

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

*Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetével kapcsolatosan álló Pasteur-intézetből.*

Néhány lázellenes szer egymással való összehasonlításáról és a láz theoriájáról.<sup>1</sup>

*II-dik közlemény. Az antinervin, chininum sulfuricum, bromkalium, carbolsav és hidegvíz-kúra lázcsillapító hatásának magyarázata.*

Közli: Reich Lajos dr., intézeti tanársegéd.

### Az antinervin.

Az antinervinnel az antipyretikus szerek száma ismét egy újjal szaporodott, használatban ugyan még nincs nagyon elterjedve, de remélhetőleg — megfelelővén a célnak — már olesósága miatt — 3-szor olesőbb, mint az antipyrin — elég elterjedésnek fog örvedeni. E szerrel tudtommal rendszeres kísérletek ez ideig nem tettek, sőt még az újabb gyógyszerkönyvekben is alig találkozunk nevével.

A betegágyánál néhány orvos alkalmazta már; így többek között *Drobner* Lembergben asthma nervosum, polyarthriti rheumatica, neuralgia s több lázas, fertőző bántalmaknál (typhus, scarlatina, influenza, pneumonia, pleuritis stb.); *Karpinszky* Berlinben a morphinismusnál fellépő izgatottsági rohamok ellen; *Prof. Maragliano* Genuában mint antineuralgicumot 50 esetben próbálta ki; azt találták, hogy minden kellemetlen mellék-tünetek nélkül jótékony hatással bír úgy a fájdalmak megszüntetésére, mint a láz leszállítására. *Prof. Bozzolo* turini klinikáján 28 esetben, ezek között volt 2 diabetes, 4 fertőző bántalom, 4 polyarthriti, 14 neuralgia, 4 hysteria; *Prof. Woodbury* több neuralgia s astmatikus köhögés ellen; *Prof. Bratfute* (Philadelphia) angina pectoris ellen alkalmazták valamennyien kielégítő sikerrel. *Kaegler* dr. Berlinben az influenza számos eseteiben alkalmazta s mindig meg volt vele elégedve. Kellemetlen mellék-tüneteket nem észlelt, ellenkezőleg mindig jótékony hatásának találta a fej- és hátfájdalmak ellen. Nyolcz port à 0.5 gm. rendelt, melyet 2 nap alatt elfogyasztatva, mindig elegendő volt az influenza megszüntetésére. Ezzel tudomásom szerint ki is merítettem az antinervin irodalmát.

Saját kísérletes vizsgálataim alapján: az antinervin fehér, jegezes por, kissé csipős ízű, utóíze nincs. Hideg vízben rosszul vagy épen nem oldódik, melegben jobban (1:25 arányban), de csak addig marad oldva, míg a víz meleg, mihelyt kibűl, kicsapódik. Aetherben elég jól oldódik. Alkoholban: hidegben 1:10 arányban, melegben 1:1 arányban oldódik. Ammoniak, sósav s más sav nem oldják. Chloroformban is jól oldódik.

Az antinervin, mint tudjuk, acidum salicylicum, ammonium bromatum és antifebrin keveréke, s innen van másik neve is: „salicylbrom-anilid“.

Nehezen oldhatóságát ennél fogva csakis az antifebrinnek

köszöni. Vizsgálva antifebrinre a *Bókai*-féle acetanilid kimutatását célzó indophenol próbát jól adja, t. i. ha 0.1 gm. antinervint 7 kem. sósavval 1 perczig főzve, a tiszta oldathoz 3 kem. vizet és egy csepp folyó carbolsavat öntünk, ezen keverék chlormész-oldattal piros lesz, ha ammoniakkal túltelítjük, indigókék. A chloroform próba az antinervinnel sehogys sem sikerült, t. i. az acetanilidet tartalmazó folyadékot rázzuk chloroformmal, pároltassuk el a chloroformot nagyon kis mennyiségű hydrarg. praecip. alb. jelenlétében, midőn zöld szín reakciót kellene nyerni; próbáltam azután ezen chloroform-próbát tiszta antifebrinnel is, de azzal sem sikerült, így tehát megelégedtem az indophenol-próbával, annyival is inkább, mivel az első vízzeli főzésnél az eprouvetta fenekére leszálló gyöngyök — anilincseppek — mindjárt eszembe juttatták, hogy ezek a cseppek egészen azonosak az antifebrinnel tett kísérleteimmél találtakkal.

Kísérleteim megtétele előtt azon nehézséggel állottam szemben, hogy miután a gyógyszereket nyulaknak bőre alá fecskendezem, nem tudtam milyen vehiculum folyadékot alkalmazzak. Alkohol, aether, chloroform — tudjuk — nem felelnek meg a célnak. Glycerint próbáltam ki ezután s azt találtam, hogy az antinervin hideg glycerinben nem oldódik, forróban elég jól 1:3 arányban; s ennek még azon előnye is van, hogy — ha jól felforr — kihűléskor sem csapódik ki az antinervin; sőt ha még vizet is öntünk hozzá bizonyos mennyiségben, a szer oldatban marad s hatását teljes épségben fentartja. Ez volt tehát az egyedüli s jól megfelelő methodus, melynek segítségével a kísérleteimet pontosan végezhettem.

Előző értekezésemben említettem, hogy a kísérletes vizsgálatokat Högyes tanár által ajánlott fix lyssa virussal intracranialiter inficiált nyulakon, melyeken tudvalevőleg a 4-dik nap végén, illetőleg az 5-dik nap elején egy kísérletileg mindig szabatosan előidézhető állandó magas láz van jelen, végeztem. Ezen láz 3—4 napig fennálva elég alkalmas kísérletekre. Az eljárás abban állott, hogy bizonyos meghatározott mennyiségű antinervint pontosan lemértem, feloldottam megfelelő mennyiségű meleg glycerinben, hozzá vizet töltve, kihűlni hagytam s Pravaz fecskendő segítségével lázas nyulak bőre alá fecskendeztem.

A hőmérés 5—10—15 perczenként történt, a hőmérőt legalább is 7 cm.-nyire vezetve a végbélbe, ott legalább 5 perczig tartva, míg a higany emelkedése teljesen megszűnt.

A használt nyulak súlya 1100—1200 gm. között ingadozott.

A nyulak egyenlő szobahőmérsék mellett szabadon voltak úgy a befecskendezés, mint a hőmérés egész ideje alatt.

Az eredmény az volt, hogy antinervinnél 5 cgm. volt azon minimalis adag, mely már nyulnál a lázas hőmérséklet lázталanná volt képes alászállítani.

A lázталan időszak tartamát illetőleg 5 cgm.:  $\frac{3}{4}$ —1 órai, 10 cgm.: 2 órai, 20 cgm.: közel 4 órai, 30 cgm.:  $6\frac{1}{2}$ —7 órai, 40 cgm.: közel 9 órai, 50 cgm.: 11 órai, 60 cgm.:  $13\frac{1}{2}$ —14 órai lázталan állapotot eredményezett és pedig ez utóbbi adagból 5 eset közül 3 adott 13, illetve 14 órát, 2 pedig végig lázталan maradt. 70 cgm. adagnál 3 eset közül 1 elhullott, 2 végig lázталan maradt; 80 cgm.-nál 5 eset közül 4 elhullott, 1 végig lázталan maradt, 90 cgm. és 1 gm.-nál mind elhullottak.

<sup>1</sup> Előadás a budapesti kir. orvosegyesület VI. rendes ülésén.



Mint említettem, a kísérlet alá vett nyulak mind egyenlő súlyúak voltak, 1100—1200 gm. között ingadoztak. Hogy milyen fontos a kísérlet egyöntetűségére s pontosságára a nyulak egyforma súlyviszonya, bizonyítja többek közt egy külön kísérletem, midőn egy izben egy 2500 gm. súlyú hatalmas nyulnak feeskendeztem be 1 gm. *antinervin*t, mint oly adagot, melytől a rendes súlyú nyulaim (5) elhullottak, ezen nyúl nem hogy elhullott volna, de még végig láztalan sem maradt, hanem 28 órai láztalan állapotot eredményezett.

Példa: 2500 gm. súlyú nyúl, 1 gm. *antinervin*

VIII. 26. este 5 ó. 45 p.	40·2° C.	VIII. 27. 10 ó.	38·4° C.
6 "	39·6° "	11 "	38·6° "
7 "	39·0° "	12 "	38·8° "
8 "	38·5° "	2 "	39·0° "
9 "	38·4° "	4 "	39·0° "
VIII. 27. reg. 6 "	37·8° "	5 "	39·4° "
7 "	37·8° "	6 "	39·6° "
8 "	38·0° "	7 "	39·5° "
9 "	38·2° "	8 "	39·8° "
		9 "	39·8° "
		10 "	40·2° "

Azon kérdést illetőleg, hogy *antinervin* meghatározott adagja mennyi idő alatt nyomta le a lázat, következő az eredmény:

5, 10 cgm.: 1 óra alatt, 20, 30, 40 cgm.:  $\frac{3}{4}$  óra alatt, 50 cgm.:  $\frac{1}{2}$  óra alatt, 60 cgm.: 25 perc alatt, 70 cgm.: 15 p., 80 cgm.: 10 p., 90—100 cgm.: már 5 perc alatt le nyomta a lázat.

A leszállított hőmérsék minimumát illetőleg:

5 cgm.: 39·6° C., 10 cgm.: 39·2° C., 20 cgm.: 38·9° C., 30—40 cgm.: 38·0° C., 50 cgm.: 37·8° C., 60 cgm.: 37° C., 70—80—90—100 cgm. minthogy ez adagok mellett vagy végig láztalanok, vagy elhullottak a nyulak, a hőmérsék-minimum 30—25° C. volt.

Erősségre összehasonlítva: a láz leszállításának idejét tekintve azt találjuk, hogy valamivel gyorsabban szállítja le a lázat mint az antipyrin és natrium salicyl., de mégsem oly gyorsan mint az antifebrin.

A leszállított hőmérsék minimumát illetőleg: a kisebb adagoknál — 0·5 gm.-ig — nem szállítja le a hőmérsékletet oly alacsonyra, mint az antipyrin és natrium salicylicum, de  $\frac{1}{2}$  gm.-on túli adagoknál alacsonyabbra képes reducálni, a nélkül, hogy az antifebrin minimumát elérné.

A láztalan állapot fentartását illetőleg csaknem 2-szer annyi láztalan időszakot ad, mint az antipyrin; s így a natrium salicyl. által adott láztalan időszakot csaknem megközelíti; az antifebrinnél azonban  $1\frac{1}{2}$ -szer kevesebb láztalan időszakot ad.

Az *antinervin*nek ezen említett tulajdonságai közül azt, hogy a lázat elég gyorsan leszállítja s a hőmérsék minimum is alacsonyabb az antipyrin és natrium salicyl. által nyújtottaknál, részben kétségkívül az antifebrin-tartalomnak köszöni; a láztalan állapot idejének meglehetősen tartósságát az ammonium bromatum létesíti.

Hogy tényleg a bromkészítmények képesek hatni a lázra, kísérleteim folyamán bizonyítom be, vele egyszersmind azt is, hogy a bromkészítmények az idegrendszer izgatottságát csökkentvén, idézik elő a láz leszállítását s a láztalan időtartam meghosszabbítását.

Láztábla.

5 cgm. <i>antinervin</i> .		11 óra 30 perc	40·6° C.
Állatsúly 1200 gramm.		12 " —	40·8° "
		stb.	
8 óra 55 perc	41° C.	$\frac{3}{4}$ usque 1 órai láztalan állapot.	
9 " — "	40·7° "		
9 " 10 "	40·5° "		
9 " 20 "	40·2° "		
9 " 30 "	40·2° "		
9 " 45 "	39·9° "		
10 " — "	39·8° "		
10 " 15 "	39·7° "		
10 " 30 "	39·6° "		
10 " 45 "	39·7° "		
11 " — "	39·9° "		
11 " 5 "	40·1° "		
11 " 15 "	40·2° "		

10 cgm. *antinervin*.

Állatsúly 1200 gramm.	
9 óra 50 perc	41° C.
10 " — "	40·7° "
10 " 15 "	40·3° "
10 " 30 "	40·1° "
10 " 45 "	40·1° "
11 " — "	39·7° "
11 " 15 "	39·2° "
11 " 30 "	39·0° "

11 óra 45 perc	39·5° C.
12 " — "	39·3° "
12 " 15 "	39·2° "
12 " 30 "	39·4° "
12 " 45 "	39·6° "
1 " — "	39·8° "
1 " 15 "	40·1° "
1 " 30 "	40·4° "
2 " — "	40·5° "
3 " — "	40·5° "
4 " — "	40·6° "
5 " — "	40·8° "
6 " — "	40·9° "

2 órai láztalan állapot.

20 cgm. *antinervin*.

Állatsúly 1100 gramm.

7 óra 45 perc	40·7° C.
8 " — "	40·4° "
8 " 15 "	39·9° "
8 " 30 "	39·6° "
8 " 45 "	39·3° "
9 " — "	39·2° "
9 " 15 "	39·0° "
9 " 30 "	39·0° "
9 " 45 "	38·9° "
10 " — "	39·1° "
10 " 15 "	39·2° "
10 " 30 "	39·3° "
10 " 45 "	39·5° "
11 " — "	39·5° "
11 " 15 "	39·6° "
11 " 30 "	39·7° "
11 " 45 "	39·8° "
12 " — "	39·8° "
12 " 15 "	39·9° "
12 " 30 "	40·0° "
12 " 45 "	40·2° "
1 " — "	40·4° "
2 " — "	40·3° "
3 " — "	40·5° "

stb.

Közel 4 órai láztalan állapot.

30 cgm. *antinervin*.

Állatsúly 1200 gramm.

8 óra 50 perc	41° C.
9 " — "	40·8° "
9 " 15 "	40·4° "
9 " 30 "	40·0° "
9 " 45 "	39·8° "
10 " — "	39·5° "
10 " 15 "	39·1° "
10 " 30 "	39·0° "
10 " 45 "	38·7° "
11 " — "	38·7° "
11 " 30 "	38·9° "
12 " — "	38·8° "
12 " 30 "	38·5° "
1 " — "	38·1° "
1 " 30 "	38·0° "
2 " — "	38·2° "
2 " 30 "	38·4° "
3 " — "	38·3° "
3 " 15 "	38·4° "
3 " 30 "	38·5° "
3 " 45 "	39·0° "
4 " — "	39·4° "
4 " 15 "	39·5° "
4 " 30 "	39·8° "
4 " 45 "	39·9° "
5 " — "	40·1° "
6 " — "	40·2° "

6 $\frac{1}{2}$  illetve 7 órai láztalan állapot.

40 cgm. *antinervin*.

Állatsúly 1250 gramm.

9 óra — perc	41·4° C.
9 " 15 "	41·0° "
9 " 30 "	40·8° "
9 " 45 "	40·4° "
10 " — "	39·8° "
10 " 15 "	39·3° "
10 " 35 "	38·9° "
10 " 45 "	38·9° "
11 " — "	38·8° "
11 " 30 "	38·6° "

12 óra — perc	38·5° C.
12 " 18 "	39·0° "
12 " 35 "	38·8° "
1 " — "	38·5° "
1 " 30 "	38·6° "
2 " — "	38·4° "
2 " 30 "	38·2° "
3 " — "	38·0° "
3 " 15 "	38·1° "
3 " 30 "	38·4° "
4 " — "	38·4° "
4 " 30 "	38·8° "
4 " 45 "	38·8° "
5 " — "	39·1° "
5 " 25 "	39·5° "
5 " 40 "	39·8° "
6 " — "	39·7° "
6 " 30 "	39·7° "
6 " 45 "	39·8° "
7 " — "	39·9° "
7 " 30 "	40·2° "
8 " — "	40·1° "
8 " 30 "	40·4° "
9 " — "	40·7° "

Közel 9 órai láztalan állapot.

50 cgm. *antinervin*.

Állatsúly 1200 gramm.

8 óra 10 perc	41·0° C.
8 " 20 "	40·8° "
8 " 30 "	40·6° "
8 " 40 "	40·2° "
9 " — "	39·8° "
9 " 15 "	39·5° "
9 " 30 "	39·5° "
9 " 45 "	39·2° "
10 " — "	38·6° "
10 " 15 "	38·4° "
10 " 30 "	38·2° "
10 " 45 "	38·1° "
11 " — "	38·1° "
11 " 15 "	38·0° "
11 " 30 "	37·8° "
12 " — "	37·8° "
12 " 30 "	37·9° "
1 " — "	38·0° "
1 " 30 "	38·4° "
2 " — "	38·6° "
2 " 30 "	38·6° "
3 " — "	38·8° "
3 " 30 "	38·8° "
4 " — "	39·0° "
4 " 30 "	39·4° "
5 " — "	39·7° "
5 " 30 "	39·6° "
6 " — "	39·7° "
7 " — "	39·8° "
7 " 30 "	39·8° "
8 " — "	40·2° "
8 " 30 "	40·4° "
9 " — "	40·5° "

Összesen 11 órai láztalan állapot.

60 cgm. *antinervin*.

Állatsúly 1200 gramm.

8 óra 50 perc	40·5° C.
9 " — "	40·4° "
9 " 15 "	40·2° "
9 " 30 "	39·5° "
10 " — "	38·8° "
10 " 30 "	38·5° "
11 " — "	39·0° "
11 " 30 "	38·5° "
12 " — "	38·5° "
1 " — "	38·0° "
1 " 30 "	38·0° "
2 " — "	37·0° "
2 " 30 "	37·8° "
3 " — "	38·0° "
3 " 30 "	38·4° "
4 " — "	38·6° "
4 " 30 "	38·5° "
5 " — "	38·0° "
5 " 30 "	38·2° "
6 " — "	38·4° "
6 " 30 "	38·6° "
7 " — "	38·6° "
7 " 30 "	38·8° "



8 óra — perc	39·0° C.
8 " 30 "	39·0° "
9 " — "	39·2° "
9 " 30 "	39·5° "
10 " — "	39·8° "
10 " 15 "	40·2° "

13<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—14 órai láztalan állapot; ezen adagnál 5 eset közül 3 esetben kaptam 14 órai láztalan állapotot, 2 esetben végig láztalan maradt az állat.

70 cgm. antinervin.  
Állatsúly 1300 gramm.  
15 p. alatt nyomta le a lázat. 3 eset közül 1 elhullott, 2 végig láztalan maradt.

80 cgm. antinervin.  
Állatsúly 1250 gramm.  
10 p. alatt nyomta le a lázat. 5 eset közül 4 elhullott, 1 végig láztalan maradt.

90—100 cgm. antinervin.

5 perc alatt már lenyomta a lázat, s minden kísérleti állat elhullott 35° C. — 34° C. foknál.

(Folytatása következik.)

### Veleszületett rendellenes szemhéjmozgásról.

Közli: Áldor Lajos egyet. gyakornok.

A budapesti kir. orvosegyesület mult évi november 5-dikén tartott ülésében Goldzieher tnr. mutatott be egy kórképet, melynek lényegét a bemutatót egyén bal felső szemhéján jelenlevő érdekes és ritka mozgási rendetlenség képezte. A felső szemhéj mozgásainak azon sajátosságos abnormitásáról adatok az irodalomban igen gyéren vannak; s habár a brit ophthalmologiai egyesület, midőn 1883-ban Gunn egy az említett analog kórképet mutatott ott be, érdemesnek tartotta egy bizottságnak a kiküldését azon abnormitás valódi okának tudományos megfejtésére, mégis alig találunk nagyobb szakmunkát, melyben e kórkép ismeretes volna, úgy hogy a kérdés teljes literatúrája néhány kiváló észlelő által leírt kórképpel s az azokhoz kapcsolt, az abnormitás okát felderíteni törekvő s többnyire anatómiai alapon nyugvó, de lényegükben egymástól nem nagyon eltérő magyarázatokkal ki van merítve.

Uthhoffnak<sup>1</sup> 1888-ban összeállított, e kérdésre vonatkozó statistikája szerint az addig észlelt és leírt esetek száma összesen 6; ugyanazon év folyamán Bernhardt<sup>2</sup>, majd egy évvel később Laqueur<sup>3</sup> tett közzé egy esetet, melyekhez hozzávéve a Hirschler által még a 60-as években bemutatott kórképet,<sup>4</sup> és Goldzieher tnr. nak nemrég bemutatott és e lapok 4-dik számában közölt esetét, úgy az eddig észlelt és közölt ilyenmű kórképek száma még ma sem több tíznél.

Ezen ritka és érdekes jelenség casuistikáját óhajtom bővíteni akkor, midőn egy a mult év december havában Nagy-Károlyban atyámnak magángyakorlatában előfordult és általam is megfigyelt rendellenes szemhéjmozgás egy esetét az ő megbízásából közlöm.

B. István, 11 éves tanuló, egészséges szülők gyermeke, izomzata feltűnően jól fejlett. Semmiféle betegségben eddig nem szenvedett. A jobb felső szemhéjnak abnormis és a csinos külsejű gyermek arcát eléktelenítő, a rágást kísérni szokott mozgásai a gyermek szüleinek állítása szerint veleszületettek. E rendellenes mozgások lényege abban áll, hogy valahányszor rágásnál alsó állkapcsát lefelé mozgatja, ugyanakkor felső szemhéja felfelé mozog, nyitja a szemet, úgy hogy a szaruhártya felső harmada felett a sclerának 2 és 1/2 mm. széles csíkja a felső szemhéjtől fedetlen marad; viszont, ha az alsó állkapocs nyugalmi helyzetébe tér vissza, vele együtt a felső szemhéj is előbb elfoglalt magas helyzetéből visszaesik s normalis állását foglalja el.

Ezek a mozgások a rágási műveletnél mindig a legnagyobb szabályszerűséggel synchronice lépnek fel, legfeltűnőbbek akkor, ha a beteg mindkét szemét lefelé irányítja. Érdemesnek tartom a felemlítésre, hogy e mozgások annyiban állanak bizonyos gátló befolyás alatt, a mennyiben a beteg akaraterjének teljes igénybevételével e mozgásokat 10—15 másodpercire képes felüggeszteni.

A jobb felső szemhéjnak ezen mozgásai csupán rágásnál jelentkeznek; nem észlelhetők beszéd közben s nem idézhetők elő az állnak sem jobb-, sem balfelé való tologatása által sem, mint Uthhoffnak<sup>1</sup> egy 19 és Gunnek<sup>2</sup> egy 15 éves leányon volt alkalma észlelni azt a jelenséget, hogy felléptek az illető szemhéjnak mozgásai az állnak jobbfelé, míg kimaradtak az állnak balfelé való tolásánál. A szemhéjak állása különben teljesen normalis, ptosisnak nyoma sincs. Jelen van a jobb szem felső egyenes szemizmának paresise, a két szem együttmozgásánál s fixirozásánál, pl. olvasásnál a jobb szem hamar kifárad és be- és a horizonta is siktól 5—8° nyira lefelé eltér.

A látás különben mindkét szemem egyformán éles; a szemfenéken semmi pathologikus elváltozás ophthalmologiai nem található.

