közép- és csekélyfokúak besorozását megengedi ugyan, de ez csak a legnagyobb szükség esetén történik.

Talán három évvel később a trachomának a hadseregből kiirtása érdekében értekezletet tartottak, a melyen a honvédelmi ministerium, a belügy- és hadügyministerium, továbbá a IV. hadtestparancsnokság kiküldöttei és megbizottai résztvettek. Mint pártatlan szakértőt engem hivtak meg. Ezen az értekezleten azután a bemutatott sorozási lajstromkivonatokból meggyőződhetett mindenki arról, hogy míg 1899-ben a IV. hadtest területén több mint 900 trachomást soroztak be, 1894-ben pedig már csak 400-at, addig 1897-ben megint közel 900 volt azoknak a hadköteleseknek a száma, kiket a sorozó-bizottságok trachomájuk miatt visszautasitottak. Meg vagyok győződve, hogy ha a kezdeményezésemre elrendelt eljárást továbbra is fentartják, a trachomás hadkötelesek száma folyton apadt volna, e rendszabály elejtésével és a régebben fennállott és most is érvényben lévő újra behozatalával azonban rövid 3 év alatt odajutottak, a hol 8–9 évvel előbb állottak.

Ebből a tényből is megitélheti már *Grósz E.* tanár, hogy a IV. hadtestparancsnokság területén dívó eljárás — mert hiszen ezt helyezték vissza akkor régi jogaiba — nemcsakhogy nem az egyedüli helyes eljárás, a mint azt ő tartja,[1] hanem, hogy a védekezés tekintetéből nem ér semmit. Igaz hogy *Grósz E.* tanár nézetét azóta oda módositotta, hogy a IV. hadtestparancsnokság területén követett eljárás, mely szerint a csekély- és középfokú trachomában szenvedők besorozhatók és katonai kórházba küldetnek, mégis vívmány azzal az eljárással szemben, melyet a többi hadtestparancsnokságoknál követnek, a hol trachomást egyáltalán nem soroznak be. Nézetem és tapasztalataim szerint ez épen nem vívmány, sőt rosszabb, mintha a trachomásokat egyáltalán nem sorozzák be. Indokolása, mely ezt az eljárást vivmánynak minősíti, nem áll meg. Mert hogy e mellett az eljárás mellett legalább a csekélyfokú trachomáknak tartott follicularis hurutokkal besorozzák és ezek kórházba kerülnek, a hol mint follicularis hurutok felismerve és orvosolva csakhamar meggyógyulnak, ez a hadügyi kormány, a szükséges létszám elérése szempontjából vivmánynak tekintheti ugyan, de a trachoma prophylaxisa tekintetéből egyáltalában szóba sem jön. És ha valamennyi trachomást feltétlenül besoroznak, akkor ezek között úgyis okvetetlenül benne vannak a trachomának itélt follicularis hurutok is, megfordítva pedig a súlyosabbnak minősített és visszautasított granulosák között bizonyára follicularis hurutok is vannak.

Állitásom helyes voltát beigazolandó, hogy a IV. hadtestparancsnokság területén most dívó eljárás memcsak hogy nem az egyedüli helyes eljárás és vívmánynak sem az, hanem ellenkezőleg rosszabb, mintha a trachomásokat egyáltalán nem sorozzák be, kövessük az eljárást a trachomás hadkötelesek besorozási időpontjától kezdve, katonai kórházban tartózkodásukon keresztül egészen az elbocsátás időpontjáig.

Márczius—április havában besorozzák a közép- vagy csekélyfokú trachomában szenvedő hadköteleseket és erről a politikai hatóságokat abból a czélból értesitik, hogy azok az illetőket — ha ugyan hozzájuk férkőzhetnek — orvosolhassák. Október elején bevonulnak a trachomások; ezredüknél megvizsgálják őket és ha még mindig trachomások, katonai kórházba kerülnek. Itt orvosolják őket októberben, novemberben és deczember első felében. Azok, kik ezalatt az idő alatt meggyógyulnak, ezredükhöz mennek; azokat pedig, kik nem gyógyulnak meg, bemutatják a felülvizsgáló bizottságnak. Ez elé a bizottság elé az újoncznak legkésőbb deczember 17—19-dikéig kell kerülni, mert ugyannak az évnek deczember 31-dikéig, mely évben az újonez bevonult, le kell zárni az illető aktáit. Milyen álláspontot foglal el ez a bizottság, mely minden beteg legény helyett egy másik egészségest követel és kap, ezekkel a trachomásokkal szemben? A bizottság úgy vélekedik, miután az illetők besorozásuk alkalmából már trachomások voltak, a miért a politikai hatóságoknak orvoslás czéljából átadták és ezek áprilistól októberig orvosolták az illetőket, de eredmény nélkül, mert októberben, bevonulásuk alkalmával még mindig trachomások voltak, miután továbbá katonai kórházban október, november és deczemberben is orvosolták, de ugyancsak eredmény nélkül, mert még most is trachomások, nem várható, hogy bajuk egyáltalán meggyógyul. Ezért az illetők, mint katonai szolgálatra alkalmatlanok, a hadsereg kötelékéből rokkant minőségben eltávolitandók. Az illetőket elbocsátják, karácsonyra hazakerülnek, a kórházban töltött két és egy fél hónap alatt esetleg örökre végeztek a katonáskodással. Gondolja valaki, hogy van olyan szemorvos, a ki ezeknél a trachomásoknál, kik tisztába vannak októberben azzal, hogy ha deczember 15-dikéig meg nem gyógyulnak, végleg hazamennek, a legcsekélyebb eredményt fogja elérhetni? Nem. Gondoskodnak az illetők arról, hogy ne gyógyuljanak meg. Tapasztalatból és nem hallomásból állítom, hogy mészporral, tisztító pastával, dohánynyal, vagy paprikával gyuladásban tartani a szemet, egészen köznapi, ártatlan segédeszközük. Történnek ennél különb dolgok a látószerven, hogy az illetők a katonaság alól kiszabaduljanak.

Csak egyet akarok itt közbevetőleg megemlíteni. Főorvos koromban, midőn *Fuchs* klinikáján dolgoztam a Wien-i I. számú helyőrségi kórház szemészeti osztálya főnökének váratlan elhalálozásával, az osztály vezetését ideiglenesen átvettem. A Wien-ben állomásozó egyik galicziai gyalogezrednek egy újonczát hozták akkor az osztályomra látóélességének meghatározása végett. Az illetőnél a látó-elességnek ujjak megszámlálására csökkenését, a lencsetok és a lencse elülső részében fekvő részleges hályog okozta. Másnap ugyanabból az ezredből egy másik újoncz került elém, kinél legnagyobb meglepetésemre egészen hasonló elváltozást találtam Ennél azután pontosan átvizsgáltam a corneát és a szarúhártya egész vastagságán ferdén áthaladó vonalszerű heget találtam, mely nagyon valószinűvé tette, hogy a hályog külső sérüléssel függ össze. Ezt a vonalszerű heget megtaláltam azután a másiknál is és kiderült, hogy ezeket a hályogokat egy öreg asszony csinálja a hadköteleseknek, hogy a katonaság alul szabaduljanak. Egyik szem látóképességét tehát ezek — és előttük ki tudja hány hadköteles — feláldozta csak azért, hogy katona ne legyen.

Visszatérve előbbi állításomra, a IV. hadtestparancsnokság területén jelenleg dívó eljárás a trachoma prophylaxisa és terjedésének meggátlása szempontjából semmit sem ér és rossabb, mintha trachomást nem soroznak be. Különösen az eljárás második része, hogy a besorozottak és bevonulttak katonai kórházba kerülnek ugyan, de onnét felülvizsgálat útján a hadseregből elbocsáthatók, olyan eljárás, mely a trachomásoknak a sorozásnál való visszautasításánál sokkal rosszabb. Mert a sorozó-bizottságok rendszerint csak egy évre vetik vissza a trachomást, a polgári hatóságoknak pedig három évi idejük van arra, hogy a hadkötelest orvolhassák és bajából esetleg kigyógyíthassák, mert minden hadköteles háromszor kerül a sor elé. A felülvizsgáló bizottság pedig, a mint már említettem, rendszerint teljesen elbocsátja az újonczot, úgy hogy ez két és egy fél hónap alatt, melyet a kórházban töltött, teljesen kiszolgált.

Az egyedüli helyes eljárás az, melyet a IV. hadtestparancsnokság területén 1889-től 1894-ig mi követtünk és mely a következő volt.

1. Minden, katonai szolgálatra különben alkalmas hadkötelest feltétlenül besoroztak, tekintet nélkül arra, hogy trachomája nagy-, közép- vagy csekélyfokúnak látszott és tekintet nélkül arra, hogy corneális complikatiók voltak-e vagy sem.

2. Az október elején bevonult trachomás katonai kórházba került, a hol mindaddig tartottuk és rendszeresen orvosoltuk, míg trachomája lefolyt, meggyógyult. Hogy ez meddig tartott, az tekintetbe egyáltalában nem jött.

[1] A trachoma elleni védekezés alapelvei. Szemészet. 3. szám.

3. Ha a trachomás oly módon gyógyult, hogy katonai szolgálatra alkalmas volt, csapatjához került, ha pedig katonai szolgálatra nem alkalmas módon gyógyult meg, arbitrium útján a hadseregből elbocsátottuk.

4. Három hónapi, vagy félévi szabadságolások üdülés czímén ezeknél a trachomásoknál sohasem történtek; a trachomás mindig csak gyógyult trachomával hagyta el a kórházat.

5. Felülvizsgálat elé csak az a trachomás került esetleg, a kinél oly elváltozásokat találtunk, hogy tisztában voltunk azzal, hogy ezek semmiképen sem gyógyulhatnak úgy, hogy az illető szolgálatra alkalmas lesz. De ezeket is csak akkor mutattuk be, ha trachomájuk máskülönben lefolyt, meggyógyult.

Csakis czeknek az intézkedéseknek van értelme a trachoma elleni védekezés és prophylaxis tekintetéből.

Ezek után érdemes megtudni azokat az okokat, melyek miatt a hadügyi kormány a jelzett intézkedéseket elejtette és visszaállította újból azokat, melyeknek a védekezés szempontjából értékük nincs. A legfőbb ok az volt, hogy a létszám szenvedett, miután a besorozottak 6—8%-a teljesen elveszett a katonaságra nézve, mert szolgálatra alkalmasak nem lettek, 6—8%-a pedig két évet is töltött a kórházban és ezek azután nem voltak katonailag kiképezve. Ez az eljárás tehát 12—16% emberanyag veszteséget jelentett.

Egy másik ok az volt, hogy a hadügyi kormány egészségügyi budgetjére rótt nagy terhet, és pedig az első években 70—80 ezer koronát; erre külön fedezet nem volt, mert az intézkedés a fennálló szabályzatokkal ellenkezett.

Az erre a czélra szükséges összeget, mely a pozsonyi, kassai és temesvári hadtestparancsnokság területén hasonló intézkedések szükségessége folytán körülbelül egy negyed millió koronára felszaporodott volna, a hadügyi kormány ugyan bizonyára minden pillanatban megkapta volna a törvényhozástól, de maga sem óhajtotta, úgy látszik azért, mert tartott attól, hogy ha a budget ezen részét emelik, másik részéből elvesznek, illetőleg ott nem emelik, a hol ezt szükségesebbnek tartják. Arra sajnos nem gondoltak, hogy ily irányú intézkedésre előbb utóbb mégis feltétlen szükség lesz és hogy a rendszerváltoztatás minden tekintetből annál nagyobb áldozatokat fog kívánni és az azzal járó megrázkódtatás annál érezhetőbb lesz, mennél később történik a változás. Mert, hogy ennek meg kell történni, az kétségtelen. Mozgósítás esetén ugyanis nagyon könnyen végzetessé válhat a trachomásoknak nagy száma, a melyekre akkor mégis csak szükség lesz; továbbá, a létszám tervbe vett felemelésével lesz sok oly hadkiegészítő-kerület, melyekből a trachoma miatt a létszámot semmi körülmény között nem fogják megkapni.