A két szem látása egyforma, középtág, fényre és alkalmazkodásra jól reagál. Mindkét nasolabial-barázda jól kifejlesztett és egyforma mély. Az arcizmok jól fejlettek, contractura egyikén sem észlelhető. Kettős látás nincs jelen, fonákérzések-ről a beteg sem panaszkodott.

A mi ezen jelenség irodalmát illeti, kiváló szemészünk Hirschler volt az első, a ki már két decennium előtt észlelt egy esetet, a hol is a veleszületett abnormitás egy fiúcska bal felső szemhéján volt jelen s később minden művi beavatkozás nélkül elmúlt.<sup>3</sup> A német birodalomban csak 1888-ban kezdtek néhány ilyenmű kórképet publikálni. Adamük<sup>4</sup> egy 40 éves apácán észlelte a jelenséget; az irodalomban ez az egyedüli eset, a hol az abnormitás mind a két szemhéjra vonatkozik; a bántalom veleszületett volt. Fränkel<sup>5</sup> egy 7 éves különben teljesen egészséges leányon észlelte a jobb felső szemhéjnak az alsó állkapocs rágómozgásaival synchronikus mozgásait.

Uthhoff esetében az abnormitás egy 19 éves leánynak bal szemhéjára vonatkozott. A beteg hozzátartozói a leány 6 éves korában észlelték, hogy a bal felső szemhéj felfelé mozog, ha az állkapocs rágásnál a száját nyitja, s lefelé, ha az állkapocs csukja a száját. Jelen volt ugyanazon szemnek ptosis. Ez esetben a szemhéjak említett mozgásai felleptek akkor is, ha az áll jobb felé lett tolvá, míg ellenben kimaradt annak balra tolásánál. Jelen volt még a bal belső egyenes szemizomnak jelentékeny insufficienciája. Feltűnő ez esetben az is, hogy szájnýtásnál az orr-ajkbarázda mélyebb, erélyesebb szemesukások, valamint a száj csücsorításánál, pl. füttyölés közben a bal szemhéjnasadék valamivel kisebb lesz. E beteg panaszát az is képezte, hogy jobb fülét a balnál melegebbnek érzi, s hogy a bal fül mindig vörösebb mint a jobb.

A ptosisra és a szemhéjak mozgásaira vonatkozólag az említettekhez hasonló két esetet írt le egy 17 és egy 14 éves leányról Helfreich<sup>6</sup> is; az anomalia egyik esetben a bal-, másikban a jobb szemhéjra vonatkozott s mindkét esetben az illető szemhéj ptosis volt jelen, mely azonban az idősebb leánynál nagyobb fokú volt s ugyancsak annál a felső egyenes szemizomnak paresise mutatkozott, a mennyiben a szem felfelé mozgatását a beteg csak igen nehezen volt képes eszközölni. Gunn egy 15 éves leánynak bal szemhéján észlelte a rendelleneséget s avval együtt ptosis; az állapot ez esetben is veleszületett volt s Gunnek is sikerült a bal felső szemhéjnak mozgásait akkor is észlelni, a midőn az áll jobbra lett tolvá. Helfreichnek a heidelbergi ophthalmologiai társulat ülésén tartott előadása kapcsán Fuchs felemlített egy általa észlelt és a Helfreichével annyiban analog esetet, a mennyiben egy 35 éves férfi bal szemhéján veleszületett abnormális mozgások voltak jelen, melyek azonban nemcsak a rágással, hanem beszéd közben is jelentkeztek. Ptosis itt nem volt jelen, a mint azt esetünkben mi sem észleltünk.

1888-ban Bernhardt is közölt ilyenmű veleszületett s a bal szemhéjra vonatkozó anomaliát. Legutóbb e lapok ez évi 4-dik számában Goldzieher tnr. tól jelent meg közlemény e tárgy-

<sup>1</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nr. 36.

<sup>2</sup> The Lancet. 1883. II. Ar. 3.

<sup>3</sup> Goldzieher: A szemészet könyve 70. lap.

<sup>4</sup> Adamük: Klin. Monatsblätt. f. Augenheilk. 1889. 191. l.

<sup>5</sup> Zehender-féle Monatshefte. 1888.

<sup>6</sup> XIX. Sitzungbericht der Heidelb. ophth. Gesell. 1887. 82. ol.

<sup>1</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nr. 36.

<sup>2</sup> Centralblatt für Nervenheilkunde. 1888. Nr. 15.

<sup>3</sup> Centralbl. für pract. Augenheilk. 1890. 317. l.

<sup>4</sup> Goldzieher: Therapie der Augenkrankh. 1881. 273. old.



ról, mely egy kétéves, különben egészséges fiúcskáról szólt, kinek bal szemhéját illeti az anomalia s ugyanazon ptosis van jelen.

A mi a jelenség okát illeti, Helfreich s utána Bernhardt állították, hogy ezen abnormitás az agyisak felett a Sylvius-féle zsilip kezdetének fenekén elhelyezett oculomotorius-mag elülső a szemhéjemelő és a felső egyenes szemizmot innerváló részének hiányos beidegzésén és a 3. és 5. agy-idegpárok abnormis összeköttetésén alapul. Helfreich szerint ily esetekben a szemhéjemelő izom a szemmozgató-, az arc- s a háromszatú idegek által idegeztetik be. Egy eset kivételével azonban az illető szemhéjnak mozgása mindig csak a rágással jelentkezett együtt s nem beszéd közben; így tehát igaz van Bernhardt-nak, hogy a facialisnak e jelenség magyarázatában szerep egyáltalán nem tulajdonítható; hogy a trigeminus és az oculomotorius között van csak az összeköttetés, a mellett az a körülmény, hogy egyes esetekben jelentkeztek a szemhéjmozgások az állnak oldalra való tolásánál is, szintén csak bizonyító erejű, mert hisz az állnak ezen mozgásait a röpizmok végzik, melyeket szintén a trigeminus 3. ágá innervál s ép úgy rágó-izmok, mint a biventer, a myloés a geniiohyoideus.

Adamtük a jelenséget a szemürben létrejövő visszeres pangás eredményének tekintik s úgy magyarázza, hogy valahányszor a rágó-izmok összehúzódnak, ezen összehúzás következtében a rajtuk futó és a szemür visszereivel összeköttetésben levő vénákra kisebb-nagyobb nyomás gyakoroltatik, mely nyomás hoz létre pangást a szemürben.

E magyarázatokkal szemben Högyes tnr. e jelenséget mint reflexfolyamatot fogja fel, mely az alsó állkapocs izületéből vagy a labirintból váltathatik ki. Ez érdekes magyarázat jogosultságában csak nyer, ha számba vesszük, hogy e jelenség irodalma immár két esettel rendelkezik, melyeknél e rendellenes mozgás az illető szemhéj ptosisa nélkül észleltetett, s hogy publikálva lett egy eset, hol az abnormitás mindkét szemhéjon jelen volt. Goldzieher tnr. első ilyen esetét szintén reflex úton létrejött „hunyoritási görcsnek“ tekintette. Stellwag<sup>1</sup> már 1868-ban megjelent munkájában említi, hogy gyakran észlelte a szemhéjak görcsös összehúzását a trigeminus elágazási területén gyakorolt nyomásokra fellépni s a szemhéjgörcs addig tartott, míg maga a nyomás.

A mi e jelenség statistikáját illeti, eddig 12 eset lett közölve; 7 esetben nő és 5-ször férfi volt az észlelés tárgya; 8 esetben a bal, 3 esetben a jobb s egy esetben mindkét szemhéjon volt jelen az abnormitás. A rendellenesség valamennyi eddig észlelt esetben veleszületett volt, kivéve a Helfreich által közölt két esetet, melyekről Helfreich közleményében semmi felvilágosítást a jelenség keletkezési idejére vonatkozólag nem találunk.

### *A phthisis és tuberculosis közötti viszonyról.*

Karika Antal dr.-tól.

Mióta tudva lett, hogy a gümőkört a gümöbacillusok idézik elő, Niemeyer azon állítása, hogy a tuberculosis és phthisis különböző kórfolyamatok, úgy látszik teljesen feledésbe ment.

Jelenleg tüdőgümőkór és tüdőphthisis általánosan egy értelemben használtatik, s legfeljebb azon különbséget teszik közöttük némelyek, hogy a gümőkór magasb fokát nevezik phthisisnek.

Niemeyernek azonban az én meggyőződésem szerint is igaz van. A gümőkór és phthisis noha egymással szoros viszonyban állanak, egymástól mégis különböző eredetű s természetű kórfolyamatok.

A két különböző kór gyógy módjának is e szerint különböznek kell lenni, s épen ezen különbségnek figyelembe nem vétele főoka annak, hogy sem a gümőkór, sem a phthisis ellen nem vagyunk képesek mindeddig sikeres gyógy módot

megállapítani. Különösen az újabb időben több tekintélyes gyógyász által megkísérlett s ajánlott gyógy módok meghiusulása, melyek mindnyájan egyedül s egyoldalúlag a gümöbacteriumok elpusztítása által vélték a gümőkór gyógy módjának kulcsát megtalálni, ösztönöz arra, hogy szaktársaimat itt említett tévedésük iránt felvilágosítandó kísérletet tegyek a gümőkór és phthisis közt létező viszony felderítésére, mit hogy könnyebben elérhessek, szükségesnek látom tüzetesen kifejezni, hogy nézetem szerint miben áll s honnan ered a szoros értelemben vett gümőkór, s a tulajdonképeni phthisis.

A felett vitatkozni, hogy a gümőkór kifejlődésének fő okai a gümöbacteriumok, mainap már nem lehet. Az e tekintetben létrejött általános megállapodáshoz ennél fogva egyelőre csak az a megjegyzésem van, hogy nézetem szerint a gümöbacteriumok nem egyedüli, s nem mindenkor elsőd okai a gümőkór-nak. Azon mód felett, melylyel a bacteriumok a gümösödési folyamatot előidézik, még eltérők a nézetek. E részben legvalószínűbbnek tartom, mint már mások is megjegyezték, hogy a gümöbacteriumok ptomainje az általa közvetlen érintett edénymozgató s tápidegekre, sőt ha a bacteriumok nagyobb tömegben támadják meg a szervezetet, vagy ha a gümőkór előfeltételei nagyobb mértékben megvannak valamely szervezetben, hosszabb vagy rövidebb idő alatt az összes tenyész-idegrendszerre gyengítőleg, bénítólag hat. Az edénymozgató s tápidegek gyengülése az edényfalak ellazulását, ez pedig a vérsavó alkatrészeinek átszűremkedését vonja maga után, s az így képződött saját nemű izzadmány szolgáltatja a bacteriumok továbbfejlődése részére a szükséges tenyészanyagot (Nähr-Boden). A ptomainnek tehát az a rendeltetése, hogy általa a bacteriumok a nekik megfelelő tenyészanyagot előállítsák, a mely szervezetben ezen tenyészanyagot nem képesek előteremteni, vagy azt már készen fel nem találják, abban nem képesek megélni, de ennek folytán, mivel a tenyészanyagot szolgáló izzadmányból képződik a gümőanyag, gümőkört sem képesek előidézni.

Nézetem szerint tehát a gümőkór fejlődésmenete a fertőzésből származó esetekben főbb vonásaiban a következő: A bacteriumok ptomainje valamely — még nem eléggé ismert módon — a táp és edénymozgató idegek erélyét lehangolja. Az idegerély hanyatlásának physiologiai következménye az általuk beidegzett edényfalak ellazulása. Ennek ismét kétféle következménye van, ú. m.: *először* az ellazult edényfalak a vérnyomás következtében kitágulnak, s ennél fogva az inficiált egy vagy több kisebb-nagyobb területen passiv vérpangás vagy lob keletkezik; *másodszor* az ellazult és kitágult edényfalakon a vértömeg némely alkatrészei átszűremkednek, mely saját nemű izzadmányban a bacteriumok a tenyésztestükre szükséges anyagot nyerik, s a melyből egyszerűen folyósabb alkatrészei felszivattván, az elhaló bacteriumok maradványai-ból a gümőanyag képződik, melyből ismét a gümőkór későbbi ismert phthisisai fejlődnek. A gümőkór kifejlődésében e szerint leglényegesebb változások az idegerély elgyengülése s az edényfalak kitágulása, illetőleg az ebből keletkező passiv lob. Ezek képezik a gümőkór alapját, a bacteriumok csak mint serkentő okok szerepelnek, a gümőtelepek pedig mint körtermények tekintendők.

A gümőkór azonban akár az itt előadott, akár más módon keletkezzék is, magában véve még nem phthisis. Ha a phthisis szó értelmét, a mi a szervezet anyagának többé-kevésbé gyors felemésztődését jelenti, betű szerint vesszük is, a phthisis elnevezés formailag csak akkor illeszthető a tuberculosisra, mikor ennél az említett elsoványodás nagyobb mérvben bekevertetett. De phthisis név alatt mégis különös saját nemű elsoványodást értünk, mert a szervezet anyagának több más betegegéek folytán előidézett sorvadását nem nevezük phthisisnek. Ismeretes továbbá, hogy a tuberculosis hosszabb ideig fennállhat, mint ezt számos önként gyógyult gümőkór-eset bizonyítja, a nélkül, hogy hozzá phthisis járulna, míg másrésről a phthisis is fennállhat tuberculosis nélkül, mint ezt számos sorvadtt kilemű s méltán phthisikusnak nevezett egyéneknél tapasztaljuk.

<sup>1</sup> Stellwag: A gyak. szem. tkönyve. 1868. 721. l.



Annak tehát, hogy a phthisis nem minden esetben szegődik a tuberculosishez, hogy egyik egyénnél előbb, a másik egyénnél később következik be, hogy továbbá a phthisis foka igen gyakran nem áll arányban a tuberculosis fokával, külön saját okának kell lenni, minélfogva nem, vagy nem egyedül a tuberculosisból s ennek okától ered.

A phthisis eredetét azonban nem a már kifejlett tuberculosisban szenvedőkön kell keresnünk, kiknél a sorvadás előidézéséhez sokféle tényező közrehatnak, hanem oly egyéneken, kiknél gümőképződés, láz, nehézlégzés stb. még nem lépett fel, s viszonylag egészségesek, minél a mellett hogy phthisikus jelleg határozottan felismerhető rajtuk, s kiktől tudva van, hogy többnyire előbb vagy utóbb gümőkórban fognak szenvedni.

Az úgynevezett phthisikus alkat (consistutio) körjelei eléggé ismeretesek, közöttük azonban szerintem legjellemzőbb a phthisis eredetére s lényegére legtöbb világot derít az izomerély sajátzerű csökkenése, mely hasonló viszonyok közt csakis már kissé fejlettebb phthisikus alkattal bíró egyéneken észlelhető. Ezen egyének még mielőtt szervezetük nagyobb mértékben elsoványodva lenne, látszólagos élénkségük mellett is kisebb-nagyobb mértékben lomhák, nagyobb erő kifejtését igénylő munkától idegenkednek, s ha mégis ilyenhez kezdenek, csakhamar ellankadnak; de legszembetűnőbb jele az izomerély hanyatlásának ily egyéneknél a test roskatag, görnyedt tartása, különösen a hátuk a lapoczsontok feletti sajátos görbülése, kidomborodása, s ennek következtében a nyaknak és fejnek előrehajlása. Ezen különös lankadság, mint érintetem, még aránylag egészséges egyéneken tapasztalható, tehát nem következménye, hanem előzménye a betegségnek, vagyis a gümőkórnak, s ennélfogva különbözik a betegség vagy más kimerítés által előidézett roskatagságtól. A már gümőkóros egyéneken ezen izomerélycsökkenés természetesen nagyobb, észrevehetőbb fokban van jelen, nevezetesen a mellizmokban, mint ismeretes, egész a bénulásig fokozódik, mely bénulás kiterjed a tüdők ruganyos rostjaira is, minek következtében ezek azon helyeken is, a hol a gümösödéstől nincsenek megtámadva, némileg összeszűnnek s ez által a légfelvételt szintén csökkentik.

A phthisikus alkat ezen legkiválóbb körjelének, vagyis izomerélycsökkenésének, s így magának a phthisisnek is oka nézetem szerint nem lehet egyébben, mint a tápidegek erélytelenségében, mint a melyektől az izomsejtek és izomrostok táplálkozási képességüket s energiájukat nyerik. A tápidegek ezen energiabiánya phthisikus alkatú egyéneknél különben is felismerhető már kora gyermekégtől idejétől fogva. Igen fel fogható, hogy a tápidegeknek a tenyésztet ezen legfinomabb gyökérszállainak gyengesége a test táplálkozásának, fejlődésének hiányosságát, és a szervezet elgyengülését, sorvadását kell magában is phthisis, mely gümöfertőzés nélkül is létre jöhet, s szembetűnő elsoványodás (phthisikus testalkat) alakjában hosszabb ideig fennállhat. De mivel ezen ideggyengeség a sorvadásnak azon végkimerítésig terjedő s többnyire halálos kimenetű fokát, melyet phthisis név alatt értünk, egyedül s önállólag tapasztalat szerint nem éri el, hanem rendszerint csak akkor fejlődik ily szoros értelemben vett phthisissé, ha hozzá még egyéb a szervezet anyagát s erejét emésztő kórfolyamat társul: ennélfogva az ideggyengeséget, akár kisebb, akár nagyobb fokban van is jelen, egyelőre csak úgy tekintetjük mint kórhajlamot, mely phthisis kifejlésztésére más kórgerjesztő okok részére az alapot szolgáltatja.

A phthisikus hajlam ezek szerint a tápidegek erélytelenségén alapul, mely nagyobb fokban kiterjed az edénmozgató, sőt az egész tenyészidegrendszerre. Könnyen érthető, hogy ha ezen ideggyengeséghez még más oly kórfolyamat is társul, mely a szervezet anyagát s erejét szintén emésztí, az ideggyengeségben már magában is benne rejlik phthisisnek teljes erővel ki kell fejlődnie. Az is önként látható, hogy minél nagyobb az ideggyengeség, a közbe jött kórfolyamat annál gyorsabban mozdítja elő a phthisis kifejlődését. Innen magyarázható meg a phthisis és tuberculosis fokaik közt gyakran észlelhető aránytalanság, melyről fentebb említést tettem. Nagyobb fokú

ideggyengeségnél ugyanis csekélyebb mérvű gümösödés is gyorsan idézhet elő sorvadást, míg erősebb idegzettieknél a tuberculosis nagyobb arányokat ölthet, mielőtt jelentékenyebb phthisis lépne fel.

Mondottakból az is következik, hogy a phthisikus hajlamból nemcsak a gümőkór, hanem más betegségek is fejleszhetnek, s fejlesztenek is ki phthisist, mely phthisikus hajlamhoz társult betegség minőségéhez képest más és más jelleggel s lefolyással bír. Mivel azonban a phthisis leggyakrabban s legjellegzőbben gümőkór társaságában jelentkezik, innen szokássá vált csak a gümőkór nyomában fellépő sorvadást nevezni phthisisnek. A két kórfolyamat ezen gyakori szövetkezésének okait s egymáshoz viszonyát még bővebben kell ismertetnem; előbb azonban, mivel a phthisikus hajlamon kívül gyakran van szó gümőkóros hajlamról is, szükségesnek látom az ezen utóbbira vonatkozólag is némely megjegyzéseket tenni.

A gümöbaccilusok felfedezése előtt az orvosi tudomány szent dogmaként vallotta, hogy a tuberculosis nem ered egyéből, mint saját gümőkóros discrasiából, mely egyedül teszi az egyéneket a gümőkór iránt hajlamossá. Ez a vakhit erős tiszteletben állott még néhány év előtt is.

Csak 1884-ben hirdette ki a bécsi „*Doctoren-Collegium*“ értekezlete először nyilvánosan, hogy mivel most már gümöbacteriumaink vannak, nincs szükségünk többé discrasiára. A gümőkóros diathesis lételet azonban még ezen értekezlet is elismerte.

Jelenleg már a diathesis is kiment divatból, legalább nem emlegetik, sőt miután általánossá lett az a vélemény, hogy a gümőkórnak egyedül a gümöbacteriumok az előidéző okai, sokan a gümőkórra hajlam létezését is kétségbe vonják. Ez mindazáltal már túlzás. Gümőkór iránti hajlamnak kell léteznie, mivel kétségtelen, hogy van gümőkór elleni immunitás is. Tények igazolják, hogy számos egyén a fertőzésre legkedvezőbb körülmények közt is ment marad a gümőkórtól, míg mások a fertőzés elleni gondos óvakodás dacára is megtámadtatnak e bajtól.

Arra, hogy miért fertőzhető egyik egyén nehezen, a másik könnyebben, máskülönben egyenlő feltételek mellett is? nincs más válaszunk, mint hogy egyik egyének kisebb, másiknak nagyobb hajlama van a gümőkórra.

Itt azonban a legnehezebb s eddig meg nem fejtett kérdések egyike előtt állunk, t. i.: hogy miben áll, min alapszik tehát voltaképpen ez az immunitás, s ez a hajlam?

Míg discrasia s diathesis létezését tettük fel, addig ezen kérdésre egyszerűen azt mondhattuk, hogy a tuberculosis iránti hajlam a gümőkóros discrasián alapszik.

Jelenleg már bebizonyult, hogy sem discrasia, sem diathesis (tuberculotica) nem létezik, minél fogva kénytelenek vagyunk a hajlam és immunitás okát másutt keresni, a mit azonban még eddig nem sikerült feltalálni. Újabb időben igen mélyre ható s elmés tanulmányok tettek annak a feltevésnek igazolására, hogy a vérnek bizonyos alkatrészei bacteriumölő tulajdonsággal bírnak. A mint látható, ezen elmélet visszaesés a régi discrasia elméletéhez, de valamint a régi discrasiánál, úgy ezen újabb feltételezett vérvégynél sem sikerült eddig kimutatni, hogy vannak-e a vérnek tényleg ily bacteriumölő alkatrészei, s melyek azok.

A phagocytáknak, ezen legősőbb zsandároknak újabb időben ismeretessé lett bámulatos és dicséretes tevékenysége is a szervezetbe törő bacteriumok elfogdosása körül nem elégséges az immunitás okának felderítésére. Mindezen kutatások eredménytelenségénél fogva tehát meg kell maradnunk azon régi, különben nem észszerűen érv mellett, melylyel a gümőkór elleni mentesség okát eddig is megfejtteni kényszerültünk, hogy t. i. erőteljes szervezet a gümőkóros fertőzésnek ellene képes állani. Ezen elméletnek a tapasztalat ugyan ellene mond, mivel elég példáját látjuk, hogy erős testalkatú, jól táplált egyének is bele esnek és elpusztulnak a gümöbetegekben, míg számos vézna, gyenge testalkatú egyén ment marad tőle. Mindazáltal, tekintve, hogy erős szervezetű egyének is lehet, s tényleg van is, gyenge idegzete, ellenben gyenge testalkatban is létezhet erős idegzet; ennélfogva fentebbi nézet mégis fennállhat azon módosítással, hogy erős idegzet ellene képes



a gümőfertőzésnek állani, vagyis erős idegzetet a gümöbactilusok ptomainje nem képes meggyengíteni, megbénítani.