Nem tudom tényleg úgy áll-e a dolog — és én az ellenkezőről igen szívesen győzetem meg magamat — de azt hiszem, hogy a trachoma továbbterjedésének megakadályozásában eddigelé semmi kézzel fogható sikert, semmi eredményt nem értünk el. Meglehet ugyan, hogy az a körülmény, hogy néhai *Feuer* — kinek a trachoma elleni országos védekezés terén el nem évülő érdemei vannak — 1896-ban irt munkájában[1] körülbelül 28 ezer trachomásról számol be, hat évvel később pedig kereken 35 ezerről, tényleg javulást jelent oly tekintetből, hogy a bejelentések szigorúbban és pontosabban történtek és hogy 1895-ben is annyi volt a trachomás, vagy még több, mint 1901-ben; tény mindenesetre az, hogy 1901-ben hétezerrel több trachomásról tudtak hivatalosan, mint 1895-ben.

Remélem sikerült *Grósz E.* tanárt, a trachoma ügy országos felügyelőjét álláspontom helyes voltáról meggyőzni, mely szerint a katonai hatóságoknak csakis a jelzett eljárásra rászorításával lehet tényleg eredményt elérni. Ne megelégedésével honorálja *Grósz E.* tanár a katonai hatóságokat, mint a kik a trachoma elleni védekezésben buzgón támogatják a polgáriakat és a trachoma elleni védekezésből kiveszik a részüket, mert jelen támogatásukban nincsen köszönet, hanem a legnagyobb erélylyel hasson oda, hogy az oly jó eredménynyel járt ideiglenes intézkedések állandósíttassanak, máskülönben minden jóakarata, fáradozása, igyekezete és munkája nagyrészt hiábavaló lesz.

[1] Die Verbreitung des Trachoms in Ungarn etc. Stuttgart. Ferdinand Enke.

A katonai hatóságok közreműködése a trachoma-ellenes eljárásban.

A trachomaellenes eljárás alapelveit tárgyaló dolgozatomban[1] kifejtettem annak szükségét, hogy a polgári és katonai hatóságok együttes működése egyöntetűbb legyen. Jeleztem, hogyha a különben katonai szolgálatra alkalmas trachomás védköteleseket egyáltalán nem sorozzák be, akkor a polgári hatóságok és orvosok legjobb igyekezetük mellett sem képesek ezek gyógyításában sikert elérni.

E tekintetben tehát *Hoór Károly* tanárral egy nézetben vagyok. Az eltérés felfogásainkban abban van, hogy míg *Hoór Károly* tanár, a mint az előző czikkben olvasható, csak akkor vár eredményt, ha *minden*, egyébként szolgálatra alkalmas trachomás védkötelest — akár milyen fokú is a baja s akár milyen cornealis complicatioja legyen — besoroznak s ha őket gyógyulásukig esetleg 3 éven át is a katonai kórházban tartják. Azon eljárásról, melynek helyességét én állítottam, hogy legalább a gyógyítható kisebbfokú trachomás védkötelesek soroztassanak be azt tartja, hogy az nem ér semmit, sőt rosszabb mintha egyáltalán nem sorozzák be a trachomásokat. Mivel igazolja Hoór tanár ezen álláspontját? Mindenekelőtt oly példával, mely legfeljebb annak illustrálására szolgál, hogy az eljárás értéktelen, ha *nem* hajtják végre. Pedig a katonai hatóságoknak módjukban áll akaratuknak érvényt szerezni s ez esetben határozottan nyereség, ha legalább a kisebbfokú trachomások besoroztatnak és pedig nem csak azon oknál fogva, melyet Hoór tanár idéz, hanem azért is, mert ha a védkötelesek látják, hogy bajuk nem absolut mentség, az önfertőzés esetei is ritkulnak s a gyógyításnak sem fognak az eddigi mérvben ellenszegülni. Ha pedig oly megegyezés jönne létre, hogy az újonczozáskor kórházba küldött védkötelesek katonai kórházba vétetnének fel, félévnél több idő áll rendelkezésre, hogy a betegség elveszítse ragályozó jellegét. S ha egy bizonyos százalék felülvizsgálat útján el is lesz bocsátva, ezekre megszünik az ok, hogy a gyógyításnak ellenszegüljenek, míg ha 3 évig tart míg sorsuk eldől s évről évre újból kell megjelenniök a sorozó-bizottság előtt, ezek megint csak mindent elkövetnének szemük gyógyulása ellen. Mindezeknél fogva fenntartom azon meggyőződésemet, hogy ha a hadtestparancsnokságok élnek a jogukkal s besorozzák a kisebbfokú, gyógyítható trachomásokat, ezzel jó szolgálatot tesznek a trachoma ügyének.

Hogy a Hoór tanár által javasolt eljárás általánosítása milyen nehézségekbe ütközik, azt már ő is említette, pedig a költség kiszámításában csakis a magyarországi hadtestparancsnokságokat vette figyelembe, pedig tudvalevőleg a galicziai s részben a csehországi hadtestek területe is erősen fertőzött. Még nagyobb nehézséget okoz azon a katonai részről nagyon hangsúlyozott ellenvetés, hogy a létszámban a gyógyíthatatlan és súlyos trachomások nagy hiányt okoznának, mit Hoór 12—16%-ra becsül. De megvallom, nem is tudnám javaslatba hozni, hogy önhibájukon kívül trachomásokká lett védkötelesek (mert mégis ezek alkotják a nagyobb részt) esetleg 3 évet töltsenek katonai kórházban.

A mi a trachoma ellenes védekezés szervezetét illeti, Hoór azt hiszi, hogy a trachoma továbbterjedésének megakadályozásában eddigelé semmiféle kézzel fogható sikert, semmi eredményt sem értünk el. Minthogy ő az ellenkezőről szívesen győzetné meg magát, bátorkodom a következő néhány adatra utalni: 1. Budapest valamennyi nagy nyilvános rendelésén a trachoma aránya apad, így az egyetemi szemklinikán 1889-től 1902-ig 11%-ról 3%-ra, az izraelita kórház szemészeti rendelésén 10%-ról 1·75%-ra; 2. a pannussal complikált trachoma-esetek megritkultak; 3. Torontálmegye 3 legfertőzöttebb járásában 16 év alatt a trachoma a lakosság között 4·5%-ról 1·2%-ra apadt. Hogy ez apadás valóban a gyógyulás javára irható, az bizonyítja, hogy az 1883-ban trachomásoknak talált s a felülvizsgálatra megjelent 1917 egyén közül 323 volt trachomás, 1594 most egészséges (962-nél a kötőhártyán hegek mutatják a lefolyt trachomát). Az első vizsgálatot maga Feuer N., 16 évvel utóbb Bassa Ignácz ugyanazon elvek alakjában eszközölte.

[1] A trachomaellenes védekezés alapelvei. Orvosi Hetilap. Szemészet 3. sz.

Hogy e kétségtelen sikerek ellenére védekezési rendszerünk még fejlesztést s javítást igényel, azt több izben hangsúlyoztam s csak az ügy javára szolgál, hogy az eszmék tisztázásához az e téren olyan nagy tapasztalatú szakember, mint Hoór Károly, is hozzájárul. A kérdések megoldása sok tényezőn mulik s azt sok szempontból kell megitélni. A magyar kormány szakközegének mindezekkel s még hozzá a kivihetőséggel is számolni kell, midőn javaslatait megteszi.

Grósz Emil.

A trachoma mechanikus és operativ gyógymódja Kuhnt Hermann königsbergi egyetemi ny. r. tanár klinikáján.

Irta: *Dömötör Miksa* dr. (Szabadka.)

Ezen év julius havában Kuhnt tanár úr szíves engedélye folytán azon szerencsés helyzetben voltam, hogy klinikáján, illetve trachoma osztályán (Granulose-Abtheilung) a nála dívó gyógyszeres, mechanikus és operativ eljárásokat alaposan tanulmányozhattam.

I. A gyógyszeres therapiával nem akarok sokáig foglalkozni, mert ugyanazon gyógyszereket használják mint mi, csak egyes figyelemre méltó dolgokat említek fel, melyeket trachoma-orvosainknak melegen ajánlanék figyelmökbe.

A gyógyszeres eljárást következő esetekben használják:

1. *acut esetekben;*
2. *későbbi acut kiújulásoknál.*

A plumbum aceticum és különösen argentum nitr. ecsetelések indikáltak, ha a nyákhártya fellazult.

A 2%-os arg. nitr. ecsetelésnél minden szemhez külön és minden betegnél külön ecsetet használnak és az ecsetelés után a nyákhártyát phys. konyhasót tartalmazó oldattal undine-ből leöntik. Az ecseteket használat után kifőzik.

Az atropint igen gyakran kenőcs alakjában cocainnal combinálva használják.

A sublimatot 1 : 5000 oldatban használják, a protargolt 10%-os glycerines oldatban.

Felemlítem a sárga higanykenőcs, cuprum és alumen-pálczika használatát és így a gyógyszeres therapiával körülbelül kész vagyok.

II. Az idült trachoma therapiájában a mechanikus eljárások közt a legfontosabb szerepet játszsza a trachoma-csomóknak Kuhnt-féle expressorral való kinyomása.

A klinikán háromféle expressort használnak.

Először egyet nagyobb lemezzel azután egyet kisebb lemezzel s végre egyet a plicán levő csomók kinyomására. Az expressor egy csíptetőalakú eszköz, melynek végén két lemez van, melyek közül az egyik likacsos, a másik sima. A használata a felső szemhéjon a következő: a bal mutató- és hüvelykujjal a ciliákat megfogjuk és a felső szemhéjat lefelé, illetve a bulbustól elhúzzuk. Ezalatt a jobb kézzel az expressort úgy vezetjük a szemhéj mögé, hogy a likacsos lemez a conjunctiván, a sima lemez a szemhéj bőrén legyen és oly mélyen vezetjük be, a mennyire csak lehet az átmeneti redőig. A lemezeket most elég erővel összenyomjuk és ezen műveletet az egész conjunctiván ismételjük.

Természetesen előzőleg a szembe 10%-os cocaint csepegtetünk és néhány csepp 4—6%-os cocaint a conjunctivába befecskendezünk. Ott, a hol ciliák nincsenek, Blömer-csípővel fogjuk meg a szemhéj szélét.

Ugyancsak ezzel szokták megfogni az alsó szemhéjat is az ott levő csomók kinyomásánál.

Először a nagyobb expressorral exprimálunk s kifordítjuk a szemhéjat s megnézzük, hogy mind a csomó eltünt-e. Ha vannak még csomók, úgy azokat újból a kisebb expressorral kinyomjuk. Ha a tarsus meg van vastagodva, úgy előzőleg jól megszurkáljuk és újból kinyomjuk. A szurkálást csak a tarsuson végezzük, hogy az leapadjon és megvékonyodjon. A plica csomóit a kétszeresen átlukasztott szívalakú plica-expressorral nyomjuk ki.

A conjunctiválís zsákot 1 : 5000 sublimattal kimossuk és lassan letupfoljuk, azonban minden erősebb dörzsölést mellőzünk. Néhány csepp atropin és airolpor behintése után a szemet bekötjük. Általában két napig lesz csak bekötve a szem, de naponta új kötés alkalmazható. Sok esetben már néhány óra után a kötés levétetik.

Az *expressio* Kuhnt szerint *indikálva van mindenütt ott, hol a szemcsék ellágyultak*, a mit felületes fekvésükről és szinükről (szürkés-sárga, sárgás) ismerünk meg. *Ezen eset fenforog a II. stadiumban* (kocsonyás ellágyulás) és *az első stadiumból a másodikba való átmenetnél*. Továbbá az expressiót használják *tarsus kihámozása után utókezelés gyanánt.*

Az expressio contraindikálva van:

1. *acut trachománál;*
2. *az idült trachoma első stadiumában.*

Az első szemcsés stadiumban azért ellenjavalt, mert a szemcsék és a környező nyákhártya consistentiája között nincs különbség. Ha a nyákhártyából valamit ki akarunk nyomni, úgy ennek valamivel vagy keményebbnek vagy puhábbnak kell lenni. Megkeményedés vagy elmeszesedés nem jön létre, ellenben ellágyulás igen. A műtét különben igen egyszerű és könnyen végezhető.