Nézetem szerint ezen hypothesis érvényét a gümőkór fejlődése körül észlelt mozzanatok kiválókép támogatják. A legtöbb valószínűség a mellett bizonyít ugyanis, hogy a bacteriumok a gümőkóros folyamatot, nevezetesen ezen folyamat első fejleményét, a véredényfalak elernyedését, az edénymozgató idegekre gyakorolt bénító hatáuknál fogva idézik elő; kétségtelen, hogy minél gyengébbek, azaz erélytelenebbek a megtámadott idegek, annál könnyebben és előbb elbénulnak, s mivel a tapasztalat azt tanúsítja, hogy a bacteriumok toxinja nem minden esetben képes e bénulást előidézni, ebből önként következik, miszerint ahhoz, hogy a gümőfertőzés idegbénulást, s ennek alapján gümőkóros folyamatot idézhessen elő: bizonyos fokú ideggyengeség előzetes jelenléte szükséges. Ismeretes továbbá, hogy a gümőkór legtöbbször ideges ideggyenge egyénekben szokott fellépni, és többnyire oly testrészekben kezd kifejlődni, melyek már valamely más betegségtől is meg vannak támadva, s ennél fogva feltehető, hogy idegzetük is némileg meg van gyengülve, és kevésbé ellenállóvá téve van. Felemlíthető itt továbbá az a körülmény is, hogy a gümőkór gyakorta nagyobb terjedelemben lép fel fiatal, még fejlődésben lévő, mint már teljesen kifejlett s megszilárdult idegzetű egyénekben, s hogy a gümőkór általános terjedése egyenlő lépést tart az idegesség terjedésével. Tudva van végre, hogy az ideggyengeség örökölhető, átszarmazhat egyik nemzedekről a másikra. Ebben tehát feltalálhatjuk azt a mesés diathesist, melyet eddig úgy képzelünk, mint valami láthatatlan, kimutathatlan anyagot, mely az egyékekkel velük születik, s szervezetükben mindaddig ellappang, míg valamely gerj által életre ébred, s kifejlődésnek indul, melyet az újabb tudomány, mint képtelenséget elvetett, de a melyről mégis meggyőződhetünk, hogy létezik, nem ugyan a vér nedvtömegében, hanem az idegrendszerben, s nem mint anyag, hanem mint működési zavar, erélytelenség, melyről úgy pathologiailag, mint klinikailag kimutatható, hogy létezik, hogy az egyékekkel velük születik, hogy bennük évek hosszú során át ellappang, s betegséggé, illetőleg gümőkórrá csak akkor fejlődik, ha kedvező alkalom, nevezetesen gümőfertőzés által indíttatik erre. Igen valószínű e szerint, hogy a gümőkóros hajlam ideggyengeségen, és pedig első sorban a trophikus s vasomotorius idegek, nagyobb mérvben pedig az egész tenyészidegrendszer gyengeségén alapszik. Ebből azonban az tűnik ki, hogy a gümőkóros hajlam egy és ugyanaz a phthisikus hajlammal, vagyis gümőkóros hajlam tulajdonkép nem létezik, hanem a gümőkóros folyamat is a phthisis hajlamból fejlődik ki. (Folytatása következik.)

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### *Biharmegyei orvosgyógyyszerészi és természettudományi egylet.*

1893. Januári szakülés.

1. Kornstein Lajos dr. „Retropéritonealis tályog két esete“ czimén a következő kórrajzokat közli:

I. Sch. N., 35 éves, középnagyságú, jól táplált, 15 év óta férjezett, 5 gyermeknek anyja, nagymérvű hysterika, mult év márczius havában folyamodott hozzám orvosi segélyért, azon panaszszal, hogy a jobb vese táján fájdalmai vannak. A vizsgálat akkor, 4 hónapos terhességen kívül, más tárgyilagosa okot az említett panaszra nem tudván kideríteni, terheseknél előforduló vöngálási jelenségeket vettem fel, langyos fűrdőket és gyöngéd masszaget rendeltem. A beteget ezután hosszabb időn át nem látván, midőn vele egy alkalommal ismét találkoztam, a néhány hétig tartó javulás után, a fájdalmaknak újabb s még nagyobb mérvű jelentkezését és azoknak a jobb alsó végtagon a nervus cutaneus femoris externus mentén való kisugárzását panaszolá. A vizsgálat a terhesség normalis haladásán kívül mást ekkor sem tudott kimutatni. Később az említett tünetesoporthoz a jobb czomb külső felté-

letén egészen körülírt, szabatosan meghatározható 6 □-cm. területen jelentkező bőranaesthesia, a jobb alsó végtagoknak korlátolt activ mozgási képessége csatlakozott. A rendkívül kinos terhességnek végre augusztus 24-dikén egy normalis lefolyású szülés vetett véget, mely után beteg megkönnyebbülve, mintegy 10 napon át csaknem teljesen jól érezte magát. Ámde a lumbalis fájdalmak csakhamar kiújultak, sőt oly intenzívek lettek, hogy narcotikus szerek adagolásához kellett fordulnom. Vizsgálatnál már ekkor a jobb bordaív alatt, a máj alsó szélétől kontatás és tapintás által tisztán el nem különíthető rendetlen alakú és határozatlan kiterjedésű, a mélyben fekvő resistentiát lehetett kiérezni, melynek természetére nézve a tanácskozára meghívott *Berkovits Zsigmond* kartársal nem tudtunk megállapodásra jutni.

Mintegy 2 héttel ezután, tehát a szülés után 4 héttel, a közetkező jelen állapot volt felvehető: a jobb láb a csípőizületben tompa szög alatti hajlásban van, passiv kinyújtás lehetséges, de fájdalmas. A has jobb oldalán, a bordaívól lefelé mintegy férfitenyérnyi terjedelmű resistencia, a jobb vesetájon az utolsó bordától csaknem a csípőtarajig terjedő lapos, félgömb alakú dag, mélyen, bár nem minden kételyt kizárólag, hullámzás érezhető. A dag érintésnél rendkívül fájdalmas, fölötte a bőr változatlan. Láz nincs. Tengéleti működések zavartak: étvágy nincs, állandó hasmenés, néha hányás. Vizeletvizsgálat semmi eltérést nem mutat. A nemi szervek rendes állapotban, méh jó involutióban. Beteg lesóványodott, arczkifejezése aggályos.

Az orvosi tanácskozás még ekkor sem tudott határozott kórismét megállapítani; retroperitonealis tályog volt jelen, de combinatióba lehetett hozni: 1. egy paranephritikus tályogot, bár a hügyvizsgálat eredménye s a vesék részéről mutatózó kóros tünetek teljes hiánya e felvétel ellen szólt; 2. egy a máj, a bordaívek, a csigolyákból kiinduló tályogot, sőt egy esetleg gyomorfejkély átfuródásából származott stüledési abscessust, bár ezek felvételére mindennemű támpont hiányzott; 3. paratyphlitis ellen szólt, hogy a fájdalmak a vakbél táján nem voltak oly hevesek, nem a czomb hátsó felületére kisugárzó; szóba jöhetett 4. a psoas vagy az iliacus tályoga, de a csípőizület kifeszítésének lehetősége ebbeli feltevésünket nem igazolta; legvalószínűbbnek mutatkozott 5. egy parametritis jelenléte, mely lappangó fellépésénél vehemensebb tüneteket nem mutatott s felkuszva a retroperitonealis ürbe, ott tályoggá alakult. A dag további lefolyásában óriási tályoggá fejlődött, nemcsak a lumbalis tájékon domborodott ki, de a hasür jobb oldalát egészen kitölté. Mult év október 17-dikén *Konrád Márk*, *Berkovits Zsigmond* és *Nemes Aron* kartárs urak jelenléte és segédkezése mellett a tályogot megnyitottam oly formán, hogy szigorú antiseptikus cautelák mellett hátul a csípőtaraj felett, ettől mintegy 1½ cm.-re, 2 cm. hosszú, hosszirányban haladó nyílást készítettem, s a tályog bennékét, mintegy 1½ liter véres, sok necrotikus czafattal vegyített genyet kiírtettem. A nyíláson behatolt ujj fel- és lefelé elmentallást érez, míg lefelé vezetve, a retroperitonealis ürben vész el. A geny kiírtése után gyenge sublimat-oldattal kiöblítés, a retroperitonealis ürbe egy vastag 15 cm. hosszú drainsó sülyesztetik. A tályog megnyitása után beteg nagy könnyebbülést érez, 8—10 nap után az excitantiákkal és roborantiákkal tartott beteg már az ágyban kevés segítséggel felül. Az utókezelés a hashártya mögötti ürnek előbb minden napon, később minden másodnapon sterilizált vízzel való kiöblítéséből állott. Jelenleg beteg fenn jár, a seb teljes gyógyulása csak napok kérdése.

II. Egy sajtóságos véletlen úgy hozta magával, hogy a leirt eset észlelése közben egy másik retroperitonealis tályog került észlelésem alá. A beteg egy G. L. nevű 17 éves hajadon, ki 1892. november 29-dikén vétetett fel a nagyváradi izr. kórházba. Kórelőzményül felhozza, hogy 1 év óta a jobb oldalon derékfájást érez, ez ellen orvosa hasztalan rendelt külsőleg bedörzsölésre szolgáló szereket. 3 hó óta az említett tájon terimenagyobbodás jelentkezett, mely az utolsó két hétben rohamosan növekedik. Felvételnél a középtermétű, korához képest jól kifejlett nőbeteg arczsine halvány, izomzata petyhüdt,



esontrendszere alaki eltérést nem mutat. A jobboldali utolsó borda és a csipőcsont között hátul a gerincoszlop mellett egy nagy férfikölnyi, elmosódott határu terimenagyobbodás látható, mely felett a bőr halavány színezetű, tapintata puha, határozott fluctuatiót nem mutat. Mindezek lobos természetű terimenagyobbodásra engedvén következtetni, a tályog december 2-dikán megnyitott, mely alkalommal liternél több zöldes színű, bűzös geny ürült ki. A tályog felnyitása után a behatoló ujj csak felfelé tudott a retroperitonealis ürbe behatolni, még pedig oly mélyen, hogy az ür végét az ujj nem érthette el. Az üregbe ujjnyi vastag drainsócs illlesztetett be, melyen át naponként, később másodnaponként sterilizált vízzel fecskendések történtek. Már egy hét után a draint jelentéke nyen meg kellett rövidíteni, 3 hét után teljesen el volt távolítható, mivel a genyedés tökéletesen megszűnt. Beteg december 29-dikén gyógyultan távozott a kórházból. A leírt tályog a retroperitonealis mirigyek genyedéséből származhatott; nincs kizárva, hogy előrement paratyphlitis képezte a valódi okot. (A gyógyult beteget előadó bemutatja).

Az előadás után *Konrad Márk* 3 analog esetéről emlékezik meg. Egyik puerperalis genyedésnek volt az eredménye, a másik a terhesség alatt fejlődött ki, a teher tovább folyt, a szülés rendes menettel; a 3-dik esete a gyermekágy után 6 héttel fejlődött ki.

2. *Schiff Ernő* dr.: „A diphtheria kór- és gyógytanának jelen állása“ c. referáló előadásában rövid bevezetés után ismerteti a diphtheria bacillusának morphológiáját mikroszkopiai megjelenésében, úgy mint tenyészetekben, a bacillus festési módjait, a megkülönböztetést más sok tekintetben hasonló magatartású microorganismustól; továbbá az ú. n. pseudo-diphtheria bacillust, annak jelentőségét s az eddigi ismeretek szerinti lényegét; a diphtheria bacillus biológiáját, szerepét a szervezetben belül s kívül, a hatányokat, melyek fejlődését kedvezően vagy kedvezőtlenül befolyásolják. Részletesen fejtegeti a diphtheria-bacillus termékeit, nevezetesen a diphtherias álhartát, annak kórszöveti elhelyeződését a garat nyákhártyáján, kórszöveti szerkezetét *Heubnernek* legújabb ide vágó kutatásai alapján. Majd attér a kezelés módjaira. Rövid vonásokban ismerteti az eddig divott eljárások lényegét, azokat a mai modern bacteriologia szempontjából részletes bírálat tárgyává teszi. Végül elősorolja azon gyógyeljárásokat, melyek az utóbbi 5 év alatt az ide vágó irodalomban felfedezhetők, melyek annyira szétágazók, hogy alig találunk egy szert, mely mellett a szerzőknek csak egy kis csoportja is egyhangúlag állást foglalna.

Az előadást követő discussio, tekintettel az idő előrehaladt voltára, csak igen szűk keretben mozgott. A felszólalók, *Grósz Albert* dr., *Hoványi Ferencz* és *Kiss Ferencz* dr.-ok kiemelik a prophylaxis nagy jelentőségét s *Hoványi*, ki indítványozza, hogy a jeles értekezés az egyet költségén kinyomassék, kivatikozik is azon szabályrendeletre, melyet kezdeményezésére a városi közegészségügyi bizottság a törvényhatóságnál javaslatba hozott, s melynek az a czélja, hogy hiányos közegészségügyi törvényünk ide vágó szakaszainak correctivumaként a diphtheria ellen az eddig ismert apparatusainak egész teljével már akkor lehessen fellépni, mikor még az járványnya nem fajult.

A szakülés előadónak meleg köszönetét fejezi ki a tanulságos, kritikai nézésekben s helyes útmutatásokban gazdag előadásaért, melyet saját költségén kinyomat s egyidejűleg elhatározza, hogy a discussióra még a következő szakülésen is tart fel a napirendben helyet.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels für Aerzte und Studirende von Dr. Carl von Noorden, Privatdozent in Berlin. Verlag v. A. Hirschwald. 1893. 429 oldal. Ára 13 márka.

(Vége.)

A 4. nagyon sikerült fejezet az epepangás, icterus, májbajok befolyásával az anyagcsere foglalkozik.

Az 5. fejezet a lélegző és vérkeringési szervek betegségeit foglalja magában.

A 6. fejezet a vér betegségeinek befolyását tárgyalja, kiemeli itt *Noorden*, hogy megvan döntve azon a régi időből származó s állatkísérleti alapon nyugvó állítás, mely szerint az idült vérszegénység az élenyülést csökkenti, dacára annak, hogy az O-vivők száma a vérben megfogyott, mégis érvényben marad a *Pflüger-Voit*-féle alaptörvény az elégs önálló szabályozásáról a sejtekben.

A 7. fejezetben tárgyalja először is a vesebajok befolyását az összes légeny kiválasztásra, azután tekintettel van arra, vajjon vesebajok megváltoztatják-e az összlégeny componenseinek (hugyany, hígysav, ammoniak stb.) vegyülési viszonyait. E fejezetben ismét számos önálló, részben *Ritterrel* végzett vizsgálataira hivatkozik, ezek alapján mondhatja, hogy vesebetegeknél a légeny kiválasztás kiszámíthatatlan, majdnem bizarr volta jellegzi az anyagcsereét. *Lépine* és *Salkowski* vesebetegeknek fehérjeszegény étrendet ajánlanak, hogy kiméjék a beteg vesét, *Noorden* szerint e nézet alapját nem képezik vesebetegek légenyanyagforgalmát illető kísérletek s azért azt nem fogadja el, legfeljebb heveny esetekre, vagy az idült veselob heveny kiújulásaira korlátozza, ellenben az idült veseloboknál tett tapasztalatai nem támogatják ezen nézetet.

A 8. a diabetesről szóló fejezetben mindenekelőtt igen nagy horderejűnek ismeri el *Mering* és *Minkowski* felfedezését, melynek alapján folytatott kísérletek kimutatták azon fontos tény, hogy a hasnyálmirigy jelenléte a szőlőcukor feldolgozására okvetlenül szükséges s most már kétségtelen, hogy embernél a diabetes-esetek egy része legalább, a pancreas megbetegedésén alapul. *Lépine* glykolytikus fermentumát illetőleg még további vizsgálatok szükségesek. A coma diabeticum theorái közt a savmérgezési leginkább megállja helyét, főleg sajátsága a coma diabeticumnak *Stadelmann*, *Minkowski*, *Kuh* vizsgálatai szerint a  $\beta$  oxyvajsav enormis nagy mennyiségben való képződése, ezen sav valamint acetone és acetecetsav-kiválasztás a vizelettel prognostice kedvezőtlen, mert gyakran bevezeti és kíséri a comát. Új és érdekes azon tény, melyet *Noorden* vezetése alatt van *Ackeren* talált kísérletei közben diabetesnél, kitűnt ugyanis, hogy úgy mint éhezőknel, itt is gyakran több  $P_2O_5$ , CaO és MgO választatik ki a vizelet és bélsár által, mint a mennyi a tápanyagokkal felvétellett, főleg a Ca veszteség nagy. Ezen eddig még nem közölt vizsgálatokból következik, hogy diabetes folyamán csontszövet megy tönkre. Therapeutikus szempontból tanulságosak fejtegetései az újabban főleg *Naunyn* által olyan nagyon ajánlott szigorú húsétrendet illetőleg s oda jut, hogy a diabéteseknek nem szabad fehérjét veszítenie, vagy más szóval reá nézve az azoturia veszélyesebb mint a glykosuria, mert hosszú ideig tartó szigorú animalis étrend által csökkentjük ugyan a cukorkiválasztást, de az életerő hordozóját, a szervezet fehérjét fogyasztjuk. Ha coma fejlődésének gyanuja forog fenn, akkor rögtön böven kell adni szénhidrátokat. Csak sajnálni lehet, hogy ezen fejezetből kimaradt a coma diabétesis therapiája.

A 9. fejezet a köszvényről szól röviden, világosan írva. Ezen sok vitára alkalmas adott betegség magyarázatára *Noorden* egy új hypothesisist állít fel.

Az elhízás a tárgya a 10. fejezetnek. Gyógytani szempontból felhozza, hogy az összes (*Banting*, *Oertel*, *Ebstein*) elvonó gyógymódok által sikerült zsirt elvonni, csak az a kérdés tartandó szem előtt, hogy kell fehérjét, zsirt és szénhidrátokat keverni a végből, hogy zsírvesztés dacára a fehérje kiméltessék, mert az igen fontos, miután a fehérje, mit a lesaványodó ember veszít, az izmokból származik. Legjobbnek tartja a cél elérésére *Kisch* eljárását, melynek részletezésétől itt eltekinthetünk.

A rák anyagcserejéről szóló következő fejezetben az eddig elért eredmények csekély számának constatalása mellett tág látóköréről tanuskodó újabb vizsgálatokra buzdít, részint ilyeneket maga kilátásba helyez.

Az utolsó fejezet az anyagforgalom betegségeinek két legifjabb tagjáról: az alkaptonuria továbbá a diaminuria és cystinuriáról szól. A szénsav jelenléte által feltételezett alkaptonuriát *Baumann* fedezte fel 2 év előtt, a cystinuria és diaminuria közti összefüggés felfedezése, mint ismeretes, *Baumann* és *Udránszky* érdeme.

Elenyésző csekély hibái mellett bő tárháza e munka azon tapasztalatoknak, miket embereken végzett pontos kísérletek és a betegágyánál való megfigyelések nyújtanak, minden lépten-nyomon



kítünk a tárgyát alaposan ismerő szakember és klinikus, írásmodora vonzó, tömör, egyáltalában nem terjengős. Mindezek alapján legmelegebben ajánlhatom e munkát úgy a gyakorló orvosok, mint a tárgy iránt specialisan érdeklődők figyelmébe. *Terray.*

## II. Lapszemle.

### Kórtan.

A két hallószerv közötti vasomotorikus, trophikus, érző és működésbeli kölcsönösségről, a milyen a szemekről régóta ismeretes, ír Urbantschitsch. Ha az egyik nyaki sympathikust átvágjuk, akkor a másik oldal füle is hőemelkedést mutat; ha most itt is átmetszünk a sympathikust, akkor itt hőemelkedés, az ellenkező oldalon pedig hőcsökkenés jelenkezik. A n. auriculo-temporalis izgatása után conjunctivitis, majd a fülkagyló gyuladása támad, a mely tünetek 2—3 nap múlva az ellenkező oldalon is létrejönnek. Berthold vizsgálataiból tudjuk, hogy az egyik trigeminus intracranialis átmetszése után a dobüreg lobja fejlődik, a melyet nemsokára a másik fülön hasonló kórfolyamat követ. Gyakran észlelték, hogy az egyik fül fájdalma minden ismeretes külső ok nélkül a másikra is áterjed. Kétoldali nagyothallás mellett előfordul, hogy miután a beteg éveken át az egyik fülén jobban hallott, egyszerre csak a hallóképesség a két fül között felcserélődik. Ez nemcsak hysteriásoknál, hanem egészen ép idegrendszerű egyéneknek is előfordul. Fülzúgás szintén átugorhatik az egyik fülről a másikra. Igen érdekes az egyik hallószerven végzett operatio lefolyása a másik hallószervre. A stapedius tenotomiája után az operált fülön a hallás azonnal, néhány nap múlva pedig a másik nem operált fülön is javul. Az egyik hallószerven a tensor tympani átmetszése és a kalapács egyidejű extractiója után két esetben a hallás mindkét fülön tartósan javult. Ezen tünetek értelmezésére U. synlogikus accommodatiót vesz fel, a melynél fogva az egyik oldal zavarai hasonlókat támasztanak a másikon is eltűnnek mindkét oldalon, ha az egyiket megszüntetjük őket. (Wien. klin. Woch. 1892. Nr. 46. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. Nr. 33.) *W—dt.*

### Szüléset és nőgyógyászat.

A méhszaj mechanikus kitágításának fontossága a szülészetben. (Előadta *Dührssen* a német gynaeck. társaság V. ülésén Boroszlóban.) Előadó már több ízben utalt arra, mily sikeres a méhszaj mechanikus kitágítása, ha azt a *Mäurer* által ajánlott módon végezzük. *Mäurer* vékonyfalú összehajtott kolpeuryntert felvisz a cervixen át a belső méhszaj fölé és annyi vízzel tölti meg, hogy gyermekfej nagyságú legyen (erre  $\frac{3}{4}$ —1 liter vízre van szükség). Az így megtöltött kolpeuryntert nem hagyja, mint *Bernes* és *Tarnier*, egyszerűen magára, hanem csövénél fogva mérsékeltén és állandóan addig húzza, míg az a méhszájon át a hüvelybe nem jut.

Hogy előadó ezen eljárás felett megbízható ítéletet mondhasson, kísérleteiben a következőkérdéseket tartotta szem előtt:

1. Vajjon képes-e ezen eljárással a zárt nyakcsatornát annyira kitágítani, hogy azon át érett magzatot, a nélkül, hogy a méhszaj számba vehető ellenállást gyakorolna, ki lehessen húzni?
2. Mily módon tágul a méhszaj; analog-e ez a physiologikus tágulással?

Ezen kérdéseket tekintetbe véve 22 esetben alkalmazta a tágitásnak ezen módját; 1 esetben *mesterséges koraszülésnél* általános szűk medenczénél, 3 esetben *placenta praevia* miatt, 5 esetben *lapos medenczénél* a fordítás és extractio eszközlése céljából, 6 esetben ugyanezen célból *hibás fekvésnél*, 4 esetben a *szülés gyors befejezésének* indiciójából (az anya vagy a magzat életveszélye), és 3 esetben korai burokrepedésnél *gyenge fájások* miatt. Mindezen esetekben kedvező eredményt ért el. Igen érdekesek azon esetei (számszerint 4), a melyekben egy ujjnyi méhszájat néhány perc alatt kitágított és a magzatot rögtön utána lábra fordította és extrahálta. Más 9 esetben, a melyekben a kolpeuryntert — úgy mint az előbbieknél — gyorsan húzta át, eredetileg 2—3 ujjnyi volt a méhszaj. Kilencz esetben nem húzta gyorsan át a kolpeuryntert, hanem *megfeszített* csövét az ágylábhoz erősítve, addig hagyta a nyakcsatornában, míg vagy a méh tolta ki, vagy annyira kitágult a méhszaj, hogy már könnyen kihúzhatta (ez  $\frac{1}{4}$ —6

óra alatt történt.) Egy esetben meghalt az anya eclampsia, illetve atonikus vérzés miatt, (a bonczolásnál a cervixet sértetlennek találták). Általában véve történtek a méhszájon kis nyálkahártyarepedések, 5 esetében cervixrepedés is történt, de ez sohasem terjedt a vaginalis rész fölé. A tágitásnak ezen módja tehát, ha aseptikusan végezzük, az anyára nézve semmiféle veszélylyel nem jár. A gyermekek közül 3 halt el, kettő a magzat és a medence között levő nagy téraránytalanság miatt; egy, mert a szülés 27 óráig tartott el a burokrepedés után. *Fentebbiekből azt következteti az előadó, hogy az alkalmazott módszer igen alkalmas arra, hogy a nem eléggé tág méhszájat rövid idő alatt és veszély nélkül a kellő fokig kitágítsuk.* Megjegyzi még, hogy mindig jó a kolpeurynter alkalmazása előtt a burkokat megrepszteni, mert különben a méh túlságosan kitágulna és így a magzat könnyen megváltoztathatná fekvését. Zárt méhszájnál is alkalmazható ezen módszer, csak hogy ily esetben a cervixet előbb Hegar-tágítókkal egy ujjnyira ki kell tágitanunk.

A tágitásnak ezen módját D. szerint a következő esetekben végezhetjük:

1. *mesterséges koraszülésnél*; mert ezzel gyorsan fejezhetjük be a szülést, és ez más módszereknél, az anyának életveszélyes állapotai (eclampsia, szívbaj stb.) mellett azért is jobb, mert vele esetleg a méhösszehúzóerőket elkerülhetjük; még a császármetszést is feleslegessé teheti azon esetekben, a melyekben azt az anya életveszélye miatt zárt méhszájnál végeztük.

2. *placenta praeviánál*, ha a vérzés a burokrepszés után sem szűnik, akkor a kolpeuryntert a pete üregébe vezetve, megtöltjük és megfeszített csövét az ágylábhoz erősítve állandó nyomást gyakorolunk a vérző helyre. A vérzés ekkor a kolpeurynter megszületéséig biztosan megszűnik; ha ez után a vérzés újra fellépne, akkor a magzatot a már tág méhszájon át rögtön lábrafordíthatjuk és kihúzzhatjuk. Ezen eljárás jobb a combinált fordításnál, mert ennél a fordítás után rögtön extrahálhatunk, a nélkül, hogy a cervix megrepedne.

3. *Szűk medenczénél* vagy *hibás fekvésnél*, hogyha a burokrepedés után a méhszaj még nem elég tág; ilyen esetekben a combinált fordítást végezve a magzatoknak legalább fele elhal, ha pedig a méhszaj spontán kitágulásáig várunk, addig a méh alsó szakasza úgy megvékonyodhatik, hogy a fordítás már kivihetetlen, vagy méhrepedés veszélyével jár.

4. Ha az *anya* vagy a *magzat életveszélyben* van és a méhszaj még nem elég tág.

5. Ha *korai burokrepedésnél* a szülőfájdalmak gyengék; az erélyes húzás ilyenkor erélyes méhösszehúzóerőket vált ki (ekkor csak  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  liter vízzel ajánlja a kolpeuryntert megtölteni, nehogy a méhszaj túlságos kinyújtásától a lepény idő előtt leváljék).

Ez indiciók alapján még először szülőknél is ki lehet tágitani az ellenálló portiót, de előadó úgy véli, hogy ezeknél a véres úton való tágitás mégis eredményesebb; esetleg előbb kolpeurynterrel lehet tágitani, és azután az ellenálló hüvelyes részt a boltozatig terjedő bemetszésekkel dilatálni. Végül megjegyzi, hogy némely esetben ő is alkalmazta a combinált fordítást és extractiót, néha pedig kezünkkel is vagyunk képesek s méhszájat kellőleg kitágítani, de mivel sohasem tudhatjuk azt, fog-e a méhszaj annyira tágulni, hogy a fejet gyorsan átengedje, azért mégis inkább a leírt módot ajánlja, mert ennek alkalmazása után *bizonyosak vagyunk a felől, hogy a méhszaj, ha rajta a kellően megtöltött kolpeurynter átjutott, az extractiót már nem igen fogja akadályozni.* Elmondottak alapján felszólítja a szüléseket, hogy a tágitásnak ezen módját az eddiginél nagyobb érdeklődéssel tekintsék. (Centrbl. f. Gynaek. Nr. 23.) *Lenkei V. dr.*

### Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. *Ulcus molle* gyógyítására *Cavazzini* a következő orvosságot ajánlja külső használatra: Rp. Chloral. hydr. 5·0; Camphorae 3·0; Glycerini 25·0. A gyógyulás 2—18 nap múlva következik be; bubo csak nagyon ritkán jelentkezett. (Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 28. sz.)

2. *Terhesek csillapíthatatlan hányása* ellen *La Torre* szerint legezélszerűbb a méhnyakra 20%-os ichthyol-glycerinbe mártott tampon helyezni. (Bulletin médical, 1893. 55. sz.)



## TÁR C Z A.

## Jean-Martin Charcot.

1825—1893.

Nagy emberek élete a tragédia benyomását kelti. Szemeink előtt fejlődik ki a dráma, látjuk a mint a hős szellemének átható erejével, fáradhatatlan küzdelmek árán mind magasabbra tör az emberiség ügyének előmozdításában, halad néha elismerést aratva már életében, máskor elhagyatva, megvetve embertársai által a beláthatatlan messzeségben levő cél, az okok tudása felé: a midőn egyszerre a természet véges fátuma közbelépve, a hős elbukik, de mellette az ügy, a melyért küzdött, munkájának eredménye diadalra jut. Charcot egyike volt az orvostudomány legnagyobb hőseinek, s valóban tragikus halálának a híre, gyászba burkolja nemcsak a párizsi iskolát, a mely legkiválóbb férfiát veszíti benne, de az egész tudományos világot is, és kétszeresen nagy a veszteség, mert idő előtt, szellemi frissiségének és munkaerejének teljes birtokában, mint az közleményeinek az utolsó időben sem lankadó egymásutánjából kitetszik, ragadta őt el a halál. Alig lehet e fájdalmas pillanatban felsorolni mindazt, a mit tudományunk Charcot-nak köszönhet, az ily nagy embernek érdeme nem egyedül irataiban és személyes oktatásában található fel, mérhetetlen befolyása van az ő példájának is, s ha ajkai immár el is némultak, él még, és soká élni fog szelleme közöttünk.

J. M. Charcot vagyonos iparos szülöktől (atyja és nagyatyja kocsigyárosok voltak) származott. Született 1825. november 29-dikén Párizsban. Előtanulmányait ugyanott végezve, a midőn pályaválasztásának ideje elérkezett, a festészet és az orvostan vonzották s csak nehezen határozta el magát végleg az utóbbról. 1848—52-ig *interne* volt a párizsi kórházakban, a mely idő alatt több kitüntetés (1852-ben a Monthyon-díj) érte. 1853-tól két éven át *chef de clinique* volt Rayer tanár oldala mellett, 1856-ban *médecin des hôpitaux*-vá lett s 1860-ban az orvosi fakultásnál *agrégé*, 1862-től kezdve a Salpêtriére kórház főorvosaként működött, s ott, a mint az Párizsban szokásos, ilyen minőségében csakhamar rendszeres klinikai előadásokat tartott. A francia klinikai tevékenység igen szoros összefüggésben van a kórboncolástannal: a betegek boncolását a klinikai személyzet végzi. Ezen berendezés mellett a pathológiai képzettség igen jelentékeny, s Charcot kórházi osztályán beható tanulmánya tárgyává tette a kórboncolási elváltozásokat, idejének legnagyobb részét a boncoló asztalnál töltve, nagy tapasztalatokat szerzett kórháza óriási anyagán. Így azután érthető, hogy a nagy klinikus 1872-ben a kórboncolás tanszékét nyerte el s 10 éven át adta elő mint *Cruveilhier* utóda a kórszövettant és kórboncolástant. E mellett azonban a már 1866-ban megkezdett idegkórtani előadásait is fenntartotta, nagy érdeklődést keltve mindinkább szaporodó hallgatóságában, míg 1881-ben a kórboncolási tanszékétől visszalépett s a kormány kezdeményezéséből ekkor felállított idegkórtani tanszékét elfoglalta (1882).

Charcot egész lényét találjuk kifejezve ezen általa berendezett intézetben. Egyszerű falak, butorok mellett elég szűk helyiségekben a legkitünőbb segédeszközök gazdag gyűjteménye áll ott rendelkezésre, mindaz a mire egy idegklinikának szüksége van, de semmi felesleges. Egy piciny tanári szoba mellett, a melyben pontosabb betegvizsgálatokat végzett, s a mely gyakran alig volt képes befogadni laboratóriumainak munkásait, szövettani s élettani (jelző és író készülékek stb.) dolgozó helyiségek vannak. Ezután következik a kitért felszerelésű fényképező laboratórium, a mely ez idő szerint igen fontos szerepet játszott. Tovább egy kisebb kémiai helyiség; majd tágas, dúsan felszerelt szemvizsgálót találunk, a hol nem egy idegkórtanilag fontos szemészeti adat lett felderítve. Ezekon kívül igen gazdag muzeuma van az intézetnek s külön gypszleöntő műhelye. A beteganyag részben a Salpêtriére kórház törzslakóinak (öreg asszonyok) nagy számából, továbbá az epilepsziás osztály (gyermekek és felnőttek) számos betegéből s e mellett több mint 100 tisztán klinikai ágyból kerül ki. Hozzájárul mindehhez a járó rendelés, a melyen évenként 5000 beteg jelentkezik. Ilyen forgalom

mellett a villamoszási kezelés is nagyban megy s ott főleg a statikus áram szerepel. Mindezen osztályokban a legélénkebb tevékenység nyilvánult, a nagy mester kimagasló példája idegyűjtötte a francia és külföldi fiatalabb nemzedék legtehetségesebbjeit, a kik a nyert eszméket hangyaszorgalommal dolgozták fel.

S végre Charcot működésének legkiválóbb tere: az előadási terem, az először belépőre sajátos benyomást vetett. Ez egy hosszú, több kórterem összeolvasztásából keletkezett egyszerű helyiség, a melynek falai, butorzata csaknem szegényesek, ablakai rendszeren be voltak táblázva, s a terem főleg az előadói emelvény közelében gázzal megvilágítva. A délelőtti előadásra e gázzal világított terembe lépőben bizonyos színházias látzat támadt, a mit még jelentékenyen fokozott a teremnek a nézőtérrel átellenes, csaknem egész falát elfoglaló remek képe Delarochenak, megörökítve azon pillanatot, a midőn *Pinel* rablánczaiból az elmebajosokat felszabadítja; ezen hatalmas méretű festmény mintegy színházi függő zárta el a termet. A mint azonban a nagy mester megjelent s előadásához fogott, azonnal eltűnt minden színpadi látzat, s nyilvánvalóvá lett, hogy a terem nagysága a hallgatóság nagy számához mért, a gázvilágítás pedig a villamos vetítések bemutatathatásához volt szükséges. Igaz, hogy mind e körülmények s a hírből ismert nagy ember személyes vonzó tulajdonságai is mély benyomást keltettek, de ez csak még inkább fokozta az érdeklődést az előadás iránt. A ki Charcot előadásait csak olvasásból ismerte, az bizonyára, mint velem is megesett, ezen írásmódját és szerkezetét illetőleg is nagy formai tökéletességű, s válogatott kifejezésekkel kidolgozott előadásokhoz szónoki hang- és taglejtéseket is képzelt, a mivel teljes ellentétben, bár a szavak összeillesztése szabad előadásában sem volt kevésbé klasszikus, a mester beszédmódja a lehető legegyszerűbb legtermészetesebb volt, sőt hangjával némileg takarékoskodott. A mi azonban ezen előadásoknak főbecsét képezte, az a rendkívül alapos kidolgozás vala, a mely minden előadásán meglátszott, továbbá az a gondos bemutatás, a melylyel a mondottakat, részint betegek nagy számaival, részint lapra vetített mikroszkopi készítményekkel, részint rajzok- és muzeumi praeparatumokkal kísérte. S minden egyes bemutatást az előadást megelőző napokon ismételve kipróbált, a megbeszélésre szánt betegeket újból alaposan átvizsgálta. Természetes, hogy ilyen módon nem lehet naponta két órán át előadni, Charcot-nak ilyen előadása csak egy volt hetenként. Ezenkívül egy órában a járó betegekkel foglalkozott (*Leçons du mardi*), mondhatom nem kevesebb alaposággal, s egy harmadik napon klinikai eseteket demonstrált. A hallgatóság ezen előadásokon csak kisebb részben állott orvostanhallgatókból, nagyobb része francia és idegen orvosokból és orvosnőkből alakult, s előadása végén e csoport élénken megtapsolta a mestert.

De hogy mindezen berendezést és előadásainak magaslatát kellőképen felfoghassuk, tekintetbe kellene venni a viszonyokat, a melyek közt ő e kórházban elkezdte működését. Az idegkórtan ezen időben körülbelül ott volt, a hol a belső betegségek tana a kopogtatás és hallgatódzás ismerete előtt, s bizonyára jogosult a hasonlat, a melyben Charcot érdemét az idegkórtanban *Laennec*-ével vetik össze. Az óriási beteganyag, a melyet addig alig tudtak felhasználni, egyikévé lett a legértékesebb kórtani gyűjteménynek, a mely mind tovább fejlesztve, ma már oly mértékű lett, hogy Charcot szavaival élve ő és tanítványai két kézzel markolhattak a tudományos kérdések megvilágításához szükséges kóradatokban. De mindezen gazdag adatgyűjtemény észrevétlenül veszett volna el, ha nincs meg a mesterben a szó szoros értelmében vett klinikai talentum. Ezen tekintetben méltán sorakozik Charcot a francia orvosi iskola óriásaihoz, sőt túlhaladta még őket az által, hogy a nosographiai élelátása mellett még a kísérleti kutatás módszereinek nagy jelentőségét is felismerte. Így alakultak azután kezei közt az azelőtt homályos, összezavart kóresetek világos, jellegzetes kórképpé, s a kórboncolás segédelmével megbecsülhetetlen klinikai s élettani adatokká.

Charcot érdeklődését bár elejétől fogva főleg az idegbántalmak vonták magukra, azért főleg működésének első évtizedében a Salpêtriére veterán amazonjainak más bántalmái is foglalkoztatták. Ezek között értékesek vizsgálatai az idült izületi csúszról, a melyet a köszvénytől tanított elkülöníteni (*Thèse pour le doctorat 1853*),



továbbá a tüdők s az érrendszer betegségeiről. Ezen csoporthoz sorakoznak a vese, vér, fertőzési bajok és bőrbetegségekről tett anatómiai és klinikai vizsgálatai. Ismeretesek az albuminuriáról írt közleménye, továbbá az öregkor bántalmairól összefoglalólag tartott előadásai. De ha már mindezen dolgozatok magukban véve is elegendők lettek volna egy kiváló szakember hírének megállapítására: úgy mégis *Charcot* működésének legkimagaslóbb része az idegkórtani buvárlataira esik, s ha ma az orvosok elég nagy része meglepetve hallja, hogy *Charcot* az idegkórtanon kívül ily nagy munkásságot fejtett ki, úgy ennek oka főleg az, hogy ezen utóbbi téren még sokkal magasabba emelkedve, mintegy homályt vetett régebbi munkásságára. Ezeknek sorozatát a Basedow-kórról (1856) írt cikkei nyitják meg; később a fájdalmas paraplegia (1865) tünettanát körülírva, azt a gerincoszlop rákos elfajulásával, a melyet elődje *Cazalis* ismertetett először, hozta összefüggésbe, s ezen körkép ma is klasszikus jelentőségű. A következő évben *Bouchar*d-ral egyetemben közölte híres vizsgálatait az agyvelő vérzéseinek eredetéről. Később *Vulpian*-nal a másodlagos elfajulásokat tanát gyarapította értékes észleletek alapján, majd az akut felfekvés, az apoplexiás hemichorea foglalkoztatta.

Méltó feltűnést keltettek azonban előadásai az idegrendszer betegségeiről, a melyek ma vagy öt kötetet tesznek ki, s csaknem az egész idegkórtant felölelik, s nincs fejezet, a melyben új adatok, új gondolatok, s mily termékeny gondolatok! hiányoznának ezen műben, a melynek tartalma ma már az új nemzedék vérebe ment, de megjelenése idejében óriási haladást jelentett. Hisz nem szükséges más, mint hogy a tabes, a tabeszes izületi baj (*Charcot*-féle betegség), az izomsorvadások, a bulbaris bénulás, a beszédzavarok, a pachymeningitis cervicalis hypertrophica, a myelitisek, a paralysis spin. spastica, az amyotrophiás lateral-sclerosis, a paralysis agitans és sclerosis polyinsularis, a reszketések különböző fajtái, a Menière-féle szédülés, a syringomyelia, a szemmigraine stb. címét viselő fejezetekre utaljak, s mindenki előtt ismeretes, mily nagy jelentőségű tényeket derített fel siratott mesterünk e téren. És mindezeket még felülmultra a hysteriáról és a hypnózisról közölt dolgozataiban, a mely tárgy élete utolsó évtizedének volt kedvencz foglalkozása. Az egész hysteriát kellene részleteznem, ha munkáját ismertetni akarnám. Mi volt a hysteria fejezete *Charcot* előtt? s mily terjedelmesek és szabatosak ismereteink ma! hála az ő munkájának. És a hypnózis! Bár foglalkoztak már előtte is e tárggyal, de azon időben veszélyeztette jó hírnevét az, a ki ilyen kísérletekre mert vetemedni; és *Charcot*-nak volt bátorsága és volt döntő ereje, a melylyel ezen ma már oly értékes fejezetnek biztos alapot adott s kimutatta, hogy a hypnózis létező s tudományos módszerekkel vizsgálható s ellenőrizhető állapot, a melylyel érdemes foglalkoznia a tudománynak. S ha ma, előreláthatólag, halála után egy és másban az általános felfogás inkább a nancy-i iskola híveihez fog csatlakozni, nem szabad elfeledni, hogy az alapot, a melyre újabb nézeteket építeni lehet, mégis csak *Charcot* exact vizsgálatainak köszönjük. Sokan azt hitték, és még egyesek ma is hangoztatják, hogy a hysteria és hypnózis hazája egyedül Párizs, pedig *Charcot*, a ki bizony meglehetősen ismerte az egész világ betegait, gyakran bizonyította ennek ellenkezőjét s nagy kedvvel tanulmányozta a nagy festők műremekeit a hysteria jellegzetes alakjait s ezeket gyakran hozta fel mint tanujeleket, hogy a mult idők hystero-epilepsiája is csak olyan volt mint a mai.

Egészen új világot nyitottak meg az idegrendszeri lokalizációra vonatkozó előadásai, a melyek egy csapással óriási fontosságra emelték a helybelítés tanait. S ki ne ismerné a *Leçons du mardi* szellemes lapjait, a melyek olvasása ép oly élvezetes, mint hasznos.

Összes műveit felsorolni lehetetlen, egy része vizsgálatai eredményének csupán tanítványai theseiben van megörökítve, nem győzte maga leírni termékeny agyveleje szapora gondolatait. *Bourneville* gyűjti össze a nagy mester dolgozatait s *Oeuvres complètes de J. M. Charcot* címén adja ki. Művei részben könyvek alakjában, részben számtalan folyóirati cikkben jelentek meg s számos folyóirat indult meg vezetése alatt. Ezek között a Nouvelle iconographie de la Salpêtrière csaknem egyedül klinikájának közleményeit hozta s mennyi más folyóiratra telt még! S boldog volt, a ki művét neki ajánlhatta, s a kit munkájához előszóval tisztelt meg. Műveinek

nagy részét számos nyelvre fordították le, s a mi Orvosi Könyvkiadó Vállalatunk is kiadta Előadásait az idegrendszer betegségeiről.

A therapia iránt is érdeklődött, s nem egy gyógyítási mód származik tőle. Az akut izületi gyuladással az alkaliák nagy dosisát ajánlotta (1862), a myelitisek kezelésének is jelentékeny szerepet juttatott előadásaiiban. Ismeretesek a tabes és a paralysis agitans javítására vonatkozó újabb kísérletei, de mindenek felett kimagasló a Menière-féle kór gyógyításának általa feltalált módszere, a melyre mindig büszke volt.

A nagy *Charcot*, a kit az egész művelt világ ismert, nem volt barátja a nyilvános szereplésnek, s szaktudománya határain kívül nem szerepelt. Rendkívül gondos volt az irodalom áttanulmányozásában, s az angol és német nyelv birtokában a legnagyobb elismeréssel említette fel mások munkálatának eredményét, s ebben a tekintetben ép úgy megbecsülte hazája fiait, mint az idegeneket is, s valóban nemes volt egy alkalommal (1867) felelete *Virchow*-nak, a ki a német tudományos mozgalom fellendülésének hatása alatt kissé elragadtatva, a tudományt egyedül a németek számára vélte felfoghatni.

Csaknem természetesen, hogy egy ily nagy férfiú végre mindenütt elismerésre talált s ma talán általános a nézet, hogy ő volt az élő belklinikusok legnagyobbika. Hazájában is számos kitüntetés érte, a melyek közt legnagyobbak az akadémiai tagság (1883) és a Commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur (1892) czíme. Számos külföldi társulat választotta meg tagjává, köztük a Kir. Orvosegyesület is.