Az expressio nem olyan fájdalmas mint az egyszerű ujjal való kinyomás vagy a Knapp-féle mángorló alkalmazása, mert a conjuctiva itt csak nyomva lesz és nem vongálva. Különben a mángorlás nem csak veszélyesebb mert szakítja és arrodálja a nyákhártyát, hanem nehezebben is végezhető. Az expressorral való kinyomás azért nem oly fájdalmas, mint az ujjal való kinyomás, mert a szemhéj nem fordíttatik ki és az eszköz a nyákhártyának csak kis felületét nyomja, míg az ujjal való kinyomásnál a szemhéj kifordításánál a nyákhártya dupla felülettel lesz nyomva. Assistentia csak annyiban szükséges, hogy a beteg fejét két kézzel czélszerű fixálni.

A mechanikus eljárásnál említem fel a szemmassaget sárga kenőccsel vagy cuprummal.

A mechanikus eljárással kapcsolatban említem fel, bár nem mechanikus eljárás, a galvanocausticát. *Ez a legbiztosabb mód a csomók isolált eltávolítására.* Ugyancsak használják a combinált excisio utókezelésénél azon esetben, ha a sebszélek per primam nem gyógyultak és sarjadozások vannak jelen. Ezen sarjadzásokat a galvanocauterrel lehet leggyorsabban eltávolítani.

III. A műtéti eljárások közül Kuhnt klinikáján a leggyakrabban végzik:

1. *az egyszerű excisiót* (Richet-Galezowski);
2. *a combinált excisiót* (Jacobson-Heisrath);
3. *a porcz kihámozását* (Kuhnt).

Az átmeneti redő egy csikjának kimetszése az egyszerű excisio. Ha a conjuctivával a porcz egy részét is eltávolítjuk — ez csak a felső szemhéjon végezhető — ez a combinált excisio. A tarsus eltávolítása, illetve kihámozása, ezek azon műtétek, a melyeket külön-külön részletesen fogok leirni.

I. *Egyszerű excisio alatt az átmeneti redő kisebb-nagyobb beteg részének eltávolítását értjük.*

Az alsó szemhéjon csak az egyszerű excisiót szabad végezni s csak a későbbi stadiumban igen ritkán a porcz kihámozását. Az alsó szemhéjon ezen műtétet a következőképen hajtjuk végre: A beteget mütőasztalra fektetjük és ha a beteg jobb szemének alsó szemhéján akarjuk az excisiót végezni, úgy a fejhez állunk és onnan operálunk. A beteg szemébe 10%-os cocaint csepegtetünk és az alsó szemhéj átmeneti redőjébe néhány csepp 6%-os cocaint befecskendezünk. A felső szemhéjat a nélkül, hogy kiforgatnók, felfelé toljuk egy kinyomott sublimat-tamponnal és a betegnek megparancsoljuk, hogy felfelé nézzen. A műtő az alsó szemhéjat bal kezével, a mennyire birja, kifordítja A jobb kezébe ollót véve, egy csapással kivágja az infiltrált sávot.

Az alsó szemhéjon a porcznak legcsekélyebb részét sem szabad eltávolítani. Ha a porcz megvastagodott, úgy meg kell erélyesen szurkálni. Az excisioval egy időben a plica kimetszése nem ajánlatos, de ha együtt végezzük, úgy az átmeneti redő excisio-metszése ne menjen át a plica metszésébe, mert csunya heg képződik, mely median fekszik a szemre. *A plica kimetszését, vagy az excisio előtt vagy után végezzük.*

A plicát mindig figyelembe kell venni, mert rendesen szintén beteg. A mennyiben olyannak találjuk, eltávolítandó néhány ollócsapással. Az egyszerű excisio után varrat nem szükséges. Atropin-becsepegtetés, airol behintése után a szem beköttetik és

48 óra után változtatjuk új kötéssel, mely alkalommal a szemet 1:5000 sublimat-oldattal kimossuk és a gyógyulás 4—5 nap alatt kötés nélkül per primam bekövetkezik. A kimetszés helyén egy mozgékony vonalas heg képződik, mely a szem mozgását legkevésbbé sem zavarja. Az egyszerű excisio után sarjadzások igen ritkán képződnek. A mennyiben túlsarjadzások volnának, úgy azokat ollóval levágjuk, azután lapissal vagy galvanocauterrel érintjük. *Az egyszerű excisiót a felső szemhéjon igen ritkán végzik*, mert a trachomás folyamat rendesen a tarsus convex szélét is megtámadja. *E helyett a combinált excisiót végezzük.*

A mütét ugyanúgy végzendő mint az alant leirt combinált excisio, csak a porczból nem lesz semmi eltávolitva, hanem csak a nyákhártya.

A bal szem operálásánál a mütő nem a fej végéhez, hanem a beteg bal oldalára áll. *Az egyszerű excisio ajánlatos, ha a trachomás folyamat csak az átmenti redőre szorítkozik és a trachoma sem gyógyszeres, sem mechanikus eljárással vissza nem fejlődik.*

Természetesen a *conjuctivalis zsáknak nagynak és az infiltrationak elhatárolódottnak kell lenni.* Ilyen esetekben a mütétnek bámulatos eredménye van. A subjectiv tünetek egy csapásra eltünnek, a secundaer elváltozások a corneán (pannus, fekély) gyorsan visszafejlődnek.

II. *Combinált excisio alatt a felső szemhéj átmeneti redőjének a porcz egy részével való eltávolitását értjük.* A mütétet következőképen végezzük: a beteget a mütőasztalra fektetjük. A beteg szemébe 10%-os cocaint csepegtetünk és a felső átmeneti redőbe 6%-os cocaint fecskendezünk be. A mütét 4 részből áll:

I-sö rész. A felső szemhéjat kifordítjuk és a kifordított szemhéjnak belső és külső harmadát egy egy pincettával megfogjuk és a beteg feje mögött álló assistensnek a szemhéjat újból átfordítva, a pincettákat átadjuk. A betegnek megparancsoljuk, hogy forcirozva lefelé nézzen és ekkor elénk tárul a felső átmeneti redő teljességében. Ha ilyenkor jól megtekintjük a felső átmeneti redőt, úgy az infiltrált vagy csomókkal teli nyákhártya a bulbus felé élesen elhatárolódik.

II-ik rész. Közvetlen az elhatároló vonal mögött az ép szövetben vezetjük a metszést, belülről illetve kivülről befelé a szerint, hogy a jobb vagy a bal szemen operálunk. A metszést csak a conjuctivába szabad ejteni. A metszés folytán a bulbaris kötőhártya tátongva visszahúzódik és ilyenkor áttünik kékes-vörös színezettel a Mueller-féle izom. Ezután a bulbaris kötőhártya metszési szélébe három fekete selyemfonalat húzunk, egyet a középre és kettőt a szélébe.

A fonalakat megfogjuk s a *nyákhártyát a bulbus felé* apró lapos metszésekkel, esetleg ollócsapásokkal *lepraeparáljuk körülbelül annyira, a mennyi beteg nyákhártyát eltávolítani szándékozunk*, hogy ez a porcz széléhez vonható legyen. Ezután a két pincettát eltávolítjuk és az egyszerüen kifordított szemhéj mögé Jäger-féle lemezt tolunk. Az assistens egyik kezével ezt fogja, a másikkal a szemhéj közepén a szemhéj szélét egy Blömer-féle csípővel megfogja, ezáltal jól megfeszíthető a felső szemhéj nyákhártyája. Most végezzük a második metszést, melyet ívalakban a porcz felé a szemhéjszéltől legfeljebb $2^1/_2$ mm.-re lehet ejteni. Ezen metszést az előbbi metszés kiindulási pontjától kell kezdeni és az első metszés végpontján kell vele érintkezni. A kimetszett nyákhártyának maximum $1^1/_2$—2 cm.-nyinek szabad lenni.

III-ik rész. Ezután a Jäger-féle lemezt eltávolítjuk, a szemhéj szélét azonban pincettával fogva tartjuk. A mütőnek most az a feladata, hogy a *körülmetszett kötőhártya és porczrészletet eltávolítsa a nélkül, hogy az orbicularis és Mueller-féle izmot megsértené.* Anatomiai pincettel a porcz szélét megfogva, lassú ollócsapással a nyákhártyát az ollóra húzva, a porczot és a nyákhártyát lepraeparáljuk.

IV-ik rész. Ezután a sebszéleket egyesiteni kell, a mi annál könyebben történik, mert a nyákhártya a bulbus felé jó mélyen le van praeparálva és igy a porczhoz könnyen hozzávarrható. Ez a következőképen történik: A beteget felszólítjuk, hogy forcirozva lefelé nézzen a középső selyemfonalat bal kézzel megfogjuk és kissé meghúzzuk a nyákhártyát. Ezután pincettával a középső selyemfonal felett a felső szemhéj szélét megfogjuk és áthajtjuk természetesen a pincettával nem szabad egészen a tarsus széléig érni, mert ezen szélbe kell a tűt bevezetni. Ugyan úgy történik a többi fonal bevezetése, *de fontos, hogy mindig a correspondeáló részek varrassanak össze.* A fonalakat megkötjük, de nem vágjuk le, hanem a szemből kilóg 2 cm.-nyi fonal.

A Königsbergben használt fekete selyemfonal nem izgatja a szemet, feltéve hogy mindkét szemet bekötjük. *Ezutan felszólítjuk a beteget, hogy nyissa és csukja a szemét. A nyitásnál és csukásnál a szemhéjnak nem szabad sem alaki változást, sem szabálytalan emelést, sem más valami behúzódást mutatni.* Ha ezen eset fenn áll, úgy annak oka az, hogy nem correspondeáló nyákhártya és porcrész lett összevarrva, vagy mélyebb szemhéjrész lett vele varrva.

Ha a csukás-nyitás jól történik, úgy a mütét készen van, ha pedig nem, úgy a fonalakat eltávolítjuk, illetve előzőleg más helyen bevezetjük a fonalakat és újból összevarrjuk. A kötés előtt a beteg szemébe scopolamin lesz becsepegtetve és airol-por behintve s nedves sublimat gaze-tamponnal s vattával bekötve. A harmadik napon a kötést felnyitjuk és újabb kötést teszünk. A hatodik nap kiveszszük a varratokat és a szem nem lesz többet bekötve. A szemhéjat kifordítani csak a 10-dik napon szabad, nehogy a sebszélek széjjel szakadjanak.

Ezen mütét indicatioi Kuhnt szerint a következők:

1. *A trachoma minden chronikus alakjánál, a melynél az átmeneti redő és szemhéj charakteristikus kötőszövet infiltratioja és csomó képződése mellett a tarsus széle is meg van vastagodva, akár meg van támadva a cornea, akár nem.*

2. *Az átmeneti redő és szemhéj kötőhártya-trachomájánál a tarsus elváltozása nélkül, ha a cornea már meg van támadva vagy pedig azzal fenyeget.*

3. *A trachomának kocsonyás alakjánál, ha csak az átmeneti redőre is localizálódott, a mennyiben a porcz széle typikus megvastagodást mutat.*

4. *Az átmeneti redők kigyógyult trachomájánál, a mennyiben a conjunctiva palpebralis része és a porcz kocsonyásan elváltozott, a szarúhártya megvan támadva vagy veszélyeztetve van.*

Contraindikálva van czen mütét Kuhnt szerint:

1. *Acut trachománál* — súlyos szarúhártya-complicatio nélkül — 2. *heges stadiumban*, 3. *ha a kötőhártya hegesedési hajlamot mutat.*

A mütét sikere oly eklatáns s a betegre nézve oly előnyt nyujt, hogy remélem néhány száz sikeres mütét után nálunk is meg fog honosodni az *excisio mütéte*, mert az a *kórfolyamatot megrövidíti és ez által az eddigi gyógyeljárásokat felülmulja.* Az excisio ellenzői eddig főleg azzal érveltek, hogy nem lehet közömbös a szemre a conjunctiva, illetve az átmeneti redő ily nagy darabjának eltávolítása és a látószerv védekezésére oly fontos tarsus egy részének megcsonkitása. Én magam sem lelkesedem a szövetveszteségekért, csakhogy az a kérdés merül fel, vajjon mi czélszerübb és okszerübb a betegre nézve, évekig viselni a ragályt és veszélyeztetni a szem látóképességét avagy rövid *4—8 hét alatt egy csapásra megszabadulni a bajtól.* A tarsus eltávolitását sokan ellenzik, de tévesen, mert a conjuctiva régebbi megbetegedésénél rendesen a tarsus is inficiálva van. A mi pedig a Meibom-mirigy eltávolítását, illeti úgy az a trachománál úgy is sorvad. A legtöbb esetben idővel a tarsus is megbetegedik, infiltrálódik és megvastagodik. Ha idejében nem fogunk hozzá a gyógykezeléshez, úgy a tarsus sokféle metamorphosisa fejlődhetik, még pedig Kuhnt szerint a következők:

1. Vagy összezsugorodik a minden dimensioban megnagyobodott porcz annyira, hogy végre csak egy keskeny egyenetlen csik marad a szemhéj szélén, mely gyakran csak 2—3 mm. magasságú, vagy

2. megtartja sokáig volumenjét és csekély kisebbedéssel rigidebb és kevésbbé elastikus lesz, annyira, hogy végre elmeszedésbe megy át. Ezen alakjából lesz a porcznak csónakalakú elgörbülése. A második formájánál az elváltozásnak csak kivételesen, az első esetben pedig rendesen *entropium és trichiasis fejlődik.*

3. Figyelembe veendő, hogy — bár ritkán — a merev infiltratio folytán körülirt ellágyulások fejlődhetnek, a melyek többé-kevésbbé nagyobb kiterjedésü széteséshez vagy szövetelhaláshoz vezethetnek.