Ez volt élete a jeles férfiúnak, a mit nagy részben örökre hagyott az utódoknak. Lássuk még néhány vonással az embert, a kit örökre elveszítettünk. *Charcot* középtermetű, elég erőteljes testalkatú ember volt, a kinek feje feltűnően hasonlított a nagy Napoleonéhoz s egyaránt kimutatta magas intelligenciáját, mint jó szívét. Simára borotvált arca, római tyusában határozott vonásával egyike volt a legszebb férfifejeknek, s már külső megjelenésében is mély benyomást tett a szemlélőre. Arcának frissességével szemben mégis meglátszott — már ezelőtt 9 évvel — a sok munkának befolyása némileg hajlott testtartásában s rendkívül apró lépéseiben. Igaz, hogy legnagyobb sétája volt keddi napon, midőn gyalog ment a nyilvános rendelés helyiségéből a Salpêtrière három udvarán át intézetébe. Alig képzelhető el rokonszenvesebb tanár, mint a milyen *Charcot* volt intézetében. S ha tanítványai névsorát végigtekintjük s azok működését figyelemmel kísérjük, úgy nyilvánvaló lesz az a gond, támogatás és vezetés, buzdítás nemcsak a közvetlenül alatta töltött évek sorában, hanem azontul is az élet küzdelmeiben. S a tanítványok, a kiknek java része időközben már szintén mesterré lett szakmájában, folyton szoros viszonyban maradtak szeretett főnökükkel. Ime a francziák névsora: Cornil, Bouchar, Joffroy párisi, Soulié, Lépine lyoni, Pitres bordeauxi tanár, továbbá Bourneville, Gombault, Debove, Pierret, Raymond, Oulmont, P. Richer, Brissaud, Ballet, Féré, P. Marie, Gilles de la Tourette, Guinon, Babinski, Berbez, Blocq, Huet, Dutil, Parmentier, Souques és végre *Charcot* fia. Meghalt *Cotard*, Bernard. Ezek mellett még tanítványai voltak, ha nem is mint interneek Ball († 1892), Vigouroux, Parinaud stb. és az idegeneknek egész legiója, a kik közé magamat is örömmel számítom.

*Charcot* rendszeren az egész délelőttöt töltötte klinikáján betegvizsgálattal és kísérletekkel foglalkozva. És mindkét műveletnél a beható alaposág és a legszigorúbb őszinteség voltak főjellemtvonásai. A betegekkel szemben valóban jószívű volt, s kedélye annyira érzékeny, hogy bár nagyra becsülte az állatkísérletek eredményeit, maga ezen a téren nem foglalkozott. S a milyen szíves volt laboratóriumában, olyan volt otthon is családjában. 1863 ban nősült, két gyermeke volt. Tanítványai fogadó estjén szívesen látott vendégei voltak s a festőművészek és írók nem egy kiváló nagyságát lehetett e termekben látni. A művészet iránt érzett hajlandósága több kiváló művészszel hozta szoros barátságba. A rajz és festés mindig kedvencz foglalkozásai közé tartozott s klinikájának albumában nem egy rajzát őrzik. Ezen műérzékének kifolyása több cikk volt, a melyekben a régi festmények orvosi themáit tárgyalja, valamint két nagyobb műve, melyeket *Richer*-vel, e művészi rajzú segédjével közölt. (Les démoniaques dans l'art 1887. Les difformes et les maladies dans l'art 1889.)



A halál váratlanul támadta meg, s bár futólagos rosszulletének híre a mult esztendőben némi aggodalomra adott okot, látszólag teljes egészségben, barátai (Debove és Straus) társaságában tett vidéki kirándulása közben oltotta ki életét.

E halvány rajzolat azonban alig adhat méltó képet e nagy ember életéről, a kinek jelentőségét inkább lehet érezni, mint szavakban kifejezni. Példaképen maradjon emléke előttünk, a melyet utánozni törekedhetünk, de a melyet elérnünk nem lehet.

Jendrassik Ernő.

## Heti szemle.

Budapest, 1893. augusztus 31-dikén.

**A cholera állása.** Hazánkban a járvány mind tetemesebb mérvet kezd ölteni. Legerősebben pusztít a járvány Szabolcsmegyében, a hol augusztus hó 25-dikéig 32 községben 407 megbetegedés és 169 haláleset történt, továbbá Máramarosmegyében, a hol az utóbbi napok egyikén 60 új megbetegedés fordult elő. Különben a belügyminister augusztus 26-dikáról kelt értesítésében Máramarosmegyét cholerafertőzöttnek mondta ki és arról a drezdai nemzetközi egyezmény értelmében a cs. és kir. közös külügyminis­tert és a külhatalmaknak Budapesten székelő képviselőit hivatalosan értesítette.

Budapesten az első biztosan megállapított cholera-eset augusztus 26-dikán fordult elő az ó-budai téglá- és mészegető gyárban. 28-dikán ugyanezen gyár munkásai közül még kettőn mutatkoztak a cholera tünetei, 29-dikén pedig ismét egyen. A megbetegedettek közül eddig kettő már meghalt.

Augusztus 24-dikének déli 12 órájától 25-dikének déli 12 órájáig a következő megyékben fordultak elő következő számú megbetegedések, illetve halálozások (zárjelben): Szabolcsmegye, 9 helység, 10 (20); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 1 helység (1); Máramarosmegye, 12 helység, 52 (20); Ugocsa­megye, 5 helység, 5 (1); Beregmegye, 3 helység, 4 (1); Békésmegye, 1 helység, 4 (2); Szatmármegye, 7 helység, 8 (3); Zemplénmegye, 5 helység, 10 (2); Kolozsmegye, 7 helység, 19 (19); Szolnok-Dobokamegye, 3 helység, 3; Brassó­megye, 1 helység, 1; Hevesmegye, 1 helység, 4 (3); Bihar­megye, 1 helység, 3; Pestmegye, 2 helység, 3.

Augusztus 25-dikének déli 12 órájától 26-dikának déli 12 órájáig az esetek száma a következő: Szabolcsmegye, 3 helység, 8 (3); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 1 helység, 2 (1); Zemplénmegye, 3 helység, 4; Hevesmegye, 4 helység, 16 (7); Hajdú­megye, 1 helység, 1 (1); Borsodmegye, 1 helység, 1 (1); Ugocsa­megye, 4 helység, 3 (4); Beregmegye, 7 helység, 7 (3); Bács-Bodrogmegye, 2 helység, 1 (2); Torontálmegye, 4 helység, 5 (5); Kolozsmegye, 1 helység, 1; Szolnok-Dobokamegye, 4 helység, 3 (2); Kis-Küküllőmegye, 1 helység, 1 (1); Brassó­megye, 1 helység, 2 (1); Pestmegye, 2 helység, 4 (2).

Augusztus 26-dikának déli 12 órájától másnap déli 12 óráig a járvány állása a következő: Pestmegye, 4 helység, 5 (1); Szabolcs­megye, 6 helység, 9 (1); Szatmármegye, 7 helység, 16 (2); Békésmegye, 1 helység, 2 (2); Beregmegye, 4 helység, 5 (2); Ugocsa­megye, 5 helység, 5 (2); Zemplénmegye, 4 helység, 12 (3); Ung­megye, 1 helység, 3 (1); Máramaros­megye, 16 helység, 35 (32); Jász-Nagy-Kún-Szolnok­megye, 2 helység, 8 (5); Csongrádmegye, 3 helység, 8; Torontálmegye, 3 helység, (3); Bács-Bodrog­megye, 3 helység, 2 (4); Krassó-Szörénymegye, 1 helység, (1); Heves­megye, 3 helység, 6 (1); Kolozsmegye, 9 helység, 23 (12).

Augusztus 27-dikének déli 12 órájától másnap déli 12 óráig a következő számú esetek fordultak elő: Szabolcs­megye, 9 helység, 12 (10); Jász-Nagy-Kún-Szolnok­megye, 9 helység, 24 (10); Ugocsa­megye, 2 helység, 2 (1); Beregmegye, 8 helység, 8 (5); Csongrádmegye, 1 helység, 1; Zemplén­megye, 4 helység, 9 (5); Békésmegye, 1 helység, 1 (1); Bihar­megye, 2 helység, 2; Bács-Bodrog­megye, 6 helység, 11 (5); Kolos­megye, 1 helység, 6 (4); Kis-Küküllő­megye, 1 helység, 1.

Augusztus 28-dikának déli 12 órájától másnap déli 12 óráig a számok a következők: Szabolcs­megye, 9 helység, 14 (7); Máramaros­megye, 8 helység, 25 (14); Jász Nagy-Kún Szolnokmegye, 10 helység, 23 (16); Beregmegye, 7 helység, 7 (2); Ugocsa­megye, 5 helység, 6 (5); Zemplén­megye, 2 helység, 10 (4); Szatmármegye, 10 helység, 30 (10); Heves­megye, 4 helység, 3 (5); Csongrádmegye, 4 helység, 10 (7); Hajdú­megye, 1 helység, 3 (1); Bihar­megye, 1 helység, 1; Torontálmegye, 2 helység, (2); Bács-Bodrog­megye, 6 helység, 10 (3); Pest­megye, 2 helység, 2 (2); Fehérmegye, 1 helység, 3 (1); Szolnok-Dobokamegye, 9 helység, 17; Torda-Aranyos­megye, 1 helység, 2 (2); Békésmegye, 1 helység, 4 (1); Kolozsmegye, 5 helység, 13 (7); Kis-Küküllő­megye, 1 helység, 1.

Augusztus 29-dikének déli 12 órájától másnap déli 12 óráig a járvány állása a következő: Szabolcs­megye, 6 helység, 7 (2); Máramaros­megye, 12 helység, 60 (15); Szatmármegye, 10 helység, 11 (9); Jász-Nagy-Kún-Szolnok­megye, 8 helység, 25 (12); Békésmegye, 1 helység, 1; Ugocsa­megye, 1 helység, (1); Heves­megye, 5 helység, 5 (2); Zemplén­megye, 6 helység, 11 (2); Beregmegye, 7 helység, 7 (5); Borsod­megye, 2 helység, 2 (1); Szolnok-Dobokamegye, 8 helység, 14 (7); Kolozs­megye, 2 helység, 2 (8); Krassó-Szörénymegye, 1 helység, 1; Kis-Küküllő­megye, 1 helység, 1.

Augusztus 30-dikának déli 12 órájától másnap déli 12 óráig a következő számú megbetegedések fordultak elő: Szabolcs­megye, 9 helység, 11 (6); Máramaros­megye, 11 helység, 46 (15); Ugocsa­megye, 3 helység, 3 (1); Szatmármegye, 12 helység, 25 (12); Zemplén­megye, 4 helység, 3 (3); Hajdú­megye, 1 helység, (1); Jász-Nagy­kún-Szolnok­megye, 9 helység, 18 (15); Csongrádmegye, 5 helység, 12 (6); Torontálmegye, 6 helység, 6 (6); Bihar­megye, 1 helység, 1; Kolozs­megye, 3 helység, 5 (11); Szolnok-Dobokamegye, 5 helység, 7; Beregmegye, 4 helység, 7 (2); Bács-Bodrog­megye, 5 helység, 5 (6).

A külföldről a hét folyamán érkezett hírek a következőkben foglalhatók össze. Oroszországban az állapot nagyjában változatlan; csupán Szent-Pétervárot szaporodott az esetek száma, a mely azonban még most sem tetemes. Franciaországban a héten semmi hír sem érkezett. Olaszországban Rómában is már több eset fordult elő; nagyobb számú esetek voltak Udineben, Cassinóban és Palermóban; Nápolyban most már csak átlag 5 eset fordul elő naponként. Németalföldön Antwerpenből és Rotterdamból nagyobb számú megbetegedésekről érkeznek hírek. Galiciában eddig 12 járásban fordultak elő cholera esetek; magában Krakóban is volt már néhány eset. Németországban Berlinben augusztus 26-dikán 11 cholera-gyanus beteg volt a Moabit-kórházban; az esetek némelyikében biztosan megállapították cholera fenforgását; Kröllwitz helységben (Halle mellett) szintén volt egy eset; a Visztula folyó porosz területén pedig szintén észleltek már esetet. Romániában csökkent a járvány; Brailában és Szulinában a napi megbetegedések száma most már a tizet sem éri el; egész Romániában jelenleg összesen mintegy 100 cholera-beteg van ápolás alatt. Bécsben — a mint mult heti számunkban említettük — szintén fordultak elő gyanus esetek; egy esetben a bacteriologiai vizsgálat azzsiai cholera jelenlétét derítette ki. Smyrnában szerfelett vagy mértékben dühöng a cholera.

\*\*\*

A m. kir. belügyminister 65.516/93. számú körrendelete a kórházak építési tervéről tárgyalja. (Valamennyi törvényhatóságnak, Budapest fő- és székváros kivételével.) Újabb időben örvendetesen szaporodik azon törvényhatóságok száma, a melyek a közegészségügy egyik főkövetelményének, a betegek czélszerű ápolásának kórházak emelése és nagyobbítása által megfelelni igyekeznek.

A jóváhagyás végett beküldött tervek­ből és költség-előirányzatokból azonban azt látom, hogy több törvényhatóság nem számol a tényleges viszonyokkal, azon vidéknek és közönségnek igényeivel, a melynek számára a kórházat építi s erejét meghaladó oly költségeket vesz előirányzatba, melyeket az adózók, kiknek filléreiből építkeznek, alig vagy csak megerőltetéssel viselhetnek.

Már pedig a czél azt nem követeli meg, mert a kórház nincs arra hivatva, hogy mint monumentalis épület a várost díszítse, ellen­képez sokkal inkább felel meg czéljának, ha távol az utcák zajától és porától, lombos fák közé rejtve, szerény külseje és berendezése mellett csak azt nyújtja a betegnek, a mit a modern tudomány s különösen a közegészség­tan tőle méltán megkövetel. Ez pedig mainap jelentékeny összeg, a mit épen a külsőnek és a kórház nem beteg lakói osztályainak egyszerűségével kell megtakarítani.

A tapasztalat arra tanít, hogy 20—25 fekhelylyel bíró kórháznak építkezési költsége ágyanként mintegy 1000 frtba, azontúl pedig leg­feljebb 1500 frtba kerül. S akkor, a midőn az építkezési tekintetben aránylag igen drága fő- és szék­városban a legmodernebb nagyszabású kórházak építésénél egy fekhelyre körülbelül 2500 frt esik, akad törvény­hatóság, mely olyat szándékozott építeni, a melyben egy fekhely fel­szerelés nélkül 3600 frtba kerülne.

S minthogy ily pazar költsékezést jóvá nem hagyhatok, ez által a nemes czél elodáztatik.

Felhívom ennél fogva a törvényhatóságot, hogy ha akár önmaga, akár valamely városa vagy községe, vagy felügyelete alatt álló valamely alapítvány kórház építését tervezi, már az 1891. évi 48.160. sz. itteni körrendelet értelmében szükséges építési program megállapításakor tekintettel legyen arra, hogy a tervező csak arra szorítkozzék, a mi a közápolási követelményeknek a helyi igények szempontjából megfelel és túlzott igények támasztását gátolja meg, a program alapján készülő építési terveket pedig ugyanazon szempontból vegye bírálat alá, nehogy a terveknek itteni visszautasítása esetén a kórház létrejötte eleve el­hárítható s a közügyre káros késedelmet szenvedjen.

\*\*\*

II. kimutatás a Semmelweis-emlék részére beérkezett adakozásokról. Az I. kimutatás áthozatala 2039 frt 14 kr. Calderini tanár és a parmai szülészeti kóroda segédei, hallgatói és bábaszemélyzete 21.05; Kussmaul tanár Heidelberg 12.06; Löhlein tanár Giessen I. gyűjtése 24.16; Hennig tanár Lipse 6.07; a Kalinszki-kórház személyzete Szt.-Pétervár 7.71; Eisenschitz dr. Bécs gyűjtése 23.40; Erzsébet sós­fürdőben Bruck J. dr. és Kan G. igazg. által rend. hangverseny t. jöve­delme 70.—; a New South Wales British Medical Association 51.92; Turnovszky dr. Budapest 5.—; Wein M dr. Budapest 2.—; Mendl Lajos tnr. Pécs 5.—; Sociéte medic. d'Amsterdam és Tilanus tanár 34.30; Telegdiné dr., Erdős Imréné Boglár 2.—; Nagy G. dr. Piski 1.—; Büse tanár Giessen 12.24; Benzúr Dénes dr. 10.—; Bleuer dr.



Nagy-Kálló gyűjtése 6.—; Károlyi Gy. dr. Eresi 1.—; Janoki István Kuczura 1.—; Rothmann dr. 2.—; Fischhof Vilmos dr. 20.—; Stadler dr. 5.—; Fischer Ad. dr. Budapest 5.—; Henszelmann dr. Békés gyűjtése 5.—; Kerkápolyi dr. Keczel 1.—; Gyurman dr. Budapest gyűjtése 15.50; Czerny tanár Heidelberg 12.05; Király T. dr. Bicske 2.—; Tonun B. dr. Udvari gyűjt. 3.—; Bartsch G. dr. feketehégyi fürdőben t. felolvasás jövedelme 30.—; Fanzler dr. rajecz-teplézi fürdőben gyűjt. 20.—; Kieska E. dr. Nagybodok gyűjt. 12.—; Buro dr. Pothora-fürdő 2.50; Serli dr. Mohács 1.—; Zengey Kálmán S. Szabolcs 1.—; Clementis dr. Bia gyűjt. 9.—; Jungmann dr. Vecsés 5.—; Liszt N. dr. Tetétlen gyűjt. 3.—; Herrgott tanár Nancy gyűjtése 56.87; Welwart dr. Karpona 2.—; Singer dr. Sövényháza 1.—; Radványi K. Eperjes 1.50; Frommer dr. Léva 2.—; Burján J. dr. a lueski fürdőből 20.20; Neuback dr. Madaras gyűjt. 2.20; Moskovics dr. Kassa gyűjt. 21.—; Matavovszky dr. Arad 5.—; a czizi fürdőben rendez. hangvers. jöv. Pazar dr. útján 72.—; Feledi dr. B. Gyarmat 2.—; Kelemen A. dr. T. Várkony gyűjt. 5.90; Plichta S. dr. Losonez gyűjt. 7.—; Schuschny H. dr. Budapest 3.—; Sängner M. tanár Lipese gyűjtése 200.64; Ringenbach dr. Kalocsa gyűjt. 5.—; Balogh dr. T. Alpár 1.—; Löhlein tanár Giessen II. gyűjtése: 12.20; Scheiber dr. Budapest gyűjt. 11.—; Nuszer L. dr. Munkács gyűjt. 9.—; Pflug Nánd. dr. Albert-Irsa gyűjtése 24.20 és 10 frank (4.94); Sziklai dr. Kis Zombor 1.—; Serly G. dr. Nagy-Károly gy. 34.—; Weisz dr. N. Atád 5.—; Liphay dr. Esztergom 3.—; Deutsch Artur dr. Budapest 5.—; Paikrt dr. főt. o. Budapest gy. 20.—; Bihari dr. M. Lapos gy. 2.—; Fleischmann dr. Bécs gy. 16.—; a Geburth. Gesellsch. Hamburgban 61.15; Renner dr. Budapest gy. 6.—; Molnár dr. Cs. Szereda 5.—; Karos dr. N. Kapos gy. 5.—; Kretschmer dr. Körmöczbánya —50; Brém dr. által a parádi fürdőben r. tombola jöv. 30.—; Fejér D. dr. Gy. Sz. Miklós 10.—; Petz dr. Győr gy. 25.—; Daday dr. Sz. Sz. György 2.—; Pick dr. Budapest 5.—; Vajna dr. Kovászna gy. 6.50; Reiss A. dr. Siklós gy. 4.50; az egyetemi tanársegédek Neupauer G. rav. tett koszorú kiadás többlete 8.—; Grosz Emil dr. Budapest 2.—; Zechenter dr. Körmöczbánya gy. 5.—; Jármay dr. az Ó-Tátrafűreden r. hangv. jövedelméből 25.—; Bokor Clarentius Pápa 2.—; Biharfürdő fürdőorvosa 34.—; Gerics dr. Petrovács 2.20; Neumann dr. Dombóvár 2.—; Klimcs Zs. dr. Sajó-Kazán gy. 8.50; Kohn dr. Bugyi gy. 3.50; Zwrn dr. Temesvár gy. 8.50; Frank dr. Stuttgart 2.—; Metszős S. dr. Bessen-zögg 2.—; Lorys Izor dr. 1.—; Maly A. dr. Temesvár gyárváros gy. 12.—; Kassovicz H. dr. Budapest gy. 7.—; Lundfors tanár Christiania 20.94; Gersuny R. tanár Bécs 10.—; A. F. A. King dr. Washington 75.35; a Frankfur M/m. orvosgyejesület és Stahl dr. gyűjtése 157.59; Némethy dr. N.-Szöllős 8.—; Glücksthal dr. Zenta gy. 16.—; Velits L. dr. Torda 2.—; Grób F. gyógyszerész Módos 2 frt. = összesen 1582 frt 84 kr. **Főösszeg 3621 frt 98 kr.** Budapest, 1893. augusztus 25-dikén. *Elischer Gyula* dr., mint a Semmelweis-émlék v. b. pénztárosa. Budapest, IV., Petőfi-tér 1.

### Vegyesek.

Budapest, 1893. augusztus 31-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. augusztus 13-tól augusztus 19-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 381 gyermek, elhalt 229 személy, a születések tehát 152 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, ronesoló toroklob 9, hökhurut 5, kanyaró 2, vörheny —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlöb 12, agyvérömleny 3, rángások 12, szervi szív-baj 8, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurüt 25, tüdőgümö és sorvadás 51, bélhurüt és bélob 49, gastro-enteritis 1, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák 1, Brigh-kör és veseib 3, angolkör —, görvénykör 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 9, aszkör, aszaly és sorvadás 1, aggkör 9, erőszakos haláleset 11. A fővárosi közkórházakban ápolta-tott e hét elején 1946 beteg, szaporodás 696, csökkenés 749, maradt e hét végén ápolás alatt 1893. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatal-nak 1893. augusztus 20-tól augusztus 27-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 15 (meghalt 2), bárány-himlőben 4, vörhenyben 16 (meghalt 1), kanyaróban 43 (meghalt 2), ronesoló toroklobban 35 (meghalt 10), torokgyikban 2 (meghalt 3), trachomában 5, vérhasban 1, hökhurutban 20 (meghalt 1), orbáncban 5. — A budapesti kir. m. tudomány-egyetemen a beiratásokat további intézkedésig elhalasztották.

△ **Hazai fürdők személyforgalma.** *Bártfa* (aug. 11.): 1999; *Buziás* (aug. 19.): 1586; *Herkulesfürdő* (aug. 27.): 6213; *Korytnicza* (aug. 21.): 1476; *Lipik* (aug. 17.): 2563; *Siófok* (aug. 21.): 1214; *Tátrafüred* (aug. 27.): 3866; *Alsó-Tátrafüred* (aug. 24.): 1906; *Új-Tátrafüred* (aug. 26.): 2285; *Vihnye* (aug. 17.): 1103.

— **Megjelent:** *Josef Körösi*: Ueber die Berechnung eines internationalen Sterblichkeitsmasses. Különlenyomat a „Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik“ VI. kötetéből. — *Drasche*: Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften. II. Abtheilung: Pharmakologie und Toxikologie. Heft 5. (Bleipäparate—Chininsurrogate). Max Merlin, Bécs és Lipese. Egy füzet ára 60 krajczár.

**Phenosalyl új antiseptikus keverék dr. Christmastól Párisban.** Sokszor próbáltak egyes antiseptikus szerek összeköttetésével erősb hatást, kisebb mérgezést, könnyebb oldhatóságot stb. elérni. Christian dr. ez irányban tett kísérletei új antiseptikus keverékhez vezettek, melynek ő *phenosalyl* nevet adott. A phenosalyl tiszta sűrű folyadék, mely a carbolsav keveréke salicyl- és benzoasavval, tejsavban feloldva. A bacteriologikus vizsgálatokból kiderült, hogy hatása a carbolsavnál tetemesen nagyobb s a bacteriumokat, nevezetesen a cholera, anthrax, tuberculo-

sis, tüdőlob, typhus, diphtheritis bacillusokat sokkal gyorsabban öli meg, mint a carbolsav. E mellett toxikus hatása a párisi akademia bizottsága szerint sokkal kisebb, mint a phenolé.

Daczára annak, hogy csak rövid idő óta ismeretes, sok klinikai kísérleteket tettek vele. Sebészi czélokra 1% oldat elég a kéz és eszközök leöblítésére. Fraipont tanár Lüttichben azt szüléseknél használta és igen kiemeli előnyeit a phenol felett. *Roskam* dr. és *Berger cystitis* purulenta eseteiben használták 2% oldattal tett befecskendések alakjában és 48 óra alatt gyógyulást értek el oly esetekben, melyeknél nem csak bórsav, sublimat és pokolkö oldatok, de a salol és terpeninolaj is eredmény nélkül használtattak. Úgyszintén alkalmazták azt impetigo ezematosa és gonorrhoeánál 1%-os oldatban, nemkülönben endometritis és urethritis-nél 2-10% phenosalyl-erayon alakjában. Végre *Berger* dr. phenosalyl kenőccsel (4 cgm. 5-8 gm. vaseline) blepharadenitisnél és 5% vizes oldatban kötőhártyaloboknál.

**Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda).** Meleg és langyos kénes források. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrástól. 45-60° C. *Rheumatikus bajok, izületi csúz, izom-csúz, csonthártyalob, syphilis, ischias és a legkülönbözőbb bőrbajok ellen. Nagy-Vöslai női és úri uszadék, vérképződési bajok, anaemia, sápkör, neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál.* A Szt.-Lukács-fürdő Nagy-Szállodában kényelmes lakások és kitünő ellátás. Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádfürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: *Bosányi Béla* dr. „Szt.-Lukácsfürdő“ részvény-társaság.

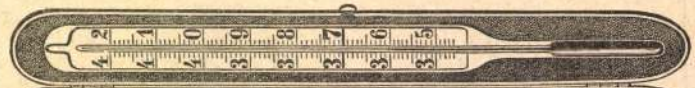
### Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. augusztus 24-től egész augusztus 30-ig ápolat betegekről.

1893.	Felvott			Elbocsátott			Megtelt			Maradt			Az ápolat közül			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban		az illői-úti kórházban	
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő	beteg	szülönő
Aug. 24	58	43	101	44	44	88	2	8	10	909	849	1758	869	43	31	815
" 25	43	41	84	58	37	95	1	2	3	893	851	1744	845	42	35	822
" 26	41	41	82	52	40	92	3	5	8	879	847	1726	858	42	32	794
" 27	36	24	60	43	30	73	3	2	5	869	839	1708	855	42	34	779
" 28	58	59	117	63	45	108	2	2	4	862	851	1713	864	43	41	765
" 29	60	55	115	29	33	65	1	5	6	892	865	1757	884	48	38	787
" 30	32	45	77	44	25	69	2	4	6	878	881	1759	888	48	37	786

**Dr. Dollinger Gyula**  
TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI  
INTÉZETE  
Budapest, VII., kerepesi-út 52.

34



Orvosi percz maximum hőmérő, legfinomabb minőségű nickel-vagy börtokban, vizsgálati okmányokkal, minden tekintetben megbízható. Egy db. ára 2.50 márka franco. **Wilhelm Uebe, Zerst-Anhalt.**

A nagymélt. m. kir. Belügyminister úr által közegészségi és közigazgatási czélokra szolgáló vizsgálatok végezésére a törvényhatóságoknak ajánlott

**NYILVÁNOS VEGYKISÉRLETI ÁLLOMÁS**

**Dr. Szilágyi Gyula,**

műegyetemi magántanár, kir. keresked. törv. hites vegyész,  
Budapest, Dalszínház-utca 10., az opera mellett.

Elvállal vizelet és egyéb váladékok, valamint mindenféle egészségügyi vizsgálatokat (tápszerek és élvezeti anyagok, ásvány- és kútvizsek, szeszes italok stb.). 1



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

*Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem (Kétli Károly r. tnr.) II. belkórodájából.*

Belgyógyászati casuistikus esetek.

Közli Imrédy Béla dr., tanársegéd.

A kórodákon elég gyakran oly esetekkel találkozunk, melyeknél a kórisme felállítása részint a tünetek bizonytalansága, részint a szokatlan körlefeljárás miatt igen nagy nehézségekbe ütközik, sőt némelykor diagnostikai tévedésekre szolgáltatnak okot. De éppen ezen esetek a kórodai pontos észlelés és a kórbonczolat ellenőrzése folytán rendkívül tanulságosak. Az így nyert tapasztalatok nézetem szerint nagyon érdemesek arra, hogy szélesebb körben is ismeretessé váljanak és azon kartársak, a kik csak magángyakorlattal foglalkoznak, a hol pontos, minden irányba kiterjedő vizsgálatok külső körülményeknél fogva többé-kevésbé kivihetetlenek és főleg az esetleges kórbonczolat által nyújtott ellenőrzés hiányzik, ezen esetek közléséből maguk részére is tanulságot vonhassanak le.

Ennek alapján az alább következő esetek közlését jogosultnak tartottam és főnkörm Kétli Károly tanár úr szives beleegyezésével egyelőre a következő eseteket teszem közzé.

### I. *Pyelithrombosis.*

K. M., 27 éves, napszámos, a ki váltólázban vidéken tartózkodván, igen gyakran 2—3 hétig tartó váltólázban szenvedett, 1889. márczius 27-dikén a II-dik számú belkórodára vétette fel magát. A beteg a gyakori váltóláz rohamaitól eltekintve, különben egészséges volt, állítása szerint szeszes italokkal nem élt vissza, bujakórban sohasem szenvedett.

Utolsó betegsége állítólag 1885-ben kezdődött, a midőn eleinte naponként, később harmad- majd negyednaponként ki- rázta a hideg. A váltólázrohamok végre háromnegyed év múlva minden orvosi beavatkozás nélkül megszűntek. Azóta a lépe nagyobb maradt és munka közben a lép táján fájdalmakat érzett. 1887-ben egy izben munka után hirtelen rosszul lett, összeesett és vagy 2—3-szor véres széke volt. A következő napokon a beteg igen halavány volt, gyengének érezte magát, sőt a hasa és lábai is megdagadtak. Állapota azonban csakhamar javult. 1888-ban tavasszal ismét egy párszor véres széke volt és a hasa is megdagadt. 1888-ban ősszel újra két egymás- után következő bélvérzés folytán igen sok vért veszített, miért is kórházba ment, a hol a betegnél csekély fokú lázt és úgy látszik hasvízkórt állapítottak meg. A beteg csakhamar javulva a kórházat elhagyta és dolgozni ment. 1889. január havában egy hétig hideglelés gyötörte és február 12—16-ig a gyakran ismétlődő bélvérzések ismét annyira elgyengítették, hogy kórházba ment. Ott február 19-dikére a hasa dagadt meg, később a lábai, mire 1889. márczius 12-dikén a II-dik számú bel- klinikára lett átvéve. Meg kell még jegyeznem, hogy a beteg vért nem hányt és sárgaságban nem szenvedett.

1889. márczius 12-dikén a jelen állapot a következő volt. A lesóványodott és fakó színű beteg látható nyákhártyái igen halaványak voltak. A beteg étvágytalanságról panaszko-

dott, míg széke rendes volt. A mellkas alsó része erősen tágult és a tüdők felett kopogtatási eltérés nem volt, a tüdőhatárok a rendesnél egy bordaközzelel magassabban végződtek. A tüdők felett mindenütt füttyhangok és bűgások voltak hallhatók. A szívcsücsöt a 4-dik bordaközben a középvonaltól 9 cm.-nyire tapintottuk, szívtempulát rendes nagyságú volt. A szív felett mindentütt systolikus fuvó zörejt hallottunk, a tüdőűtér II-dik hangja nem volt ékelt. A has erősen elődomborodott, a köldök elsímult, a köldök és kardnyujtvány között levő területen számos tágult vivőérből álló hálózat látszott. Szabad hasvízkór volt jelen. A lép mint tömött, tapintásra fájdalmas, a borda- ívet 20 cm.-nyire a köldök felé meghaladó daganatot tapintot- tuk ki. A májhoz a hasfalak erős feszülése miatt nem fértünk hozzá. Hőmérséke d. u. 38° C. volt.

A vizelet narancssárga, kissé zavaros, savi, fs. 1012, fehér- nyét csak nyomokban tartalmazott; górcső alatt 1—2 genyesejtet és lapos hámsajt, húgysavas sótörmelékét és jegeczeket lehe- tett benne látni.

A vérben a vörös véresejtet megfogytak, ugyanis 1 kmm. vérben 1.500,000 vörös véresejtet számláltunk, különben más eltérést nem találtunk.

A beteg 1888. márczius 12-dikétől május 22-dikéig tar- tózkodott a klinikán, mely idő alatt hasa 3-szor lett meg- csapolva. Mindannyiszor körülbelül 10 liter majdnem teljesen átlátszó zöldes-sárga savót bocsátottunk ki. Az első csapolás alkalmával a savó fajsúlya 1011.8 és fehérnyetartalma 2% volt. Csapolás után a máj mint kissé tömött, a bordaívet 3 harántujj- nyira meghaladó test volt kitapintható. A máj széleit nem sikerült körülfiggni. A beteg hasvízkórja minden csapolás után hamar meggyült, egyébként vizeletének napi mennyisége, daczára a húgyhajtók adagolásának, 1000—1500 kem. közt ingadozott. Majdnem állandóan volt hasmenése és hőmérséke néha 38° C.-ra emelkedett fel. A klinikát kissé javulva hagyta el.

Pár napi künn tartózkodás után nagyfokú hasvízkórja miatt ismét a klinikára jött 1889. június 1-én. Ekkor két napi megszakitást leszámítva, november 13-dikéig maradt a klinikán. Ezen idő alatt a beteg hasvízkórját 8—10 napi idő- közben 12-szer csapoltuk le. Az utolsó csapolást 1889. október 23-dikán végeztük. A lecsapolt folyadék majdnem mindig tiszta zöldes-sárga savó volt. 1889. szeptember 5-dikén végzett csapolás alkalmával a májat már nem lehetett tapintani. Vizeletének napi mennyisége ismét 1000—1500 között inga- dozott és fehérnyét nem tartalmazott. Hasmenése folytonosan fennállt.

A beteg ekkor elhagyta a klinikát és 1892. december elejéig elég jól érezte magát, úgy hogy időnként dolgozhatott is. Többször bejött a klinikára s itt fektűt egy pár hétig, esetleg hónapig a szerint a mint azt állapota követelte. Ezen időszakról, mely 3 évre terjed, röviden csak annyit akarok közölni, hogy a beteg hasvízkórja állandóan megmaradt, de a szabad folyadék mennyisége nagyon változó volt. A beteg hasa néha erősen elődomborodott, máskor lelapult, hascsapolás azonban 1889. október 23-dika óta nem vált szükségessé. A tüdőcsücsök felett lassanként körülirtan igen érdessé vált a lélegzés, a köpetben bac. tuberc.-t nem találtunk. A szíven semmi változás sem mutatkozott. A máj tempulata lassanként megkisebbedett, a lép hol nagyobb, hol kisebb lett, utóbbi



különösen a lép rendszeres villanyozásakor. A vizeletben rendellenest nem találtunk. A székletét többnyire hasmenés alakjában jelentkezett, néha véres volt, igen ritkán tisztán vérből állott. A hőmérsék különösen 1892-ben gyabrabban emelkedett  $38^{\circ}$  C-ig, vagy a felé s néha a beteget kirázta a hideg. Utóbbi alkalmakkor vett vérben malaria plasmodiumot nem találtunk.

A köldök és kardnyujtvány között levő vívőeres hálózat az egész idő alatt lényeges növekedést nem mutatott.

1892. december 6-dikától félbenhagyó láz jelentkezett diffus huruttal a tüdőben és igen heves fájdalommal a jobb mellkasfélben. Állapota december 12-dikéig nem változott, azonban ettől kezdve igen heves hányási inger és hányás, hasmenés és állandó magas láz ( $39^{\circ}$  C) súlyosították a körképet. A has felett lényeges változást nem lehetett kimutatni.

December 18-dikától fogva a hányás megszűnt és helyette igen erős garat- és gégehurut jelentkezett. A tüdőben a kiterjedt hurut még folyton fennállt, minélfogva a beteg lélekzete igen nehéz volt. A vér- és köpetvizsgálat negatív. A beteg naponta 3—4-szer ürített hig széklet.

December 30-dikáig a beteg állapota mindig súlyosabbá vált. A jobb tüdő csúcsa felett tompulat fejlődött és ugyanott hörgi légzés volt hallható. A köpetben hosszas vizsgálat után első ízben sikerült bac. tuberculosist találni. A has felett tapintva itt-ott nagyobb ellentállást nyújtó területeket lehetett tapintani, melyek felett a kopogtatási hang tompult dobos volt. A máj és a lép változatlan maradt.

1893. január 3-dikáig a beteg már igen elgyengült, a láz antipyreticák daczára állandóan  $39^{\circ}$  C. körül maradt meg. A tüdők és has felett a vizsgálatok december 30-dika óta változatlanok maradtak. Ezen napon délután  $\frac{1}{2}$  órakor vérhányás lépett fel, melyhez a következő napon véres széklet is csatlakozott. A vérhányás többször ismétlődött, a láz nem csökkent, minélfogva a beteg mindinkább kimerült és január 5-dikén délben meghalt.

A boncsolás 1893. január 7-dikén végeztetett, mely alkalommal felvett bonczjegyzőkönyvet teljes szövegében közlöm.

A hulla magasabb termetű, mérsékeltén táplált, halvány barnás, hátán kevés halvány szederjes hullafolttal ellátott, hajzat fekete, láták középtágak, egyenlők, nyak középhosszú, mellkas domborad, has mérsékeltén elődomborodó, feszült, a köldök tájékán számos egész lúdtollvastagságú vívőerekkel ellátott.

Koponyaboltozat középvastag, szivacsos, kemény agykéreg mérsékeltén feszült, lágy agyburkok és az agy vérszegények, nedvdúsak.

Pajzsmirigy halvány barna vörös, vérszegény, kolloid-tartalmú. Gége, légeső nyákhártyája halavány vörös, sárgás-barna pépes hányadékkal fedett. Tüdő felső lebenye mellkashoz rögzített; a felső lebeny megnagyobbodott, legnagyobb kiterjedésében nagy tömörségű, légtelen, részint szürkés vörhenyes, részint sárgás-fehér, vérszegény, metszlapján finoman szemcsézett, vakarásra kevés sűrű törmelékkel nyújtó; a felső lebeny szélei halvány vörhenyesek, finoman habzó savóval beszűrődtek, néhány babnyi sárgás-vörhenyes tömött légtelen góczytól áthúzódottak, a középső s alsó lebeny középvértartalmú, barna-vörös, finoman habzó savót ürítő. Bal tüdő barna-vörös, középvértartalmú, széli részletei kivételével, melyek puffadtak, durván habzó savót ürítők, mindenütt finoman habzó savóval beszűrődtek.

Szívburok ürében körülbelül 30 gm. tiszta sárga savó. A szív bal felében összehúzódott, valamivel nagyobb, izomzata halavány barna-vörös, középtömött, ürei közül a gyomrocs tágult, gerendezete lelapított, valamennyi sötétvörös, lazán alvadttal vérral és borostyánkőssárga fibrin alvadékkal-kitöltött.

A hashártya mindenütt szakadékony kötőszöveti álhártyákkal fődött, a beleket fedő részlete egymáshoz erősített; a máj alsó felszíne és a gyomor között körülbelül 1 liter tiszta, szintelen savó. A máj gyomorvégi szalagját fedő darabja erősen vastagodott, szívós, porczkemény, heges.

A máj minden, de főleg hosszirányban erősen megkisebbedett, lelapított, halavány sárgás-barna, igen vérszegény, szakadékony, a Glisson-tok vastagodott,  $\frac{1}{2}$ —1 centiméternyi,

szívós heges kérget alkot, mely a máj alsó felszínén porcellán-fehér, némi reczézetet mutató, heges. A vena portae-nak törzse a szívós heges hashártya által körülvevett falzata vastagodott, szívós, üre halvány-barnás, nedvszegény, thrombussal kitöltött, mely a fallal erősen összekapaszkodott, s mely egyes halvány sárgás-fehér meszes góczykat mutat. A felső vena mesenterica hasonlókép heges szívós falzatú, üre a mesenterialis ágak összerésére helyén szívós kötőszöveti hárták által elzárt, szilvalészinű thrombusrészekkel kitöltött. A lép-visszér beömlési helyének szomszédságában körülbelül 10 cm. hosszúságban hasonlóképen erősen tapadó régi alvadékkal kitöltött, erősen tágult, ürterének kerülete 2 cm., falzata vastagodott, merev, behártyája egyenetlen, számos krajezárnál nagyobb convex-concav mézlemezekkel behintett.

Lép  $3\frac{1}{2}$ -szer akkora, halvány vörhenyes, vérszegény, középtömött, burka, 2—3 mm. vastag, opák, porczkemény, a környezettel szívós álhártyákkal összekapaszkodott. Gyomor középtág, fala vastagodott. Nyákhártyája vérszegény, vizenyős. Cardia szomszédságában, mint a bázis alsó részletében számos kanyargós lefutású tollszár vastagságú vívőerekkel ellátott. A gyomorban körülbelül 1 kg. ételmaradékkal kevert, részint barna vörös, részint fekete-vörös véralvadék.

Belek nyákhártyája halvány, vizenyős, folliculusokban megfelelően palaszürkén festenezett, ürükben mindenütt szilvalészinű, kátránszerű hig vér.

Vesék vérszegények, szürkés rózsaszínűek, középtömötték. Húgyhólyag nyákhártyája halvány, ürében kevés tiszta vizelet.

Kórbonczani körjelzés: Pneumonia labularis caseosa tuberculosa in lobo superiore pulmonis dextri. Thrombophlebitis fibrosa obliterans venae portae, mesentericae superioris et partis vicinae, venae lienalis post peritonitidem chronicam fibrosam cicatrisantem, praecipue ad faciem inferiorem hepatis subsequente dilatatione venarum lienalis, oesophagei, gastricae et Sappey, haemorrhagia recenti gravi in cavum gastro-intestinales, tumore lienis chron., hydrope ascite insaccata. Endophlebitis chronica deformans cum laminis petrificatis venae lienalis dilatatae. Peritonitis chronica adhaesiva fere universalis. Anaemia universalis.

Midőn a beteg a kórodát először felkereste és a csapolás útján a hasürből nyert folyadékról a vegyi vizsgálat alapján kintunt, hogy az transsudatum, két eshetőség merült fel. Az egyik szerint a verőcse-érbeli pangást a máj zsugorodása, a másik szerint a verőcse-ér megbetegedése, illetőleg thrombosisa okozhatta. Már most a kórelőzményi adatok, úgy mint az előment váltóláz, mely tudvalevőleg májzsugorodást okozhat, továbbá azon körülmény, hogy a beteg napszámos létére valószínűleg pálinkát rendszeren ivott, inkább a mellett szólottak, hogy májzsugorodással van dolgunk. Ezen felvételünk ellen a megelőző elég gyakori bélvérzések nem szólottak, mert mint tudjuk, májzsugorodásnál igen gyakran állanak be bélvérzések és a kórodán nem régen egy hasonló esetet volt alkalmunk észlelni, a melynél a gyomor-bélvérzések az egész körképet uralták.

Az első csapolás után a májat mint tömött testet ki tudtuk tapintani és tekintetbe véve a kopogtatás által nyerhető adatokat, felvettük, hogy a májzsugorodás első szakával van dolgunk, midőn a máj még nem kisebbedett meg. A betegség további lefolyása, nevezetesen a hasvízkórnak csapolás után való rendkívül gyors megnövekedése, minek következtében a beteget 8—10 napi időközökben meg kellett csapolni, kórisménket kissé megingatta. Ugyanis egyszerű májzsugorodásnál a hasvízkór a csapolás után csak hosszabb idő múlva gyülemlik fel újra előbbi fokára. A hasvízkór csapolás után beálló gyors megnövekedése épen a vena portae thrombosisára jellegző. Azonban 1889. szeptember havában csapolás után a májat már nem sikerült kitapintani és később a májtompulat magassági átmérője is fokozatosan kisebb lett. A máj tehát észlelésünk alatt mindinkább kisebb lett. Ezen körülmény a májzsugorodás felvételét teljesen jogosultnak tüntette fel annál is inkább, mert 1889. október havában végzett csapolás óta a hasvízkór nem ért már el oly terjedelmet, hogy művi beavatkozás vált volna szükségessé. Végül a betegség hosszú lefolyása is kórisménket megerősíteni látszott.



Tehát a körelőzményi adatok, egybevetve a májnak mintegy szemünk előtt végbemenő megkisebbedésével, a lép-megnagyobbodással és hasvízkórral a májszregorodás kórisméjét teljes jogosultnak tüntették fel. A kórbonezolat azonban tévedéstünk napfényre hozta, de egyszersmind az esetet ránk nézve igen tanulságossá tette.

Tévedéstünk főoka a máj szemünk előtt bekövetkezett megkisebbedése volt, a melyet a máj zsugorodására vezettünk vissza. Ugyanis a vena portae thrombosisánál a máj nem kisebbedik meg, rendes nagyságú marad. Csak kivételesen észlelhető, hogy ha a thrombus a vena portae egyes a májban levő főbb ágaiba felterjed, ezek körül kötőszöveti túltengés és ezt követő zsugorodás áll be, mely a májat kisebbítheti. Ilyenkor azonban a máj lebenyes alakot vesz fel, tehát a máj megkisebbedése nem lesz minden irányban egyenletes. A mi esetünkben a máj minden irányban való megkisebbedése egy véletlen szövödmény volt, melyet a Glisson-féle tok lobos megvastagodása és a májra gyakorolt nyomása okozott. Ezt persze, mivel az élőben a Glisson-féle tok lobjának tünete nem volt, nem ismerhettük fel. A vena portae thrombosisának kórisméje nehezen állítható fel, és ha már most ily szövödmény társul hozzá, azt hiszem, bátran mondhatom, hogy nem is ismerhető fel.