Itt-ott kisebb abscessusok is képződhetnek.

A tarsus eltávolítása tehát már csak a cziliák helyzetváltozása szempontjából és a cornea védelme okából is szükséges.

Mert Kuhnt hosszú tapasztalata szerint a *combinált excisio a legjobb prophylacticum a pannus ellen.*

A conjunctiva, illetve annak átmeneti redőjének eltávolítását sokan azért ellenzik, hogy a trachomás folyamat úgyis zsugorítja a nyákhártyát hegjeivel. Ne felejtsük, hogy épen az excisio által a beteg szövetből a főfészket távolítjuk el. A ki sok trachomás beteget gyógyszeresen kezelt és kigyógyított, az excisioval operált betegek kötőhártyáját amazzal összehasonlítja, úgy alig fogja a conjunctivalis zsákot kisebbnek találni mint amott.

Kuhnt, kinek e téren a legnagyobb tapasztalata van, a kinek klinikáján eddig circa *5000* excisio végeztetett, azt állítja, hogy az excisioval a következőket érjük el:

1. *A trachomás folyamatot megrövidítjük.*

2. *A secundaer cornealis bántalmat megakadályozzuk s a mennyiben jelen van, aránylag a legbiztosabban meggyógyítjuk.*

3. *A szemhéjnél a nagyfokú helyzetváltozást megakadályozzuk (entropium).*

4. *A lobos recidivákat, reinfectiót, nagy valószinüséggel megakadályozzuk.*

A trachomás folyamatnak éles elhatárolódása a bulbus felé, úgy az egyszerü mint a combinált excisio legfőbb feltétele.

A kimetszés által képzett heg, quasi védgát gyanánt szolgál a cornea felé.

Az excisio ellenzői, főleg három érvvel támadják a mütétet:

1. *A kötőhártya túlságos kinyújtása folytán fellépő zsugorodásért.*

2. *A szemgolyó mozgásának akadályozásáért.*

3. *A rossz hegesedésért.*

Ezen érvek könnyen megdönthetők, mert 1. a mi a kötőhártya túlságos kinyujtása folytán fellépő zsugorodást illeti, úgy az elkerülhető, ha a műtétet csak olyanon végezzük, a hol a conjunctivalis zsák elég nagy és ha a conjunctiva nem nagy kiterjedésben lesz kimetszve.

2. A mi a szemgolyó mozgásának akadályozását illeti, úgy az ki van zárva, miután jól végzett műtéteknél sohasem távolíttatik el annyi kötőhártya, illetve a conjunctivalis zsák sohasem lesz annyira megszükítve, hogy ezáltal a szemgolyó mozgása zavartatnék. Én nagyon sok excisio által operált szemet láttam Kuhntnál, de a szemgolyó mozgásának akadályát nem tapasztaltam.

3. A mi pedig a rossz hegesedést illeti, az számba nem vehető, mert jól végzett excisio csak felületes heget ad, feltéve, hogy csak a conjunctiva és a tarsus lesz eltávolítva, de mélyebb szövetek és izmok, nemkülönben Königsbergben Kuhnt tanárnál a betegnek csak 50%-a és csak az igazán súlyos és a más therapiával nem gyógyuló esetek lesznek excisioval operálva, a többi gyógyszeres és mechanikus eljárással lesz kezelve.

A trachomás esetek heges stadiumában, a midőn a conjunctiva már ki van gyógyulva, de a tarsus infiltrált és megvastagodott ilyen, eseteknél indikált a tarsus kihámozása, mert ezzel egy csapásra az *entropiumtól* eredő *trichiasist, pannust* és *ptosist* szüntetjük meg. Olykor meglepő módon megszünnek a pannus utáni elhomályosodások is. Eddig 500 esetben végezték e műtétet Kuhnt tanárnál.

A műtétet a következőképen végezik: A beteget a műtőasztalra fektetjük és az assistens a felső szemhéjat kifordítja és a szemhéj szélét egy Blömer-féle csipővel rögzíti, ezután egy Jäger-féle lemezt a szemhéj mögé tolunk és ezzel a porczot egyenletesen megfeszítjük. A műtő a szemhéjszéltől $2^1/_2$ mm.-nyire egy párhuzamos vágást tesz a conjunctiván és a porczon keresztül a nélkül, hogy a praetarsalis kötszövetet vagy a záróizmot megsértené; a kötőhártya rendesen visszahúzódik és ezen visszahúzódás folytán a tarsust izoláltan megfoghatjuk és a conjunctivát lapos késmetszésekkel könnyen le lehet praeparálni. A nyákhártyát pincettával megfogni felesleges, mert könnyen beszakad. A conjuntivát a porcz szélén lepraeparálva az assistens a Jäger-féle lemezt eltávolítja, a műtőollóval a tarsust a belső vagy külső szögelettől kezdve a levator inától levágja. Varratot nem mindig alkalmaznak, de a mennyiben használnak, úgy egyet tesznek a combinált excisionál leirt módon a középen. A harmadik napon a hosszúra hagyott fonalat eltávolítják és a hatodik napon rendesen beállt a gyógyulás. Kötés nyitása minden nap történik. Sarjadzások nem igen mutatkoznak, a mennyiben azonban előfordulnak, ollócsapással levágatnak vagy lapispálczikával vagy galvanocauterrel érintetnek.

Ezen műtéttel kapcsolatban felemlítem a nyákhártya-transplantatiót is, a melynek különben Kuhnt nagy mestere, s a melyet a tarsus kihámozásával együtt elég gyakran szokott végezni, de erről majd más alkalommal. Lényeges dolog az, hogy a tarsuskihámozást a megvastagodott alsó szemhéjon is végezhetjük, bár ezt ritkán végzik.

A mi a tarsus kihámozásának indicatioit illeti, úgy Kuhnt szerint annak főtere a heges stadiumban van, a midőn a nyákhártya egészen vagy legnagyobb részt elhegesedett és a tarsusnak megvastagodása és az involvált tarsus elgörbülése maradandó lett. Akár okozott ez ptosist, inversiót, entropiumot trichiasissal, pannust, akár pedig pannus-recidivát. *A második stadiumban csak akkor indikált a kihámozás,* ha oly trachomáról van szó panussal, a melynél a felső vagy alsó szemhéj nyákhártyája infiltrálva, megvastagodva, esetleg csomósan elfajulva a tarsus jelentékenyen megnagyobbodva van, az őt borító conjunctiva azonban már nem törékeny és nincs szemcsékkel ellepve; ilyen esetekben a műtét könnyen kivihető és az eredmény kiválóan áldásos

A tarsust kihámozást végezzük még továbbá a kocsonyás ellágyulás stadiumában oly trachomás esetekben, midőn az átmeneti redő excisioja vagy az expressioja folytán a kötőhártya kigyógyult, de a porcz nem.

Ha a tarsus megvastagodása néhány hónapig fennáll, úgy idejét látjuk a kihámozásnak, hogy a további elváltozásokat megakadadályozzuk és a ptosist megszüntetjük.

A tarsus kihámozása tehát, úgy cosmetikai mint rationalis szempontból egyike a legszebb műtéteknek.

Ha végül párhuzamot vonunk az egyes gyógymódok között, úgy azon conclusiora jutunk, hogy *a trachomások gyógyulása, illetve gyógyítása leglovább tart a gyógyszeres kezeléssel, gyorsabb a mechanikussal és leggyorsabb az operativ eljárással.*

Utóbbinál jól megválasztott esetekben *3—4 hét* alatt is bekövetkezhetik a gyógyulás, a mi az eddigi gyógymódok szerint lehetetlen volt.

Természetesen *minden esetben előbb a gyógyszeres és mechanikus eljárás kisérlendő meg, csak ha ez nem vezet eredményre, fogunk az operativ gyógymódhoz.* Azon esetben, ha előre látható, hogy a beteg ismét a régi trachomás fészkébe visszatér, továbbá, hogy rossz hygenikus viszonyok közé kerül, tehát minden alkalom megvan hozzá, hogy a reinfectio bekövetkezhessék, akkor nem kell *sok időt tölteni a gyógyszeres és mechanikus gyógymóddal, hanem mindjárt fogjunk hozzá az excisiohoz.* Az átmeneti redő eltávolítása után a kiújulások sokkal ritkábbak, mintha mechanikus gyógykezeléssel gyógyítottuk a beteget. Kuhnt tanárnak tapasztalata szerint 40—50% a recidiva. Heisrath tanár ezen eseteket nem tekinti recidivának, hanem újabb infectionak, a mihez alkalom nyilik, a mennyiben a betegek a fertőző fészekbe rendesen visszatérnek. Annyi bizonyos, hogy nálunk Szabadkán, hol a külterületen a lakosság circa 10%-a, a belterületen 5%-a trachomás, oly nagy tömeggel, circa 5000—6000 trachomás egyénnel állunk szemben, hogy itt az operativ gyógymód sürgőssége szembeötlő és annak az ambulantiákon és a kórházakban való kultiválása nagyon kivánatos volna.

Az eddigi gyógymódok, melyeket nálunk használtak vagyis a medikamentosus és a sublimat ledörzsölés, oly csekély eredményt tudnak felmutatni, hogy a magas kormánynak, ha a járványnyal szemben valami lényeges eredményt akar elérni, sürgősen kell cselekednie.

Ajánlatos volna tehát, hogy Szabadkán, a hol oly óriási számban vannak trachomások és ezek az állandó infectio veszélyét rejtik magukban, a leirt operativ eljárások meghonosíttassanak és nekem az a véleményem, hogy itt csakis ezen eljárással lehetne sikereket elérni; mert a mi trachomásaink évekig kezeltették magukat eredmény nélkül, s a mi népünknél el van terjedve az a hit, hogy az orvosok ezen betegséget kigyógyítani nem tudják. Ezen gyógymóddal — jól megválogatott esetekben — könnyen

lehetne a nép bizalmát visszaszerezni és a járvány terjedését megakadályozni.

Kötelességemnek tartom végül Kuhnt tanár úrnak hálás köszönetemet nyilvánítani szíves utasításaiért, felvilágosításaiért és szíves engedelmeért, hogy klinikáján a műtétek végzésében gyakorolhattam magamat.

Végül köszönöm a Königsbergi klinika assistenseinek, de különösen Wagner dr. úrnak a trachoma-osztály vezetőjének, hogy szívesek voltak útbaigazítani és mindenről kellő felvilágosítással szolgálni.

Irodalom:

1. Über die Therapie der Conjunctivitis granulosa. Dr. Hermann Kuhnt.
2. Über den Heilwerth der mechanischen Methoden in der Therapie der Conjunctivitis granulosa. Dr. Hermann Kuhnt. Különlenyomat a „Zeitschrift für Augenheilkunde"-ből, 1894.
3. Eine Modification der Anwendungsweise des Expressors bei der Conjunctivitis granulosa. Különlenyomat a „Zeitschrift für Augenheilkunde", 1899. számából.

A szabadkai trachoma-járványról.

Irta: *Dömötör Miksa* dr.

(Vége.)

Ezen intézkedések részben 1896-ban, részben 1897-ben léptek életbe. Az új Mária Valeria-közkórház 1896-ban megnyilt és ez időtájban kezdte meg a két belterületi trachoma-orvos működését, 1897 elején pedig a két külterületi trachoma-orvos.

A Mária Valeria-közkórházban a trachomások forgalmáról szolgáljon az alanti ötéves statistika:

	felvett szembetegek száma	trachomás volt	
1897 . . .	362	315	= 87%
1898 . . .	353	257	= 72·8%
1899 . . .	363	302	= 83·4%
1900 . . .	402	305	= 75·8%
1901 . . .	444	342	= 77%
5 év alatt .	1924	1521	

tehát egy évre esik átlag 384 szembeteg és ezek közül 304 trachomás, vagyis a szembetegek majdnem 80%-a trachomás.

A belterületi trachoma-rendelők betegeik legnagyobb részét a belterületi iskolákból és azonkivül az önként jelentkező felnöttekből kapják.

Hogy a belterületi iskolákban hány százaléka a tanulóknak trachomás, azt a belterületi trachoma-rendelőkből kapott adatokból kimutatni nem lehet, mert egyrészt a kerületi orvosok szemvizsgálati jegyzőkönyveit több évre visszamenőleg megszerezni nem tudtam, másrészt a belterületi trachoma-orvosok egyéb szembetegekről lajstromot nem vezetnek s így tiszta csak a trachomások számát közölhetem a legutóbbi öt évről.

I. Mezei-féle rendelőben volt:

1898-ban	308	trachomás
1899-ben	608	„
1900-ban	336	„
1901-ben	306	„
1902-ben	267	„

5 év alatt összesen . 1825 trachomás,

tehát esik átlag évenként 365 beteg.

1900-ban a nagy csökkenés oka a főorvos úr azon intézkedése, hogy a betegeknek egy része a másik rendelőbe tereltetett. Nevezetesen azóta a Mezei-féle rendelőbe I—IV. kerület iskoláinak trachomás tanulói tartoznak járni, a II. Blum féle rendelőbe pedig V—VIII. kerület iskoláinak tanulói. Az utóbbi rendelő betegforgalmáról a következő adatokat tudtam megszerezni:

1897-ben	297	trachomás
1898-ban	357	„
1899-ben	310	„
1900-ban	342	„
1901-ben	370	„
1902-ben	364	„

6 év alatt összesen . 2040 trachomás,

tehát esik átlag egy évre 340 beteg.

Annak illustrálására, hogy egyes szigorító intézkedések mennyire szükségesek az egyes rendelőkben, felemlítem azt, hogy a polgármester úr azon rendelete folytán, hogy a trachomás tanulókat az iskolaszolgák tartoznak a rendelőkbe kisérni, a Blum-féle rendelőbe 1903 I. felében a trachomások száma 450 re emelkedett.

A külterületi rendelőkbe majdnem tisztán csak a külterületi iskolák trachomás tanulói járnak. Hogy ezen iskolák tanulóinak mily nagy a trachomások száma, erre nézve közlöm néhány általam pontosan évenként háromszor vizsgált iskola szemvizsgálati jegyzőkönyvét.

A sebesicsi (boszniai) iskolában:

	Jelen volt tanulók száma	trachomás volt	
1898. november 3. . .	50	5	10%
1899. február 9. . . .	60	4	6·6%
1899. május 4. . . .	58	3	5·1%
átlag . . .			7%
1899. október 3. . . .	70	8	11·4%
1900. február 12. . .	73	8	10·9%
1900. május 7. . . .	59	8	13·5%
átlag . . .			11·9%
1900. október 15. . .	42	3	7·2%
1900. november 22. . .	81	8	9·8%
1901. február 7. . . .	45	5	11·1%
1901. május 9. . . .	41	6	14·6%
átlag . . .			10·4%
1901. október 17. . .	44	4	9%
1902. február 10. . . .	80	12	15%
1902. május 10. . . .	70	8	11·4%
átlag . . .			11·8%
1902. október 1. . . .	80	7	8·75%
1903. február 5. . . .	85	5	5·8%
1903. május 7. . . .	71	6	8·4%
átlag . . .			7·6%
Ezen iskolában az öt évi átlag . . .			**9·7%**

Verusits Poli Vnkovi iskolában:

	Jelen volt tanulók száma	trachomás volt	
1898. október 7. . . .	29	3	10·3%
1899. február 9. . . .	35	3	8·5%
1899. május 8. . . .	17	2	11·7%
átlag . . .			10·1%
1899. október 30. . .	34	3	8·8%
1900. február 15. . .	65	6	9·2%
1900. május 10. . . .	38	7	18·4%
átlag . . .			12·3%
1900. november 5. . .	37	5	13%
1901. február 7. . . .	55	7	12·7%
1901. május 9. . . .	42	4	9 5%
átlag . . .			11·7%
1901. november 14. . .	60	6	10%
1902. február 20. . .	68	6	8·8%
1902. május 5. . . .	40	4	10%
átlag . . .			9·3%
1902. november 27. . .	35	3	8·5%
1903. február 5. . . .	37	3	8·1%
1903. május 7. . . .	41	3	7·3%
átlag . . .			7·9%
Ezen iskolában az ötéves átlag . . .			**10·2%**

Verusits Szndarevits iskolában:

	Jelen volt tanulók száma	trachomás volt	
1897. november 8. . .	35	6	17·1%
1898. február 25. . .	52	8	15%
1898. május 7. . . .	30	4	13·3%
átlag . . .			11·6%
1898. november 7. . .	22	1	4·5%
1899. február 10. . .	49	5	10%
1899. május 8. . . .	36	5	13%
átlag . . .			9·1%
1900. november 10. . .	32	4	12·5%
1901. február 23. . .	39	6	15%
1901. május 7. . . .	43	5	11·6%
átlag . . .			13%
1901. november 27. . .	33	6	18%
1902. február 3. . . .	33	4	12%
1902. május 10. . . .	25	3	12%
átlag . . .			14%
1902. november 18. . .	36	8	22·2%
1903. február 7. . . .	38	10	26·3%
1903. május 5. . . .	32	7	21%
átlag . . .			23·1%
Ezen iskolában az ötéves átlag . . .			**12·1%**

A külterületi iskolák trachomásainak ezen számadataiból azt a következtetést vonom le, hogy valószinű, miszerint a külterületi lakosságnak körülbelül 10%-a trachomás. Oka ennek az, hogy egyrészt alacsony kis szobákban túlzsufolva laknak, másrészt a betegség ragályosságában nem hisznek és így semminemű prophylactikus intézkedést nem foganatosítanak még orvosi rendeletre sem. Innen van az, hogy a belterületen, hol a lakásviszonyok jobbak, a nép intelligensebb, a tisztaságra többet ad, kevesebb a trachomás. Én itt megközelítőleg 6%-ra becsülöm a trachomások számát.

1897-ben, mint czikkem elején említettem, Szabadka város külterületén az iskolák közelében privát helyeken a város szobákat bérelt, hová a trachomások télen hetenként kétszer, nyáron hetenként egyszer meghatározott rendelési órában megjelentek és gyógykezeltettek. A rendelők berendezése egy gyógyszeres ládából, 12 törülközőből és egy mosdótálból állott, tehát elég primitiv volt. Minden külterületi trachoma-orvos hat trachoma-rendelőben végzett szolgálatot, tekintve Szabadka város nagy kiterjedését, az iskolák több mint fele mellett nem volt trachoma-rendelő, mert eddig csak két külterületi trachoma-orvos lett kiküldve és összesen 12 rendelőben kezelt, holott a külterületen 26 iskola van és így, ha ezen az alapon akarja a magas kormány az intézkedéseket fenntartani, úgy legalább 4 trachoma-orvosra volna szükség. Hogy mily sikerrel müködött két trachoma-orvos eddig, arra nézve felsorolom a két orvos ötéves statistikáját.

Mukits dr. 6 külterületi rendelőjében volt:

		trachomás	gyanus
Schön dr. vezetése alatt	1897 . . .	214	75
	1898 . . .	70	52
Mukits dr. vezetése alatt	1899 . . .	15	11
	1900 . . .	28	30
	1901 . . .	22	17
		349	185

Vezetésem alatt álló hat rendelőben volt:

	trachomás	gyanus
1897 . . .	91	48
1898 . . .	50	30
1899 . . .	52	28
1900 . . .	41	24
1901 . . .	37	18
	271	148

A külterületi rendelőkből beszerzett statistikából látható, hogy egyes rendelőkben vajmi kevés beteg jelentkezik, minélfogva úgy látszik, hogy az eddig fennálló intézkedések vagy nem voltak elég jól végrehajtva, vagy nem voltak elégségesek a járvány leküzdésére, vagy a therapiánk volt gyarló.

Utóbbi körülmény véleményem szerint volt főoka annak, hogy a nép meggyőződvén therapiánk sikertelenségéről, kerülték a rendelőket.

A felsorolt adatokból a következő consequentiát vonom le: Szabadka város talaja homokos és így a por sérti a szem kötőhártyáját, hurutot okoz és így alkalmassá válik a trachoma fertőzésére.

Szabadka külterületi lakossága között van legnagyobb mértékben elterjedve a trachoma — az iskolák tanulóinak körülbelül 10% a trachomás — és ennek oka főleg az, hogy nevezett lakosságnak a tisztaság iránt kevés az érzéke, kis szobában sokan laknak és így egymás fertőzésére nagyobb az alkalom.

Semminemű hygienikus szabályokat nem követnek, közös törülközőt és ágyneműt használnak, orvost nem vesznek igénybe, hanem inkább a kuruzslókat. Az eddigi intézkedések részben hiányosnak, részben nem lettek pontosan betartva. A járvány megakadályozására a következő propositioim volnának:

1. Az összes hatósági és nem hatósági orvosok, kik a trachomával ezentúl megbizatnának, kurzust hallgatnának Budapesten, hogy elsajátítsák a trachoma diagnostikáját és modern therapiáját.

2. Szükségesnek tartanám, hogy a trachoma felügyeletével egy orvos bizassék meg, a ki az összes bel- és külterületi iskolákat többször évenként, azonkivül az iskolás gyermekek hozzátartozóit megvizsgálná.

3. Szükségesnek tartanám, hogy az összes kül- és belterületi rendelők között egy kapocs létesüljön és erre fenti orvos volna a közvetítő személy.

4. Ugy a bel- mint a külterületen szükséges volna újabb rendelők létesítése, mert a külterületen 24 iskola van és csak 12 mellett van rendelő. Ezen rendelők, ha kevés beteg jelentkezik, beszüntetendők s máshová helyezendők volnának (mozgórendelők). A belterületen egy-egy rendelőbe annyi beteg jár, hogy azok rendes gyógykezelése két orvos által absolute lehetetlen. A külterületen a súlyosabb trachomásokat kizárnám az iskolákból, főleg a hol kevés van, s beutalnám a kórházba vagy a belterületi központi rendelőbe, a hol az operálhatók 4—6 hét alatt mütét útján kigyógyíthatók volnának.

Próbaképen megkisérleném, hogy miként Königsbergben a klinikán, úgy nálunk az egyik trachoma-rendelőbe, talán el lehetne nevezni központi rendelőnek, valamint a kórházban, privát lakásokban elhelyezett betegeket kezeltetnék, kik orvosi felügyelet alatt állnának, mely felügyeletet a rendelő részéről az egyik kezelő orvos, a kórház részéről pedig a segédorvos eszközölné. Természetesen jól meg kellene válogatni azon egyéneket, a kik ily betegeket ellátásba vennének és megszabnám, hogy egynek négynél többet ellátásba venni nem volna szabad és a lakásnak egészségesnek és a rendelő, illetve a kórház közelében kellene lenni.