Ha a kórbonezolatot jegyzőkönyvet figyelemmel végig olvassuk, rendkívül érdekes azon körülmény, hogy a betegnél a hasvízkór a nagyfokú thrombosis daczára a beteg életének utolsó 3 évében nagy fokot nem ért el. A kórbonezolat lelet, de még a klinikai tünetek is a mellett szólnak, hogy a thrombosis már legalább 1889-ben ugyanolyan terjedelemben állhatott fenn mint a bonezolatkor. Ugyanis a thrombusok már mind régiiek voltak és épen 1889-re esik azon idő, midőn 8—9 naponként 15-ször egymásután meg kellett a beteget csapolnunk. Valószínű tehát, hogy ezen idő alatt collateralis vérkeringés fejlődött ki. A kórbonezolatot jegyzőkönyvben különben különösen az oesophagus és Sappey-féle vivőerek nagymérvű tágulása fel van említve. Tehát részint ezeken, részint az alsó haemorrhoidalis vivőeren át ismét a nagy vértörbe juthatott a verőce-ér területéről a vér. Ezen collateralis vérkeringés nézetem szerint a nagy pangás és hasvízkór felszaporodásának megakadályozására magában nem lett volna elég. Ehhez nagy mértékben hozzájárult a folytonos erős hasmenés is, minek következtében a beteg szervezete nagy nedvesítésnek volt kitéve és a szervezet a hasvízkór felszaporodását mintegy önként akadályozta meg. Ha még azt is tekintetbe vesszük, hogy a sokszoros bélvérzés következtében a beteg még vérszegény is lett, könnyen érthetővé válik az, hogy a nagymérvű thrombosis daczára a beteg életének utolsó 3 évében a hasvízkór nem ért el nagy terjedelmet.

Végül fel akarom még említeni esetünkben a betegség hosszú lefolyását. A vena portae thrombosisáról általában véve mindent azt találjuk felemlítve, hogy a betegség rövid lefolyású s csak *Eichhorst* idézi *Alexander* esetét, mely 6 évig tartott. Ha mi betegünkkel kutatjuk a betegség valódi kezdetét, úgy visszamehetünk egész 1887-ig, a mely esztendőben a bélvérzés először jelentkezett. A beteg 1893-ban halt el, tehát ez esetben is a betegség körülbelül 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—6 évig húzódt.

A vena thrombosis okát a vena portae körül ismeretlen oknál fogva fellépett körülírt hashártyalob képezte. Általában véve a vena portae thrombosisának leggyakrabban ily körülírt hashártyalob az oka, t. i. a lob a vena portae-ra átterjed, vagy álhártyák képződnek, melyek a vena portae-ra nyomást gyakorolva, annak térfogatát kisebbítik és ez által a thrombus-képződést elősegítik. A körülírt hashártyalob a Glisson-féle tokra is átterjed, mely megvastagodott és minden irányban a májat egyenlően összenyomta és kisebbítette. Még később, valószínűleg a kórházi tartózkodása alatt, tüdőgümőkór lépett fel és ennek hirtelen terjedése vetett életének véget, természetesen a halált a pylethrombosis okozta bélvérzés csak siettette. Meg kell még jegyeznem, hogy a beteg élete utolsó havában kiterjedt hashártyalobot vehettünk már fel, melyet a tüdőbeli folyamatra való tekintettel szintén gümőkóros eredetűnek tartottunk, holott az a régi körülírt hashártyaloból indult volt ki.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetével kapcsolatosan álló Pasteur-intézetből.

Néhány lázellenes szer egymással való összehasonlításáról és a láz theoriájáról.

II-dik közlemény. Az antinervin, chininum sulfuricum, bromkalium, carbolsav és hidegvíz-kúra lázcsillapító hatásának magyarázata.

Közli: Reich Lajos dr., intézeti tanársegéd.

(Vége.)

### Chininum sulphuricum.

A chininum sulphuricum behatóbb gyógyszer-tani fejtegetésébe nem kívánok ezúttal bocsátkozni, csak azt jegyzem meg — mint ismeretes tény —, hogy a tiszta valódi chininsulphat finom, selyemfényű, hófehér, tiszta kristályokból áll, mely körülbelül 800-szoros hideg, 35 szörös meleg vízben és 60-szoros meleg alkoholban oldódik. Aether nem oldja. Oldja még továbbá a creosot és glycerin. Legszebben oldódik, mint hasonlóan ismeretes, savanyú oldatban. Ez utóbbit választottam kísérletes vizsgálataim megtételére. Lemért mennyiségű chininsulphatot meghatározott mennyiségű vízbe tettem s néhány csepp kénsavval oldottam fel s vittem nyulak bőre alá. A hőmérési és a többi eljárási módzatok előbbi kísérleteimnél említve voltak.

A vizsgálati eredmény a következő volt:

A láztalan időszak tartamára vonatkozólag: 5 cgm. chinin. sulph. részben a minimumra szállította le a lázat, részben, mint néhány esetben találtam,  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  órai láztalan állapotot adott; 10 cgm.: 3  $\frac{1}{2}$  usque 4 órai, 15 cgm.: 5 órai, 20 cgm.: 7 órai, 25 cgm.: 4 kísérlet közül 1 esetben 10 órai, 1 esetben végig láztalan állapotot, 2 esetben halált eredményezett és pedig ez utóbbiak közül 1-szer 2 $\frac{1}{2}$  óra mulva, 1-szer 8 óra mulva a befecskendezés után állott be az exitus letalis; 30 cgm.-nyi adagnál: 5 eset közül 1 esetben 18 órát, 1-szer végig láztalan állapotot, 3-szor halált eredményezett.

40 cgm.-nál 4 eset közül 3 elhullott mintegy 2—3 óra mulva, egy esetben 8 óra mulva, 50 cgm.-ra gyorsan állottak be a mérgezési tünetek és 1—2 óra mulva következett a halál.

Azon kérdést illetőleg, hogy melyik adag mennyi idő alatt nyomta le a lázat, 5 cgm. chininsulphat: circa 1 óra mulva; 10 cgm.: 40—50 perc alatt, 15 cgm.: 30 p., 20 cgm.: 20—25 p., 25 cgm.: 15 p., 30 cgm.: 10 p., 40—50 cgm.: 5—8 p. alatt képes volt a lázas hőmérséklet láztalanná tenni.

A szállított hőmérséklet minimumát illetőleg 5 cgm.: 39.5° C.-ra; 10 cgm. 37.8° C.-ra; 15 cgm.: 37.5° C.-ra; 20 cgm.: 37.0° C.-ra; 25 cgm.: 36.5—37.0° C.-ra szállította le; 40—50 cgm. végig láztalan állapotot vagy halált eredményezett.

Összehasonlításnál azt találjuk, hogy a láztalan állapot fentartását illetőleg felülmúlja úgy az antipyrin, mint a natr. salicyl.-t és az antinervin, a mennyiben 2-szer sőt 3-szor, nagyobb adagjainál 5-ször nagyobb terjedelmű láztalan időszakot eredményezett, mint az antipyrin;  $\frac{1}{2}$ -szer nagyobb mint a natr. salicyl. és 2-szer illetve 3-szor nagyobb mint az antinervin és csaknem eléri az antifibrin, sőt nagyobb adagjainál azt túl is haladja. Erőssége kitetszik abból, hogy — a többi antipyreticákkal szemben — aránylag már kis adagban halálhozó. Így egy esetben már 25, több esetben 30, 40, 50 cgm.-nál már megölte az állatot.

A láz leszállításának idejét tekintve gyorsabban szállítja le a lázat mint az antipyrin, natrium salicylicum és antinervin; az antifibrinnel szemben a kis adagokig egyenlő idő alatt, a nagyobbakban túlhaladja azt.

A szállított hőmérséklet-minimumot illetőleg lejjebb szállítja a lázat, mint eddig általam vizsgált bármelyik antipyreticum. Itt még megjegyezni kívánom, hogy *Gottlieb*<sup>1</sup>, *Levitsky*<sup>2</sup> és

<sup>1</sup> Arch. für exper. Path. et Pharm.

<sup>2</sup> Virchow: Archiv für Path. Anat. und Physiol.



mások is tettek chininsulphattal kísérleteket, és pedig *Gottlieb* agysértéssel előidézett lázakon, *Leviczky* nem lázas, hanem rendszeres hőmérsékű nyulakon végezte és pedig a vérbe fecsekedezve.

Ők is azt találták, hogy a chininsulphat egy igen erősen ható s nyúlnál gyorsan halálhozó szer.

\*\*\*

S most a későbbi fejtegetéseim céljából a *bromkalium* lázcsillapító hatásáról kívánok szólni. *Semmola*<sup>1</sup> a bromkaliumot a „neurotica cerebrosinialia” közzé sorozza s kifejti, hogy hatása *egyidejűleg* az agy és gerinczagyra van irányozva, a nélkül hogy ezek egyikének valamelyik részére különösbbe hatna. Egyáltalában az agy és gerinczagyra ható *csillapító szer*, úgy hogy a „cerebrosinialia sedativa” nevet méltán viselheti.

A bromkalium — *Semmola* leírása szerint s mint egy általában ismeretes is — fehé, fényes, sósízű jegecz, mely 2 rész vízben, 200 rész alkoholban oldódik. A vegytisztasága a hatásra nagy befolyással van s legveszélyesebb hamisítását képezi a *bromsavas kalium*, melyből a brom a gyomorban könnyen szabadlá lehet.

Tudomásom szerint a bromkaliumot mint *antipyretikus hatású gyógyszer* eddig senki sem vizsgálta. Azt azonban, hogy a hőmérséklet leszállítja, már *Krosz* tapasztalta embereken, ő pedig *Maclean*-tól lett erre felhiva.

Embereken tett megfigyelések azt mutatták, hogy a bromkalium 1 gm. nyi adagja néha általános izomkifáradást, rossz közérzetet okoz (Saison). Hosszabb ideig tartó használatánál nyomó érzés lép fel az egész fejen, a sensibilitás csökken, különösen a nyelven és az inyen; nagyobb adagoknál több ideig alkalmazva — mint magamnak is volt alkalmam tapasztalni — a bőr érzékenysége is csökken. *Bill* továbbá azt is találta, hogy bromkalium használatánál a szénsav eltávolodása kezdetben csökken, később azonban emelkedik.

*Krosz* a bromkalium főhatását abban gondolja, hogy hűdés lép fel általa azon összekötő idegrostokban, mely a gerinczagy érző és mozgató idegsejtjeit egymással közvetíti, úgy szintén hűdíti azon vezetést, mely részben az agy és medulla oblongata érző sejtjeit, részben a nagy agyhemisphaerák psychikus centrumát és mozgató elemeit összekapcsolja. S ebből magyarázza ki a bromkaliumnak az agy és gerinczagyra való deprimáló hatása folytán létrejött sedatív hatását.

Nyulaknál tett kísérleteim megegyeznek *Eulenburg* és *Guttmannéval*; én is azt találtam, hogy már 2—4 gm.-nál gyorsan áll be a *collapsus*, *anaesthesia*, *paralysis* és *halál*.

*Krosz* szerint előbb áll be a gerinczagy hűdése s csak azután a peripherikus idegeké s így tudjuk magunknak megmagyarázni *Martin-Damourette* és *Pelvet* állításait, hogy t. i. előbb áll be a halál, mint a sensibilitás megszűnése, s az idegforzsek ingerlékenysége előbb szűnik meg, mint az izmoké. S most a bromkalium antipyretikus hatását kívánom ismertetni.

A bromkaliumot vízben feloldva vittem bőr alá, az eljárás módját megegyezik előbbi kísérleteimnél említettel.

20 cgm. bromkalium volt azon minimalis adag, mely a lázat már csillapította, itt megjegyzem, hogy ezen legkisebb adag 6 eset közül 4 ben nem volt képes a lázat megszüntetni, 2 esetben igen s mintegy 1 órai láztalan állapotot adott; 25 cgm. : 1½ órai, 30 cgm. : 2¼ órai, 40 cgm. : 3 órai, 50 cgm. : 5 órai, 60 cgm. : 5½ órai, 75 cgm. : 6½ órai, 90 cgm. : 8 órai, 1 gm. 10 órai, 125 cgm. : 12 órai, 150 cgm.-tól egész 200 cgm.-ig végig láztalan állapotot adott. Két grammon felül halálos volt; néha 24—36 óra múlva, néha pedig gyorsabban állott be a halál, megelőzve ezt mérgezési tünetek, melyek néha több ideig fennállanak.

Azon kérdést illetőleg, hogy mennyi idő alatt szállítja le a lázat, az antipyretikus szerekkel való összehasonlításnál szembevetendő azon körülmény, hogy a bromkalium hosszú időt igényel, míg hatása érvényre juthat a lázcsillapításnál. Így 20—30—40, 50—60 70—80—90 cgm., sőt 1 gm.-nyi adagnál is egy teljes óra szükséges, míg a lázat leszállítani képes;

125 cgm. 30 perc alatt, 150 cgm. 15—20 p. alatt szállítja le a lázat, 2 gm.-nál már csak 10—15 percnyi idő szükséges, hogy a bromkalium hatása nyilvánuljon.

Azon hőmérséki fokot illetőleg, melyet a bromkalium adagai, mint minimumot létesíteni képesek, az eredmény az, hogy a bromkalium ebben a pontban gyenge szerepet játszik, alig 1—1½° C.-sal képes a hőmérsékletet leszállítani, tehát ebben a tekintetben messze elmarad az antipyreticáktól.

Így 20 cgm.-nál a leszállított minimalis hőmérsék: 39°6' C.; 25—30 cgm.-nál: 39°5' C., 40 cgm.-nál: 39°4' C., 50 cgm.-nál: 39°2', 60 cgm.-nál: 39°0'; 75 cgm.-nál 38°8' C., 90 cgm.-nál: 38°2' C., 1 gm.-nál: 38°2' C., 125 cgm.-nál: 38°0' C.; 150 cgm.-tól egész 2 gm.-ig, mivel részint végig láztalan állapotot, részint halált eredményeztek ez adagok, a leszállított minimalis hőfok: 23°4' C. volt.

Összehasonlítás tekintetében a bromkaliumot csupán a láztalan állapot tartamára vonatkozólag lehet összehasonlítani az antipyreticákkal.

Igy az antipyrinnél — ½ grammos adagig — 1 órával; ½ grammon felül 1½—2 órával kevesebb láztalan időszakot ad; a natrium salicylicum-nál 40 cgm.-os adagig 3-szor, ezenfelül 2½-szer kevesebb láztalan időt nyújt; az antinervinnél 40 cgm.-ig 3-szor; ezenfelül mintegy 2½-szer kevesebb láztalan időszakot ad; az antifebrinnél 40 cgm.-ig 4-szer, ezenfelül 3½-szer kevesebb láztalan időszakot ad.

Ezekből azt látjuk, hogy a bromkészítmények, bár a hőmérsékletet lassan szállítják is le s a leszállított hőmérsékminimum nem nagy fokot ér el, határozottan lázcsillapító szerként tekintendők.

\*\*\*

A mult évben megjelent közleményemet, melyben az antipyrin, antifebrin, natrium salicyl., morphiun, alkohol, chloralhydrat lázcsillapító hatásáról értekeztem, azzal zártam volt be, hogy „csak egyféle láz létezhetik s ezen lázat nem tarthatjuk egyébként, mint az idegrendszer izgatottságának s a lázellenes szerek hatása csakis ezen izgatottság megszüntetésének következménye”. Az antipyretikus szerek tehát úgy tekintendők, mint a központi idegrendszerre csillapítólag ható szerek s ép oly jogosan megilleti őket a „cerebrosinialia sedativa” jelző, mint bármely más bromkészítményt.

*Jendrassik Ernő* tanár úr az előadáshoz fűződött eszmecserében azon véleményének adott kifejezést, hogy azon álláspontomat, hogy minden láz ideges eredetű, elfogadja. A kérdés sarkpontja azonban — szerinte — az, hogy hogyan mulik el a láz? a lázcsillapító szerek az idegrendszerre direct hatnak-e s okozzák a hőmérséklet leszállítását, vagy pedig a lázat okozó — valószínűleg — bacteriumok productumait kötik-e meg?

*Jendrassik* tanárnak ezen igen elmésen felvetett kérdése tulajdonképen az, mely körül mostani fejtegetéseim forognak.

Igyekezem kimutatni ugyanis azt, hogy az antipyretikus szerek direct az idegrendszerre hatnak s a hőmérséklet leszállítása a lázcsillapító szerek által nem a bacteriumok és ezek productumainak lekötése folytán jött létre, hanem mivel az antipyreticák cerebrosinialia sedatívák lévén, a bacteriumok és productumaik vagy bármi más által létesített „ideges eredetű lázat” — most már joggal nevezhetem így — mint az idegrendszer izgatottságát lefokozzák.

Hogy az antipyretikus szerek az idegrendszerre lefokozólag hatnak, már empyrice is be van bizonyítva. Hiszen már *Lepine* volt az első, ki a „tabes dorsalis” szaggató fájdalmait, mely kétségkívül idegrendszerből eredő bántalom, antipyrinnel és később antifebrinnel szüntette meg. Eltekintve attól, hogy *Korányi* tanár úr klinikáján — még hallgató koromból emlékszem — a chorea gyógyítását antipyrinnel és antifebrinnel eszközölte, csak legújabbban jelentek meg közlemények a bécsi „Allg. Krankenhaus”-ból, hol *Kronfeld* dr. az antipyrin gyógyító hatásáról értekezik epilepsia, hysterio-epilepsia és choreát illetőleg. Már pedig ezen bántalmak mind idegbántalmak. Igaz ugyan, hogy újabbban a choreát valami bacteriumra akarják visszavezetni, de ezt azt hiszem korai dolog volna még eldönteni. Jónak találták az antipyrin pertussisnál is, mely hasonlóan ideges eredetű; *Bókai János* tanár vezetése alatt álló Stefánia-

<sup>1</sup> *Arzneimittellehre* 1883. II.



gyermekkorházban pertussisban szenvedő gyermekek orvoslásánál az *antipyrin*t és *bromkalium*ot jó sikerrel rendelik, sőt *Sonnenberg* az *antipyrin*t a pertussis specificumának tartja.

*Wollner* a „Münch. med. Woch.“ 1892. 5-dik számában a choreát *antipyrin*nel gyógyítja; *Legroux* a párisi orvosi akademiában tett jelentése szerint 6 choreát gyógyított meg *antipyrin*nel, *Grün, Lilienfeld* ugyane bántalom ellen találták megfelelőnek az *antipyrin*t.

*Robin, Mendel* az epilepsiát gyógyítják *antipyrin*nel.

Az epilepsiának *antipyrin*nel való orvoslását illetőleg a már előbb említett *Kronfeld* közleményéből érdekesnek tartok felemlíteni 3 kóresetet, hol az epileptikus rohamok teljesen kimaradtak; e 3 eset közül az egyik egy 19 éves leányra vonatkozik, kinél a felvételtől kezdve 3 napon át naponta 2—2 roham volt jelen s *antipyrin* napi  $2\frac{1}{2}$  gm. adagjaira, bár több ideig maradt még a kórodán, több roham nem jelentkezett.

*Bókai Árpád* tanár az „Újabb gyógyszerek“ című munkájában az *antipyrin*t mint „nervinum“ szert is említi s felhossa, hogy *Sée* és *Dujardin-Beaumont* *angina pectoris*nál alkalmazták jó sikerrel. *Gönnér* pedig a *diabetes mellitus*nál, mely bántalom — azt hiszem — hasonlóan idegrendszer eredetű, a 3%-nyi cukrot napi 3 gm. *antipyrin*nel ad minimum volt képes reducálni. Az antifebrint mint *nervinum*ot *Dulácska, Herczel* dr.-ok dicsérik s *Jendrassik* tanár is jó eredményt ért el vele tabetikusok és dementiások izgatottsági fájdalmainál. Ezen adatokból nem azt a határozott állítást kívánom levonni, hogy az *antipyrin* szerek gyógyítják az epilepsiát vagy más ideges bajt, csak azt kívánom hangsúlyozni, hogy az *antipyrin* szerek határozottan befolyással bírnak az idegbántalmakra, s hogy tehát „idegrendszerre ható szerek“.

S most, hogy az *antipyrin* szerek a hőmérsék leszállítását direct az idegrendszer útján s nem a bacteriumok és ezek productumainak lekötése folytán eszközlik, bizonyítja azon körülmény, melyet házi nyulakon tett számos saját és más szerzők kísérletei is mutattak, hogy az *antipyrin* szerek a rendes hőmérsékletet is leszállítják, hol tehát ép, egészséges lévén a szervezet, nincs láz, s így nem is lehet jelen lázat okozó bacterium, tehát csakis az idegrendszer útján történhetik az.

A *bromkalium*nak az általam fentebb kimutatott és említett azon hatását, hogy a lázra csillapítólag hat, azt hiszem senki sem tartja bacteriumölő hatásnak, már azért sem, mivel embereken is, kiken láz nem volt jelen s idegbántalmuk ellen szedték a *bromkalium*ot, észleltek hőmérsékleszállást, hanem tudvalevőleg a *brom* csillapítólag hatván az idegrendszerre, csökkenti a hőmérsékletet.

\*\*\*

Még meg akarok emlékezni azon kísérleti eredményeimről is, melyet *carbol-oldat*nak lázas nyulak bőre alá fecskendezése által elértem.

3%-os *carbol-oldat*ot készítettem s ebből *Pravatz*-fecskendő segítségével juttattam fokozatosan nagyobb dosisban más-más nyulnak bőre alá. S azt találtam, hogy 8 *Pravatz*-fecskendő, tehát 24 cgm. tiszta *carbol* azon minimalis adag, mely nyulnál ténylegesen lázcsillapítólag hat, a nélkül, hogy valami káros következmény állana be.

A *carbol-oldat*nak ezen lázcsillapító hatását most úgy is lehetne értelmezni, hogy a *carbol-oldat* ilyen nagy mennyisége a szervezetbe bejutván, megsemmisítette a lázat okozó bacteriumokat, vagy lekötötte azon bacterium productumát, mely a lázat okozza.