6. Miután úgy a bel- mint a külterületen egyes iskolákban annyi trachomás beteg van, hogy azok külön tanteremben tanitásban részesülhetnének, ugyanott volna végezhető a rendelés is, és miután tudtommal trachomás tanitók is vannak, ezen iskolákba ezek beosztatnának. A belterületen ez könnyebben keresztülvihető, a külterületen azonban csak Ludason volna megkisérelhető, a hol négy iskola van egymás közelében.

7. A külterületi iskolák trachomásai közül azok, melyek szomszédos községhez közelebb fekszenek mint Szabadkához, így Bajmokhoz és Kúnbajához, ezen községek orvosai által kezeltetnének.

8. Végre szükséges volna, hogy a trachomáról a nép között népszerű ismertetések osztassanak ki és a hatóság alantosabb közegei pontosabban teljesitsék feljebbvalójuk utasításait. Vonatkozik ez az idézést kihordó szolgákra, kik lustaságból a legtöbb idézésre ráirják, hogy elköltözött.

IRODALOM-SZEMLE.

Cinchonin-mérgezés esetét közli *Schoute*. Betege a malaria miatt adott chinint nagyfokú idiosynkrasiája miatt nem szedhetvén, chinchonin sulf.-t kapott. Már az első adag bevétele után látási zavarok állottak elő, melyek pontos megfigyelések után tiszta alkalmazkodási bénulásnak bizonyultak. A bénulás a cinchonin bevétele után 4 óra mulva kezdődött, további 4 órára érte el tetőfokát s ugyanannyi idő mulva teljesen visszafejlődött. Az egész idő alatt a pupillák átmérője rendes volt, reactiojuk azonban úgy fényre, mint convergentiára kissé renyhe A szemfenéken elváltozás nem mutatkozott. E tünetek minden újabb adag után egyformán ismétlődtek. A cinchoninnak a szemre vonatkozó ilyen hatásáról Schoute nem talált feljegyzést az irodalomban, de ezen észlelése alapján is már mint feltünő különbséget emeli ki, hogy míg a chininnek eddig ismert mellékhatásai a szemen a retinát illetik, addig a cinchonin a retinát nem bántalmazza, hanem az uveára hat, a melyet ismét a chinin hagy teljesen érintetlenül; alkalmazkodási bénulást chinin után még sohasem észleltek. (Zeitschrift für Augenheilkunde. IX. k. 6. f.)

Leitner Vilmos dr.

A glaucomáról ir *Wahlfons* helsingforsi professor. Hogy a glaucoma oly tökéletesen kifejtett tünettana mellett annak kórokát még mindig nem ismerjük, azt egyrészt annak tulajdonítja, hogy a búvárok már elfogultan kezdik meg vizsgálataikat és a leletet valamely már előre felvett hypothesissel igyekeznek összhangzásba hozni. Az intraocularis nyomás fokozódását tartották a glaucoma lényegének és ezen nyomásemelkedés okában keresik egyszersmind a glaucoma okát. Különbséget kell tenni a glaucoma és tensioemelkedés között, mely az előbbinek csak egy igen gyakori tünete és ugyanazon megbetegedés különböző stadiumának kell tekinteni az egyszerű és a gyuladásos glaucomát. A retentio-elméletet czáfolgatva, azt a glaucoma következményének, de nem okának tartja.

Megfigyelése szerint rendesen a hemeralopia képezi a glaucoma legelső és legállandóbb symptomáját, a mely évekkel megelőzheti a többi tünetek jelentkezését. Mivel pedig a hemeralopiát a chorioidea choriocapillaris része által táplált pálczika és csapréteg működési zavara okozza, a chorioidea megbetegedésében keresi a glaucoma okát.

A glaucomás szemen talált chorioidealis elváltozásoknak már régebben Goldzieher és Fuchs is tulajdonítottak jelentőséget a glaucoma aetiologiájában és ezen elváltozásokkal megmagyarázhatók a symplex glaucoma tünetei, mint a fényérzékenység csökkenése, a szükült látótér és a látás romlása. De különösen bizonyító erőt tulajdonít az excavationak, a mely normális tensiojú simplex glaucomás szemeken az által jön létre, hogy a részben a sclera, részben a megbetegedett chorioidea által képezett lamina cribrosa nem képes a szem rendes belső nyomásának ellentállani; míg az ép lamina cribrosa még a fokozott tensionak is ellentáll, a mint azt kisérletek és a leucoma adherensnél (glauc. sec.) létrejövő staphylomák bizonyítják. A szem belső nyomását — a mire már Donders is figyelmeztetett — a chorioidea tartja fenn és a chorioidea elváltozásai okozzák a tensioemelkedés és a venosus pangás előidézésével az acut inflammatorius glaucomát. Az iridectomia csak a tensioemelkedést és az acut gyuladásos tüneteket szünteti meg, de a tulajdonképeni betegséget nem gyógyítja és ez csak azért nem vezet mindig teljes megvakuláshoz, mert az idős betegek — kiknél rendesen a glaucoma fellép — nem érik azt meg. (Archiv für Augenheilkunde, XLVII Band, I. Heft.)

Az iriscoloboma s a korektopia között levő összefüggésről ir *Koerber*. Egy esetét ismerteti, melyben az egyik szemen typusos iriscoloboma volt jelen, míg a másikon hasonló, de kisebbfokú elváltozás találtatott, a mely inkább korektopiának nevezhető. Mindkét szemen veleszületett részleges lencsehomályok s a chorioideában keskeny coloboma volt látható. Az esetet alkalmasnak tartja azon feltevés megerősítésére, hogy a korektopia ugyanoly természetű fejlődési rendellenesség, mint az iriscoloboma. A különbség csak fokozati s a korektopia tulajdonképen a kolobomának legkisebb fokát jelenti; erre vall az is, hogy mindkettőnél egyidejüleg jelen lehet a chorioidea colobomája is. Valószinü, hogy ezen fejlődési rendellenességek okát a foetalis szemhasadék záródásának, a mesoderma betüremkedése által okozott akadálya képezi. (Zeitschrift für Augenheilkunde, X. k. 2. füzet.)

Leitner Vilmos dr.

Szemcseppeknek a hőmérsékök szerint való változó hatásáról közli kisérleti eredményeit *Derby*. Állatokon, utóbb embereken végzett nagyszámú kisérletet annak megállapítására, hogy mennyiben változik a conjunctiva-zsákba adott csepp hatása, ha az nem a rendes, hanem magasabb hőmérsékkel bir. Állatokon nem kapott megbizható adatokat. Embereken 1%-os homatropinum hydrobromicum-oldatot használt 29°—45° hőmérsékkel; pontos összehasonlítás kedvéért csak egészséges szemekbe cseppentett. Tapasztalatait abban összegezi, hogy a meleg cseppek általában hatásosabbak, mint a közönségesen adott hidegek. E ténynek gyakorlati jelentősége az, hogy oly betegségeknél, melyeknél a felszívódási képesség csökkent, mint pl. iritis, phlycetaena, glaucoma eseteiben, tanácsosabb felmelegített szemcseppet használni, melynek egyébként az az előnye is megvan, hogy a betegnek kellemesebb, kevésbbé okoz könyezést s így az adagolt cseppet kisebb mértékben higitja fel. Különösen előnyös a meleg csepp gyermekeknél, mert nem vált ki reflektorikus szemhéjgörcsöt, mint a hideg. A cseppek felmelegítésére Derby külön e czélra berendezett thermophort használ, de közönséges meleg vizes edény is megfelel. A meleg szemcseppek már több helyütt alkalmazásban vannak s főleg a gyermekgyakorlatban volna kivánatos használatának általánosítása. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. Festschrift 1903.) *Leitner Vilmos* dr.

Az opticusnak secundaer lues következtében történt megbetegedéseiről ir *Wagner*. A lues okozta szemfenéki megbetegedések között leggyakoribb az opticus affectioja. A baj rendszerint a lues III. stadiumában támad s csak újabban található az irodalomban egy pár eset, melynél e bántalom a lues II. stadiumában lépett fel. Ezen eseteknél azonban szövettani vizsgálat nem eszközöltetett s így a diagnosis sem lett ezáltal biztossá téve. Juler közli az első szövettanilag is pontosan vizsgált esetet s szerző a másodikat. Mindkét eset pontos kórtörténete s a szövettani vizsgálat eredménye is le van irva. (Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde.)

A könymirigy egyik kivezető csövében fellépett kőképződésnek egy esetét közli *Levi*. Az eset a következő: egy nőbetegnél a könytömlő kiirtása után is igen kellemetlen könyezés állott fenn, úgy hogy elhatároztatott a könymirigy kiirtása, daczára annak, hogy az semmi rendellenességet nem mutatott. Szövettani vizsgálatnál az egyik kivezető csőben Levi egy a lumen alakjának megfelelő konkrementumot talált. E konkrementum metszetben rétegzettséget mutat s helyenként benne organikus anyagok, valószinüleg epithelsejtek vannak. Mikrochemiai vizsgálat nem eszközöltetett, azonban Levi valószinünek tartja, hogy a konkrementum szénsavas mészből áll, mert csak ez festődik oly intensive haematoxylinnal. A mi a konkrementum keletkezését illeti, valószinünek tartja, hogy az epithelsejtek képezték a központot, melyre az anorganikus anyagok reárakódtak. Hogy a sejtek valamely desquammáló gyuladás, vagy egy idegen test okozta trauma következtében váltak-e le, nem dönthető el, szerző azonban inkább ez utóbbit tartja valószinünek, mert szerinte, ha az előbbi magyarázatot fogadjuk el, úgy már többször kellett volna találni a meglehetős gyakori könymirigy-gyuladásnál konkrementumot, holott ez az eset eddig az irodalomban egyedül áll. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde.) *Török Ervin* dr.

Folyóiratok átnézete.

Archiv für Ophthalmologie, LVI. kötet, 1. füzet. *Fuchs:* a cornea gyűrűalakú tályogjáról. — *Hoppe:* Az art. centr. retinae látszólagos emboliája mint physikalis tünet. — *Elschnig:* További közlemény a látóideg belépési helyén levő coloboma és az alul fekvő conust illetőleg. — *Waele:* Staphylococcussal előidézett oltási keratitis házinyúlnál. — *Spühler:* A látóidegnek különösen panophthalmitisnél előforduló foltszerű zsíros elfajulásáról. — *Schieck:* A retrobulbaris neuritis bizonyos fajainak összefüggése a véredényrendszer megbetegedéseivel. — *Grunert:* A veleszületett teljes színvakságról.

2. füzet. *Schirmer:* A könyelválasztás és levezetés élet- és kórtanára vonatkozó vizsgálatok. — *Bjerke:* A látásélesség megváltozása a

lencse eltávolítása után. — *Bach* és *Mayer*: További vizsgálatok a nyúltvelő és pupilla közötti összefüggést illetőleg. — *Tertsch*: Cysta a cornea belső lemezén. — *Proeller*: A cornea-transplantatio használhatóságáról súlyos fekélyek esetében. — *Hertel*: A myopiáról.

3. füzet. *Birch-Hirschfeld*: A symmetriás orbitalis daganatokról. — *Tartuferi*: A cornea ruganyos szövetelemeiről. — *Römer*: Munkálatok a sympathiás szemgyuladás köréből. — *Stein*: A chorioretinitis syphilitica és retinitis pigmentosa kórboncztana és elkülönítő kórismeje. — *Rihl*: Szemműtétek utókezelésére vonatkozó újabb nézetek. — *Seggel*: Tapasztalataim a myopia fellépését és haladását illetőleg; a teljes correctio értékéről.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1903, augusztus. *Stoewer*: Diabetes folyamán fejlődött látóidegsorvadás esete. — *Natanson*: Retinitis haemorrhagica a tüdő és a kisagy rákja esetében. — *Weinhold*: A szemmozgások akaratlagos dissociálásának esete. — *Alexander*: A szem fénytörésének megváltozása diabetes mellitus mellett. — *Pergens*: A C-alak felismerése különböző átmérők és állandó nyilás mellett. — *Salomonsohn*: Periphlebitis okozta recidiváló üvegtestvérzések. — *Liebrecht*: Metastasisos szembántalom két esete. — *Sigler-Huquenin*: Mindkét szem izombénulásának komplikált esete. — *Brandenburg*: Az elülső csarnokban kilencz évig időzött üvegszilánk esete.

Zeitschrift für Augenheilkunde, X. kötet, 1. füzet. *Lohnstein*: Egyszerű berendezés a fénytörésnek fordított képben való meghatározására. — *Guttmann*: Az emberi iris kollagen- és protoplasmás szövetelemeiről. — *Weiss*: Az orbita-phlegmone kórboncztana és klinikai tünetei. — *Krauss*: A jequiritolról. — *Baas*: Fertőző hüvelyváladékkal előidézett conjunctivitis tehénnél.

2. füzet. *Hála*: Újszülöttek szem-syphilisének ritka tünete. — *Weiss*: Előző czikkének vége. — *Huquenin*: Intraocularis fertőtlenítésre szánt jodoform-pálczikák és lapok előállításáról. — *Krauss*: Előbbi czikkének vége. — *Koerber*: A conjunctiva sclerae papillomája s a plica semilunaris lymphomája. — *Koerber*: Az iriscoloboma s a korektopia között levő összefüggésről.

3. füzet. *Michel*: A nyaki sympathicusnak öröklött és veleszületett egyoldali beidegzési zavaráról. — *Baas*: A könymirigy, szemhéjak s a szájnyákhártya symmetriás daganatainak esete. — *Alexander*: Az üvegtestbe nyomuló üteres véredénykacs újabb esete. — *Gräflin*: Porszerű anilin-festékek káros befolyása a tengerinyúl kötőhártyájára. — *Pagenstecher*: Hályogműtétekről, különös tekintettel az utóhályogműtétekre. *Kuhnt*: Az iriskimetszések technikájáról.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1903. junius. *Cirincione*: Gerinczesek üvegtestének genesiséről. *Goldzieher*: Közlemények a szt. Rókus-kórház szemészeti osztályáról. — *Braunstein*: Adatok a mágnes-műtétekhez. — Julius. *Scheer*: Baleset okozta glaucoma; orvosi vélemény. — *Meyer*: Tengerinyúlon végzett intravenosus collargol-befecskendésekről. — *Braunstein*: Előbbi czikkének vége. — Augusztus. *Goldzieher*: Adatok a kryptophthalmus congenitus tanához. — *Hoppe*: Hogyan ítélendő meg Poroszországnak jelenlegi trachomaellenes védekezési rendszere?

Archiv für Augenheilkunde, XLVIII. k., 1. f. *Weinstein*: A cornea vágott sebeinek gyógyulására vonatkozó kisérletes vizsgálatok. — *Wiener*: Az elülső csarnokban képződött üvegszerű (ruganyos) hártyáról. — *Dyckmeester*: Pigmentált papilla. — *Runte*: Veleszületett staphyloma corneae esete. — *Polte*: Az iris hibás fejlődésének több esete. — *Schieck*: Subconjunctivalis natrium jodicum-befecskendések értéke a szem külső és belső megbetegedései esetén.

2. füzet. *Rumschewitsch*: Csontosodások és mészlerakodások a szemben. — *Dutoit*: A szemhéjak pseudoleukaemiás lymphomái általános lymphomatosis esetében. — *Caspar*: Herpes Zoster ophthalmicus és trochlearis bénulás. — *Schmidt-Rimpler*: A szemen végezhető mágnesműtétekről. — *Senn*: A myopiások cornealis astigmatismus és centralis chorioiditise.

Annales d'oculistique, 1903. junius. *Villard*: Hypopyon-keratitises szem boncztani vizsgálatának eredménye. — *Terson*: A tokhasítás technikája hályog-műtéteknél. — *Fage*: A hályog mesterséges érlelése. — *Deschamps*: A conjunctiva-polypok kóroktana. — *Aubineau*: Retinitis pigmentosa congenitalis familiaris esete. — *Lagrange*: A sympathicus resectiojáról glaucoma eseteiben. — *Dianoux*: Mily határok között képes a preventiv enucleatio a sympathikus gyuladást meggátolni? — *Bourgeois*: Az 1902. február 15-diki törvénynek a szembetegségekre vonatkozó rendelkezései. — Julius. *Wecher*: A Tenon-tok szerepe a kancsalsági műtéteknél. — *Teillais*: Szemizombénulások és diphtheriás hemiplegia. — *Graderigo*: A hályognak tokostól való eltávolítása scleralis zonulotomia útján. — *Janet*: A binocularis associatio hiányában beállott látási zavar. — *Terson*: A blepharitis ciliarisok bőrkórtani osztályozása. — Augusztus. *Rogman*: Intraocularis tuberculosis. — *Uribe-Froncosa*: A csarnokvíz összetétele öregkori hályogoknál. — *Armaignac*: A lencse spontan felszívódása felnőttnél sérülés következtében. — *Trantas*: A kanyaró kiséretében fellépő keratitis exanthematica punctata superficiatis. — *Morax*: A kanyaró folyamán jelentkező néhány szemtünetről. — *Petit*: Spontan recidiváló szemüregbeli haematomák.

Archives d'ophthalmologie, 1903. julius. *Chevallereau*: Utérinalis vérzés után hirtelen kifejlődött atrophia papillae esete. — *Terson*: Praelacrymalis tumor természete és gyógyítása. — *Demaria*: Kisérleti kutatások a kutya n. oculomotorius és trochlearisának centrumait illetőleg. — *Antonelli*: A heveny fertőző betegségek folyamán keletkező neuritis opticákról. — *Bistis*: Egyoldali exophthalmus Basedow-kórnál. — Augusztus. *Lapersonne*: A ptosis-műtét néhány módosítása. — *Antonelli*: Előbbi czikkének folytatása. — *Cantonnet*: A myopiások Mariotte-foltja és környéke. — Szeptember. *Rochon-Duvigneaud*: Cataracta secundaria bemetszésére szolgáló új csipőolló. — *Moissonier*: A könymirigy cylindromájának esete. — *Péchin* és *Rollin*: Szemizombénulás és arteriosclerosis. — *Antonelli*: Előbbi czikkének folytatása. — *Terrien*: Az uvealis tractus colobomája és mykrophthalmus.

Recueil d'opthalmologie, 1903. junius. *Galezovski*: Gonorrhoeás meningitis-cerebrospinalis alatt fejlődött iridochorioiditis, neuritis optica és panophthalmitis esete. — *Lapersonne*: Rachitises lymphocytosis és szembajok. — *Ambialet*: Szemészeti statometria, exorbitalis ophthalmometer. — *Terrien*: Az uvealis tractus colobomája, a maxill. inf. luxatioja ngyanazon orbitában; boncztani vizsgálat. — *Villard*: Szemhéj xanthelasmájának szövettani vizsgálata. — *Mazet*: A cornea homályainak gyógyítása lithium-benzo által. — Julius. *Ivert*: A szemizmok többszörös bénulásáról. — *Galezowski*: Előbbi czikkének folytatása és vége. — Augusztus. *Chauvel*. Orbitalis eredetű traumás szemizombénulások. — *Ivert*: Az adrenalin használhatóságáról a szemészeti gyakorlatban. — *Houdart*: A chorioidea sarcomájáról. — *Armaignac*: A cornea festésének új módja. — *Villard*: Hypopyon-keratitis szövettani vizsgálata.

Budapesti orvosi újság, 1903. 18., 19. szám. *Siklóssy*: A gyengelátóságot és vakságot szinlelők leleplezése. — 21. sz. *Hoór*: Adalék a glaucoma elleni sympathicus-resectio eredményének tartósságához. — *Dax*: A szem tolerentiája idegen testekkel szemben egy eset kapcsán. *Hoór*: Általános elvek szemészeti klinika építésénél és berendezésénél.

Therapeutische Monatshefte, 1903. 7. f. *Pick*: Az alsol használata a szemészetben.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 37. szám. *Krautz*: Az art. ophthalmica dextra aneurysma racemosuma.

Zeitschrift für klinische Medicin, 49. k. *Schaumann*: A pupilladifferentia gyakorisága és klinikai jelentősége.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 38. sz. *Hoppe*: A trachoma kezelése a Knapp-féle eszközzel.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 33. *Mendel*: Koponyaalapi daganat nyomása következtében fejlődött látóidegsorvadás esete.

Virchow's Archiv, 173 k., 3. f. *Placzek*: Pupilla-elváltozások a halál után.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 32. szám. *Coppez* és *Vanleroy*: Az iris elsődleges sarcomájának esete.

Archives de neurologie, 1903. augusztus. *Nezaral* és *Rariart*: A szemfenék elváltozásai paralysisben.

British medical journal, 1903. jun. 6. *Stephenson*: Röntgenfénynyel meggyógyított conjunctiva-tuberculosis.

Edinburgh medical Journal, 1903. május. *Berry*: A kötőhártya elsődleges heveny miliaris gümőkórja.

The lancet, 1903. II. 4. sz. *Hoggan Ewart*: Húsz éven át az orbitában tartózkodott és tüneteket nem okozott nagy üvegdarab.

Leitner Vilmos dr.

VEGYESEK.

— *A m. k. belügyminister* 2000, azaz kétezer koronát tűz ki a trachoma kórtanát és gyógyítását tárgyaló legjobb könyv vagy értekezés jutalmazására, mely önálló munkálkodás alapján készült s mely az aetiologia vagy therapia terén absolut értékű haladást tartalmaz. A mennyiben csak ezek egyikét tárgyalja, 1000—1000 koronával jutalmazható. A pályamunkák 1904. deczember hó 31-dikéig a m. k. belügyministerhez benyujtandók. A szerző saját hazája nyelvét használhatja. A biráló bizottságot a m. kir. belügyminister alakítja meg.

— *A X. nemzetközi szemészeti congressus* szervező bizottsága a következő körlevelet küldte szét.

„Igen tisztelt Kartárs Úr! Az 1899-ben Utrechtben ülésezett nemzetközi szemész-congressus, legközelebbi összejövetele helyéül, mint tudja, Svájczot jelölte ki, s a bevezető munkálatokkal Pflüger, berni tanárt bizta meg.

Kartársunk felszólítására alólirott szemészek a congressust szervező bizottsággá társultunk. Elnökéül legidősebb svájczi kartársunkat, Dufour tanárt, alelnökül Pflüger tanárt, jegyzőnek és pénztárosnak Mellinger tanárt, s tiszteletbeli elnökül a legutóbbi congressus volt elnökét, Snellen tanárt választottuk meg.

Örömmel tudatjuk, hogy a X. szemész-congressus díszelnökségét a svájczi szövetségtanács jelenlegi elnöke, *Deucher* dr. volt szíves elvállalni.

Hazánkat ért ezen megtisztelő kitüntetést a svájczi szemészek is nagy lelkesedéssel fogadták, s örömmel csatlakoztak hozzánk s a meghivás, melyet ez alkalommal igen tisztelt kartárs úrhoz intézünk, az ő nevükben is szól.

Miután a nemzetközi szemész-congressusok öt évenként tartatnak, a legközelebbi *1904.* évben lesz.

Az összejövetel helyéül *Luzern* várost, idejéül *szemptember hó 19, 20 és 21-diket* választottuk.

E három napot szánjuk a munkára; délelőtt lesznek a vitatkozások, délután pedig a bemutatások.

Nem egészen jogosulatlan a tudományos congressusokkal szemben az az ellenvetés, hogy tulajdonképeni czéljoknak, a tudomány művelésének mind kevésbbé felelnek meg és pedig nemcsak azért, mert a szórakozásokra túlságosan sok időt fordítanak, de mert a szakirodalom rendkivüli fellendülése majdnem feleslegessé teszi az utazást oly czélból, hogy szóbeli közlésekre nyiljék alkalom, melyeket nyomtatásban

sokkal jobban elolvashatunk. További ellenvetés az, hogy épen a vitatkozás, melyet a sajtó nem pótolhat, az előadások nagy száma kiszoritja.

Valóban úgy van, hogy valamely tudományág iránt érdeklődök összejövetelének rugója czélja, az eszmecsere, a vitatkozás. Ebből fakad a helyes megismerés, nemcsak a tárgyra, de a személyekre vonatkozólag is, s a gondolatok összetűzéséből pattan ki a szikra, mely a tudomány számára új világosságot teremteni van hivatva.

Reméljük, hogy az Ön támogatásával a vitatkozást jogaiba ismét visszahelyezhetjük. A congressus munkarendje a következő:

Felkérjük azon urakat, kik valamely munkát ismertetni óhajtanak, hogy azt a tagsági díjjal (25 frank) együtt legkésőbb 1904. évi május 1-jéig juttassák Mellinger tanár kezeihez Baselbe.

A dolgozatot a congressus négy hivatalos nyelvének (német, angol, franczia, olasz) egyikén kell megirni s nem szabad a congressus eddigi jelentéseinek alakjában számitott öt nyomtatott oldalt meghaladnia. Önként értetődik, hogy a dolgozatoknak a congressushoz méltóan, szigorúan tudományosaknak kell lenniök.

A beküldött dolgozatokat tárgy szerint rendezve rögtön kinyomatjuk s mint a congressus jelentésének első felét, az igazoló jegygyel együtt minden résztvevőnek körülbelül két héttel a congressus megnyitása előtt megküldjük.

Ily módon a megbeszélendő dolgokkal mindenki megismerkedhetik s alapos megvitatásukra elkészülhet.

Ezzel egyszersmind a dolgozatoknak az ülésen való felolvasása is feleslegessé válik. Az elnök egyszerűen felszólitja a szerzőket, hogy az eredményeket, illetve következtetéseiket röviden adják elő, mire rögtön a megvitatásra térhetünk át.

A congressus tagjai ezen eljárás mellett magok rostálhatják meg az anyagot, nem kénytelenek az őket kevésbbé érdeklő előadásokat végighallgatni s egészen azon kérdésekre fordithatják figyelmöket, melyek őket különösen foglalkoztatják.

Hiszszük, hogy ilyeténkép meghallhatjuk oly tapasztalt férfiak véleményét is, kiknek előadások megszerkesztésére nincsen idejök.

A kinyomatott viták a congressus jelentésének második részét teszik majd ki s ezt később küldjük még a tagoknak.

Hivatalosan csak egy tárgyát tűztünk ki megbeszélésre, hogy t. i. *miképen itélendő meg kártérités szempontjából az egyik szem sérülése vagy elvesztése*; a kérdés sürgős megoldásra vár s fontossága miatt megokoltnak tartjuk, hogy egy világ-congressus itélőszéke elé kerüljön.

E tárgy felett teendő jelentés megtételével Axenfeld tanárt (Freiburg, Baden), Sulzer dr.-t (Páris) és Würdemann dr.-t (Milwaukee) biztuk meg. Dolgozataikat a congressus jelentésének elején közöljük, magát a congressust pedig e tárgy felett inditandó vitával nyitjuk meg.

Nincs kizárva, hogy más, később beérkezett munkálatokat is meghallgathatunk s a congressus jelentésének második felébe igtatunk, azonban csak oly feltétel mellett, ha erre a már kinyomtatott munkák feletti vitatkozás után még idő jut, s ha azok a kikötött terjedelmet túl nem haladják. *Csak azt nyomtatjuk ki, a mi tényleg a megbeszélés tárgyát képezte.* Az előadásra nem került kéziratokat a congressus végeztével azonnal visszaszolgáltatjuk a szerzőknek.

A beküldött dolgozatokat, az elsőbbségi jog megóvása czéljából rögtön a kézbesités alkalmával dátummal látjuk el.

A vitatkozás után a congressus másik főczélja a *bemutatás*.

Arra szenteljük a délutánokat s különösen felhivjuk reá a tisztelt tag urak figyelmét. Szivesen mutatunk be készülékeket, készitményeket, eszközöket, műtéti módokat, mindennemű vetitéseket, sőt kiállitást is óhajtunk rendezni, melyen szakmánkba vágó mindenféle régi és új tárgy képviselve lenne.

Ezek felsorolását s a megértésükre szükséges magyarázatot ugyancsak a congressus jelentésének második felében fogjuk közzétenni.

A mi az ábrákat illeti, ezek költségeihez a congressus csak annyiban járulhat hozzá, a mennyiben azt a pénzügyi viszonyai megengedik.

Jó dolgozatok, a vitákra való alapos készültség, valamint az élénk részvét a bemutatásokon s a kiállitáson, úgy hiszszük, kiváló érdeket fog nyujtani a X. szemész-congressusnak.

Minél buzgóbban dolgozunk, annál jobban esik a szórakozás s ezért a tudományos részen kivül e pontra is kiterjedt a figyelmünk.

A megnyitás előestején (szeptember 18-dikán) Luzern városa ünnepiesen fogadja a congressus tagjait.

A hivatalos diszebéd szeptember 20-dikán lesz.

A hatóságok előzékenysége folytán a tagoknak módjukban lesz, hogy a város minden nevezetességét megtekinthessék. Kedvező idő esetén szeptember 22-dikén estejére tavi vagy hegyi kirándulás van tervbe véve. A vierwaldstädti tó gőzhajózási és hegyi vasút társasága a congressus tagjai és feleségeik számára a Rigi és Pilatus vasutakra félárú kedvezményes jegyet engedélyezett.

Minden erőnkből azon leszünk, hogy a congressust jól készitsük elő. Kartársaink jóakaratán mulik, hogy törekvésünk sikerre vezessen s a congressus tudományunk előmozditására szolgáljon.

Óhajtjuk, hogy e meghivás szives fogadtatásra találjon s Önt vállalkozásunkban való részvételre serkentse.

Maradunk a svájczi szemészek nevében kiváló tisztelettel Professor *Snellen*, a IX. congressus elnöke, Utrecht: Dr. *Barde*, Genf; Professor *Dufour*, Lausanne; Professor *Haab*, Zürich; Dr. *Landolt*, Páris; Professor *Mellinger*, Basel; Professor *Pflüger*, Bern."

A 25 frank tagsági díj *Mellinger* egyetemi tanárhoz Baselbe küldendő. Magyarország területére a végrehajtó bizottság Grósz Emil dr. egyetemi tanárt kérte fel a szükséges felvilágositások megadására. A további részletekről újabb körlevél fog tájékoztatni.

— *A heidelbergi szemészeti egyesület* ez évben, szeptember hó 14—16-dikán tartotta üléseit. A Graefe-dijat Roemer kapta Jequiritol és Jequiritol-serum czimü dolgozatáért.

Az előadások közül a következők ismétlésére szoritkozunk.

Uhthoff a levált retina visszafekvéséről értekezett. Eseteinek 8%-ában következett be a visszafekvés. Deutschmann a spontan gyógyulást csak 1%-ra becsüli, mig saját methodusa mellett 23%-ra.

Raehlmann újból azon véleményét fejtegette, hogy a trachomafolliculusok rendesen kifekélyesednek; a felszólalók egy része (Sattler, Müller) kétkedéssel fogadta.

Roemer a sympathiás szemgyuladás átterjedésének módjáról azt tartja, hogy az elsődlegesen megbetegedett szemből a specifikus kórokozó a vérpályákon át jut a másik szembe. Ugyanő a serumtherapia sikereiről referál, ulcus serpens eseteiben. Haemophthalmus ellen pedig haemolytikus immun-serumnak az üvegtestbe való bevitelét ajánlja.

Schloesser tic convulsiv esetében a foramen stylomastoideum táján alkoholinjectiókat végzett. Nieden 1%-os carbolt használt, Straub canthoplasticát.

Pfalz az alkalmazkodás görcséről és tonusáról tartott előadásában újból a myopia s astigmatismus teljes correctioja mellett foglal állást s az alkalmazkodási görcs létezését kétségbe vonja, mert az izom fokozott tonusa: hypertonus nem tekinthető annak.

Peters a traumás szaruhártyabetegségekről értekezett. A cornea-erosiók eseteiben tapasztalható epithelleválást hólyagképződésnek tartja s oedemával hozza összefüggésbe, mely neurogen eredetü. A disciformis keratitis úgy keletkezik, hogy az endothel is megsérül. Ha pedig infectio társul hozzá, ulcus serpens keletkezik.

Czermák a hályog subconjunctivalis extractiojáról szólott, melyet különösen nehéz esetekben alkalmaz.

Axenfeld az opticai iridectomia czéljaira csipő helyett tompa kis horog használatát ajánlja, mely lehetővé teszi, hogy a limbusban csak kis sebet ejtsünk, s hogy fájdalmatlanul operáljunk. A hozzászólók közül Kuhnt utal arra, hogy ő ez eljárást már 15 éve gyakorolja.

Hertel az ultraviolett sugarakat a cornea fertőző betegségei (ulcus serpens) ellen óhajtja felhasználni.

Birch-Hirschfeld az ultraviolett sugaraknak hatását tanulmányozta az aphakhiás s a lencsét tartalmazó szem retinájára s megerősitette *Schulek* azon kisérleti eredményét, hogy a lencse az ultraviolett sugarak nagy részét elnyeli. Szövettani vizsgálatai azt is igazolják, hogy az ultraviolett sugarak a retinát megtámadják.

Goldzieher a Kuhnt-féle conjunctiva-transplantatiót blennorrhoeás fekélyek eseteire is alkalmazza.

Grunert a paraphenylendiamin-mérgezés által okozott szemtüneteket ismerteti. Hajfestőszer alkalmazása vezetett az elváltozásokra, melyek exopthalmus-, chemosis- és tensioemelkedésből állottak. Az orbitalis szövet megduzzadása okozta e jelenségeket. Kisérletileg állatokon előidézve, kiderült, hogy a könymirigyek feketére festvék, a mi oxydatio eredménye. A folyamat vitalis protoplasmafestésnek bizonyult.

Müller a könytömlőgenyedések conjunctivalis eredetének gyakoriságát fejtegeti, egyszersmind trachomás vidékeken a beteg könytömlők kiirtását ajánlja, s ez eljárást a trachoma terjedése ellen fontos eszköznek tartja.

— *A német orvosok és természetvizsgálók 75-ik vándorgyülésén Casselben* a szemészeti osztályban a következő előadásokat tartották:

Gelpke a phakolysis végső eredményeiről referál. 169 operáltja közül 120 állott hosszabb észlelés alatt. Infectio, retinaleválás stb. útján 5% a vesztesége; absolut indicatiót a socialis helyzet nyujt, relativat, ha az üveg valamely okból nem viselhető. A macularis elváltozásokat nem tekinti contraindicationak. Műtéti eljárásul a discissiót ajánlja s a két oldali operálás hive.

Schmidt-Rimpler utal az operálás veszélyességére s csak az egyoldali beavatkozást tartja indokoltnak, ugyanezen okból Raehlmann, Axenfeld is csak az egyik szem myopiáját operálják.

Rauschoff a felnőttek conjunctivitis gonorrhoicája gyógyitására a 10%-os protargolt ajánlja, Raehlmann az argentum nitricum-pálczika korai alkalmazását ajánlja, Stilling meleg borogatásokat; Schmidt-Rimpler a lapispálczika alkalmazásától óva int, de 2% oldatát melegen ajánlja. Szerinte még a blennorrhoea neonatorumról sem lehet mondani, hogy szakértő minden esetben megmentheti a corneát, ugyanezt vitatja Uhthoff is.

Axenfeld a cataracta senilis spontán gyógyulásának mikroskopiai készitményét mutatja be s azon nézetének ad kifejezést, hogy a cataracta morgagniana magára hagyatva rendesen felszivódásra vezet.

Bach a bacteriologikus kutatás jelentőségét fejtegeti a szemészeti operálásokra. A kötőhártyazsák tisztitására a mechanikus öblitést ajánlja, gyenge antisepticum értéktelen, erős oldatok károsak. Az eszközök tisztitására kell a fősúlyt fektetni.

— *Madridban* az új „Instituto oftalmico"-t augusztus 10-ikén nyitották meg, 100 ágya van s teljesen modernül berendezve.

— *Golowin* magántanárt az odessai egyetem szemészeti tanszékére nevezték ki.

— *Colapinto* dr.-t a nápolyi egyetemen a szemészet magántanárává habilitálták.

— *Londonban* „The ophthalmoscope, a monthly review of current ophthalmology" czim alatt új szemészeti folyóirat indult meg Sidney-Stephenson és Devereux-Marshall szerkesztésében.

Budapest, 1903. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kozol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.