Ezen értelmezés azonban megdőlt, ha olvassuk *Husemann* következő sorait: „Die an Thieren ausgeführten physiologischen Versuche in Zusammenhang mit den Beobachtungen am Menschen lassen keinen Zweifel darüber, dass die entfernte Action der Carbolsäure besonders auf die Nervencentren gerichtet und in Hinsicht auf die Lähmung der centralen Thätigkeiten, der Vernichtung des Bewusstseins und der willkürlichen Bewegung, dem Alcohol analog ist. Daneben wirkt sie reizend und schliesslich lähmend auf das respiratorische Centrum, worin sie ebenfalls dem Alcohol gleich ist, und bei Säugethieren und Vögeln reizend und später lähmend auf die

motorischen Centren.“ „Der arterielle Blutdruck und die Temperatur werden durch Carbolsäure herabgesetzt.“

Így tehát a *carbolsav*nak hőmérsékleszállító képességét *Husemann* ezen véleménye szerint csak az idegrendszerre való hűdítő hatásában kell keresnünk. Az *alkohol*nak hőmérsékleszállító képességét, melyet az idegrendszer útján fejt ki, s mely *Husemann* szerint analog a *carbol* hatásával, előző értekezésemben bőven fejtegettem. S ide vezethető vissza az *alkohol*nak, akár *cognac*, akár *bor* alakjában való sikeres alkalmazásának indiciója a lázas fertőző betegségek orvoslásában, hol az *alkohol* nemcsak a szervezet erejét tartja fenn, hanem még a beteget emésztő lázat is csillapítja.

A *hidegvíz-fürdő*nek a lázleszállító képességét illetőleg is azon véleményben vagyok, hogy ott nemcsak a hőelvonó hatás szerepel, mert azon körülmény, hogy a leszállított hőmérsék *órákig* is fennáll, nem tulajdonítható tisztán a hőelvonásnak, hanem a *hidegvíz-fürdő* központi idegrendszerre való deprimáló hatásának.

A *hidegvíz-fürdő*nek az idegrendszerre való jótékonyan lefokozó hatása az idegbántalmak terapiájában eléggé ismeretes.

Ezen értekezéséből is azon következtetést óhajtom levonni, hogy csak egyféle láz létezik s ezen lázat nem tartjuk egyébként, mint az „idegrendszer izgatottságának“, s az *antipyrin* szerek, valamint az idegrendszerre csillapítólag ható szerek lázcsökkentő hatása csakis ez izgatottság megszüntetésének következménye.

Végül kedves kötelességet vélek teljesíteni, midőn igen tisztelt főnökömnek *Högyes Endre egyetemi tanár úrnak* a legmelegebb köszönetemet nyilvánítom e kísérletek megtételére való megbízásáért s azon jóakaró szívességért, melylyel engem ez értekezésem megírásában támogatott.

## A phthisis és tuberculosis közötti viszonyról.

Karika Antal dr.-tól.

(Folytatás.)

Tévedés e szerint azt hinni, hogy a gümőkór kifejlődésének egyedüli s feltétlen okai a gümöbacteriumok. A kórhajlamot egy betegségnél, s így a gümőkórnál sem szabad szem elől téveszteni. A gümöbacteriumok a gümőkór előidézésénél csak az egyik tényezőt, a serkentő okot (causa excitans) képezik, ellenben a lényeges tényezőt (causa disponens) a phthisikus hajlam, vagyis ideggyengeség képviseli. Ezen két tényező összefüggéséből lesz a phthisis és tuberculosis közötti viszony megfejthető.

A mely egyénben a phthisikus hajlam nincs meg, abban a bacteriumok — némely alább említendő eseteket kivéve — nem képesek a gümőkórt előidézni; viszont úgy látszik, a phthisikus hajlamból sem fejlődhet ki gümőkór bacteriumfertőzés nélkül.

E két tényező is csak bizonyos viszonylatban (relatio) képes együtt a gümőkóros folyamatot létrehozni, t. i. vagy a phthisikus hajlamnak, vagy a bacteriumfertőzésnek kell az intenzitás bizonyos nagyobb fokával bírnia. Sokszor ezen tényezőknél kívül még némely kedvező körülménynek is kell közre hatni a kór előidézésében.

Jóllehet az eddig mondottakból az tűnik ki, hogy a gümőkóros folyamat csak már létező phthisikus hajlam alapján fejlődhet ki, másrészt az sem vonható kétségbe, hogy a gümőkóros folyamatnak, illetőleg a gümöfertőzésnek is van befolyása a phthisis előidézésében. A sorvadás azon fokát, t. i. melyet közönségesen phthisis névvel jelölünk, nagyobb részben a gümőkóros folyamat segíti kifejlődni. Sőt vannak esetek, melyekben a gümöfertőzés egyéb tényezők hozzájárulásával az ideggyengeséget, az előbb nem létező phthisikus hajlamot is képes előidézni.

A gümőkór ezen két sarkalatos tényezőjének egymáshoz viszonyára, különösen egyik vagy másik tényezőnek a gümőkór vagy phthisis kifejlődéséhez való túlnyomóbb hozzájárulása szerint a gümőkórnak genesis tekintetéből következő három főbb osztálya vagy faja különböztethető meg.

\*



1. Számos egyéni a phthisikus hajlam gyakran már születéstől óta oly mértékben van kifejlődve, miszerint méltán kérdés tárgya lehet, hogy ily egyéneken, ha a fertőzés ellen hermetice elzártnának is: az edényfalak ellazulásának és ebből folyólag a gümőképződésnek nem kellene-e egyedül az ideggyengeség alapján is bekövetkezni. Minthogy azonban ily elzárás gyakorlatban kivihetetlen, gümöbacteriumok kisebb vagy nagyobb számban mindentűtt léteznek, gyakorlatban ily tisztán ideggyengeségből eredő gümőkór esetek létezése alig képzelhető. Annyit lehet tehát tévedés nélkül feltenni, miszerint vannak egyének, kiken különben a legkedvezőbb életviszonyok, s szigorú óvatosság mellett is a gümőkór bármily csekély fertőzés folytán is kifejlődik. Minthogy ezen esetekben a phthisis kiválólag a phthisikus hajlam folytán keletkezik, elsődleges, némi szabadsággal önként eredett (genuin) phthisis eseteknek lehet szerintem elnevezni őket.

Ismeretes, hogy phthisikus hajlam nem csupán öröklés útján szerezhető meg, hanem az élet folyamata alatt bármikor is különböző okokból, ú. m.: kimerítő betegség, túlságos nedvesítés, kicsapongás, nélkülözések, a testi és szellemi erők túlfeszítése stb. által is megszerezhető. A szerzett ideggyengeség is ugyanazon hatással bír az edényfalak zsongjára, mint az öröklött, minélfogva kétségbe sem vonható, s a tapasztalás is igazolja, hogy a szerzett ideggyengeség is kiinduló pontját képezheti a phthisis és gümőkór képződésének. Minthogy ezen eredetbeli különbség némi jelentőséggel bír a phthisis kórtanára s leginkább gyógytanára, szükséges, hogy a gyakorlatban mindenkor különbséget tegyünk az öröklött s szerzett hajlamból keletkezett phthisis és gümőkór között, úgy a genuin mint a később említendő fajoknál.

2. Tapasztalás szerint számos más egyén, noha alkatukon az ideggyengeség vagy phthisikus hajlam szemmel látható, a gümőkórtól mégis mentesek marad. Ezen körülmény szükségesé teszi, hogy úgy az ideggyengeség, mint a fertőzés mérvé között — mint fentebb is említettem — különböző fokozatokat tételezzünk fel, ide számítva oly esetleges körülmények közbejöttét is, melyek vagy az ideggyengeséget súlyosbítják, vagy a bacteriumok megfészkelődését elősegítik. Így vannak egyének, mint az 1. pont alatt említettük, kiknél a legcsekélyebb fertőzés, legkedvezőbb körülmények mellett is előidéz a gümőkórt. Más egyéneken nagyobb fokú fertőzés s kedvezőtlen körülmények hozzájárulása képes a létező ideggyengeség fokához viszonylag a gümőkóros folyamatot létrehozni. Ily egyének, ha phthisikus hajlamuk fokának megfelelő nagyobb fokú fertőzést s kedvezőtlen körülmények hatását esetleg kikerülhetik, mentesek maradnak a gümőkórtól. Nem ritkák azonban az oly esetek sem, midőn gümőkórt oly egyéneken látunk kifejlődni, kiken az ideggyengeség vagy phthisikus hajlam észrevehető jelei előbb nem mutatkoztak. Ily egyéneknél, ha ugyan a gümőkórosok alább 3. pont alatt említendő csoportjához nem számíthatók, mégis fel kell tennünk, hogy az általános vagy helybeli, öröklött vagy szerzett ideggyengeségnek, oly bár csekély fokával kell birniok, mely lehetővé tette, miszerint a bacteriumok legalább csekélyebb mennyiségben és ideiglenesen megfészkelhessék magukat a szervezetben. Ezen esetekben küzdelem fejlődik ki a szervezet és a bacteriumok, helyesebben az idegerély bacteriumok toxinjének hatása közt, melynek kimenete az idegerély fokától s szilárdságától, valamint a már sokszor említett kedvező vagy kedvezőtlen körülményektől függ. Sok esetben az idegerély hosszabb vagy rövidebb idő alatt visszaállítja az edényfalak zsongját, s ezzel útját állja a bacteriumok tenyésztésére szükséges izzadmány képződésének, mi által önkéntes gyógyulás következik be, gyakran még akkor is, mikor már terjedelmesebb gümötelepek voltak kifejlődve, mint erről a bonczasztalnál elég alkalmunk van meggyőződni. Más esetekben az idegerély nem bír ezen szilárdsággal, hanem gyakran a körülményektől is elősegítve, mind több tért enged a bacteriumtelepek terjedésének, a mi különösen két ok által lesz még inkább elősegítve, nevezetesen a bacteriumok szaporodása folytán mind több toxin képződésén a szervezetben, ennek bénító hatása által az edénymozgató idegek mindegyre nagyobb fokban és terjedelemben meg-

támadtatnak, továbbá a gümötelepek terjedése által, főleg ha a tüdőben lépnek fel, a szervezet éplete mindinkább szenved, ereje és vele együtt az idegek erélye is gyengül. Önként érthető, hogy minél inkább csökken a test és idegzet erélye, a gümőképződés annál gyorsabban halad előre, s viszont ennek arányában az ideggyengeség vagy phthisikus állapot is, míg végre a szoros értelemben vett phthisis fokát eléri.

Ezen itt fejtegetett esetekben tehát a gümöfertőzés idézi elő az egyébként csekély, észrevehetetlen fokban jelen volt s különben kifejlődésre sem jutandó hajlamból a phthisist, s így ezen esetekben a gümőkór tekinthető elsőd, s a phthisis másodlagos kifejleménynek.

Tekintetbe vehető itt még, hogy némely más fajú mikro-organismus ptomainje szintén bénítólag hat az idegekre, s így nem lehet okszerűleg kizárni, hogy ezek is oly módon mint a gümöbacteriumok szintén az edényfalak ellazulását s az által a gümöbacteriumoknak is alkalmas tenyészanyag átszűrődését idézhetik elő. Tényleg tapasztalhatjuk, hogy például croup, croupos tüdőlob, vörheny, hagymáz stb. fertőző betegségek után gyakran fejlődik ki gümőkór. Jóllehet igen valószínű, hogy ezen betegségek az által, hogy a szervezetet vagy egyes szerveket gyengítik, s kevésbé ellenállóvá teszik, készítik elő a gümöbacteriumok befészkelődését, mégis ez a körülmény szerintem bővebb megfontolást érdemel, mintegy adat azon feltevés támogatásához, hogy némely fertőző anyagoknak saját specifikus hatásukon kívül bizonyos körülmények közt homogen vagy identikus hatásuk is lehet. A gümőkór ezen módon való keletkezését egyébiránt azért kellett különösen itt megemlítenem, mert ezen esetekben is a gümöfertőzés az elsőd körfejlemény, s a phthisis esetleg ebből fejlődik ki a fentebb vázolt módon, tehát a phthisis ezen esetekben is másodlagos.

3. Minthogy a bacteriumok megfészkelődésére anyagot szolgáltató, s egyszersmind a gümőanyagot képző izzadmány, mint fentebb kimutattam, közvetlenül az edényfalak ellazulása s kitérüléséből veszi eredetét, s minthogy a véredényfalak nemcsak az edénymozgató idegek eleréltelentülése, hanem más okok folytán is ellazulhatnak, következetességből fel kell tennünk, hogy az edényfalak ilyenmő változása is kiinduló pontja lehet gümőképződésnek, és ez által phthisisnek.

E feltevést az a tapasztalat igazolja, hogy oly kórfolyamatok után, melyek különösen a tüdőben hosszabb tartamú vértorlódást, s ez által a véredényfalak kitérülését idézik elő, gyakran, sőt majdnem rendszeresen szokott gümőképződés kifejlődni, mint például: tüdővérbőség, tüdőkeményedés, tüdővéresek, a tüdő némi eróművi sérülései, összenyomtatása, erős rázkódása; idült légső s hörglob és hurut; a légső mechanikus ingerlése idegen anyagok által (köszörűsök, kőfara-gók, molnárok stb. phthisise), továbbá bujasenyves, köszvényes, aranyeres kóráttelek stb. következtében.

Nem lehet ugyan állítani, hogy ezen kórfolyamatokból közvetlenül, bacteriumok betelepődése nélkül is fejlődik ki gümösödés, mindazonáltal kétségtelen, hogy a gümőképződést elősegítik, s mintegy előkészítik, úgy hogy nélkülök a gümöbetegség nem fejlődhetett volna ki, mit két módon is eszközölnek; részint az által, hogy az általuk megtámadott testrészek idegeit gyengítik, kevésbé ellentállóvá teszik, főleg pedig az által, hogy nyomukban a bacteriumok a nekik szükséges tenyészanyagot ptomainjuk közreműködése nélkül is már készen megtalálják. A bacteriumok és idegerély közti küzdelem ezen esetben is folyamatba lép, mint a 2. pont alatt említve volt, s a már betelepült bacteriumok továbbtenyészése, s a gümösödés terjedése itt is az idegerély fokától függ. A tulajdonképeni gümőkóros folyamat nagyobb arányban csak akkor kezd kifejlődni s a már jelen volt elsőd kórfolyamathoz társulni, midőn a helybeli vagy általános ideggyengeség bizonyos nagyobb fokot ért el. Ezen ideggyengeségből a phthisis azon módon fejlődik tovább, mint azt a 2. csoportnál eladtam. Ezen csoporthoz tartozó kóresetekben e szerint a gümőkór a már előbb létezett kórfolyamatból, mintegy másodlag fejlődik ki, s ebből ismét a phthisis harmad sorban, miért is ezen csoporthoz tartozó kóralakokat harmadlagos phthisis névvel nevezhetjük, mit főleg therapeutikai szempontból szükséges figyelembe venni.



Eddig mondottakból, úgy vélem, némi tájékozást nyertünk azon kölcsönös viszonyról, melylyel egyrészt az ideggyengeség, másrészt a bacteriumok általi fertőzés a gümőkór előidézésére közreműködnek.

Ezen kölcsönösség egyrészt az ideggyengeség, másrészt a kifejlett gümőkóros helyi folyamat között fenmarad a gümőkór egész tartama alatt. Önként érthető, hogy mindaddig, míg az ideggyengeség meg nem szűnik, a közvetlen tőle függő elernyedése a véredényfalaknak, s a viszont ettől származó vértorlódás, a véralkatrészek átszűrődése, gümőképződés stb., szóval a gümősödési folyamat sem szűnhetik meg, sőt ha ez utóbbi gyógyulásnak indul, vagy egy időre meg is gyógyul (stationálva lesz), de az ideggyengeség fenmarad, általa a gümőkór rövidebb vagy hosszabb idő, gyakran évek múlva is ismét kiújul. Minél nagyobb mérvű továbbá az ideggyengeség: a bacteriumok annál fogva annál gyorsabban szaporodhatnak, a gümőképződés annál nagyobb terjedelmet vehet, s a test anyaga annál gyorsabban felemésződik. Mind az ennél fogva, a mi az idegerély kimerülését a betegség folyamata alatt fokozza, például külsérelmek, közbejött betegségek, leverő lelki bántalmak, szenvedélyek, az idegerélyt lehangoló, bódító gyógyszerek stb., ha nem érintik s bántalmazzák is közvetlenül a gümős testrészeket, egyszersmind a gümőkóros folyamat fokát is növelik. Másrészt minél inkább szaporodnak a bacteriumok s az általuk termelt ptomain, minél nagyobb terjedelmet vesz a passiv vértorlódás és gümőképződés, s az általuk előidézett anyagpusztulás a megtámadott képletekben, különösen a tüdőben, annál nagyobb fokban hanyatlak a test táplálkozása, annál inkább fogy a szervezet és vele együtt az idegzet ereje, és így annál szemmel láthatóbban s robamosabban fejlődik ki a phthisis. Ezek szerint az ideggyengeség szintén meg nem szüntethető addig, míg a gümősödési folyamat meg nem szűnt.

Hasonlóképp ezen tényezők egymáshoz arányától függ a gümőkór jóslata is. A gümőkór gyógyíthatóságára az ideggyengeség minősége bir ugyan legfőbb befolyással, mindazáltal maga a gümőkóros folyamat sem maradhat, önként érthetőleg, reá hatás nélkül.

Legkedvezőbb a gümőkór jóslata, ha mind az ideggyengeség, mind a helyi kórfolyamat még csak rövid tartamú s csekélyebb fokú. Gyógyulásra nagy terjedelmű gümősödés mellett is lehet kedvező kilátás, ha az ideggyengeség mérsékelt fokú, ellenben a gümőkórnak miudjárt kezdetben kedvezőtlen a jóslata, ha nagyobb fokú, vagy öröklött ideggyengeségben szenvedő egyéneknél lép fel. Az ideggyengeség, illetve a phthisis jóslata általában kedvezőtlenebb az elsődleges — öröklött —, mint a másod- s harmadlagos phthisis-fajknál. Egyedül a gümőkóros folyamat is kedvezőtlené teszi a jóslatot, ha nagy terjedelmű, ha egy időben mindkét tüdőben vagy más szervekben intensive lép fel, ha többnemű complicatiók járulnak hozzá, ha a harmadik csoportban sorolt esetekben az elsőd kórfolyamat el nem távolítható stb.

(Folytatása következik.)

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Biharmegyei orvosgyógyszerészi és természettudományi egyesület.

1893. Februári szakülés.

1. Konrád Márk dr. a „hasfalból kiinduló fibroidot” mutat be. Az eset egy 28 éves nőre vonatkozik, ki elesvén, hasa bal oldalán erősebb ütést szenvedett. Előadó ez incidens után rövidebb idővel látta a beteget, s a hasfal bal oldalán egy diónyi tumort constatált. A nő gravid lett, mi alatt a dag gyors növekvésnek indult. Szülés után a tumor csekély visszafejlődést mutatott, hogy rövid idő alatt újból növekedjék egész a jelen alakjáig, a mikor férfőkölnél nagyobb mekkoraságot ért el. Az egyenes hasizmok nagymérvű széttolása mellett a dag egész a peritoneumig nőtt, úgy hogy műtét alatt, melyet

Rosinger, Fráter, Gubicza és Berkovits Miklós segédkezése mellett végzett előadó, a dag az S. romanum felett elhúzódnak mutatkozott. A hashártyával azonban semmi összenövés nem történt. A műtét február 1-én történt; a dag tompán választatott ki; az üreg jodoformgaze-csikkel drainiroztatván, egyesítettett. A dag fibromyoma. (Bemutattatik).

2. Nemes Áron dr. egy igen ritkán előforduló torzképződésről referál. Kéthónapos csecsemő keresztcsontjáról egy gyermekfejnyi, tömött, egyenetlen felületű bőrzacsó lóg le, melyben egész határozottan kitapinthatók a két agyfélteke, egy here, homályosan a máj és egyéb zsigerek. Egy kettős torzképződés van tehát jelen, úgynevezett *teratoma sacrale*, mert a bőrzacskóban kitapintható magzatrészeket úgy kell tekintenünk, mint egy durványosan kifejlődött iker szervrészleteit. Előadó a parasita foetus leoperálását, a csecsemőknél végzetessé válható vérvesztés miatt, annak megerősödéséig elodázandónak véli.

### 1893. Márcziusi szakülés.

1. Gubicza Tádé dr., az irgalmasok nagyváradi gyógyintézetének főorvosa, egyleti tag, bemutatja a szakülésnek a nyomtatásban is megjelent évi kimutatást a nevezett gyógyintézet 1892. évi betegforgalmáról. A kimutatásból vett érdekesebb adatok a következők: az irgalmasok gyógyintézetében 1892-ben összesen 402 beteg ápolatott 5720 ápolási napon; ezekből felgyógyult 331 beteg, javulva távozott 33, gyógyulatlanul 5 s meghalt 15.

A betegek számának nagyobb felét a belgyógyászati osztály adta. Műtét 49 esetben végeztetett, névszerint:

orrhabarcz-kiirtás	1 esetben
ajkrák-kiirtás	1 "
ujjkiizelés	1 "
karütér-alákötés	1 "
idegen test kivétele az ülő izmok közül	1 "
szívárványhártya-kimetszés	2 "
szaruhártya-csapolás	1 "
szűrkehályog-kiirtás	1 "
makktuszor műtete	4 "
csontszú-kikaparás	4 "
kisebb műtétek	28 "
főszkötés	4 "

alkalmaztatott.

2. Konrád Márk dr. ismerteti a helybeli bábaképezde tevékenységét az 1892. évben.

A tanulók száma ez évben 104 volt, ezek közt 99 nyert oklevelet, közte 22 oly tanuló, ki államsegélyben részesült.

A betegforgalom a következő volt: az ingyenes szülészeti osztályon felvétetett 129, az előző évről maradt 5 terhes, 5 gyermekágyas. A fizető nőgyógyászati osztályon felvétetett 97 beteg. Tehát az összes ápoltak száma 236 volt, ezek közt 108 szült.

A születek lefolyása a következő volt:

Vetélés a terhesség 2-dik hónapjában volt	1
" " 4-dik " " "	1
" " 5-dik " " "	1
" " 6-dik " " "	3
" " 7-dik " " "	2
összesen	8
Koraszülés a terhesség 8-dik hónapjában volt	5
Ikerszülés volt	1
Hólyagos üszög	1

A magzat fekvését illetőleg volt:

Koponyafekvés	I. .... 64	II. .... 37
Farfekvés	I. .... 1	II. .... 3
Harántfekvés	I. .... 1	II. .... —

Véghez vitt szülészeti műtétek:

fogó műtét	1 esetben
kraniotomia	1 "
magzatkifejtés a lábakon	3 "
evisceratio	1 "
burokrepesztés	4 "
a méhlepény művi leválasztása	1 "



## Nőgyógyászati műtétek:

1. Hasmetszés 5 esetben végeztetett a következő okokból:
- a) Uterus exstirpatio nagy myoma végett,
  - b) rostdag-kiirtás a hasfalakból,
  - c) nagyfokú ascitessel járó hashártya-sarcoma kiirtása,
  - d) a hashártya által betokolt hasvízgyülem cirrhosis hepatisnál,
  - e) hasmetszés méhen kívüli terhességnél.
- |  |             |
|--|-------------|
| 2. Méhür-curettezés                        | 23 esetben, |
| 3. Méhrostdag-kiirtás per vaginam          | 4 "         |
| 4. Méhnyak-tágítás                         | 3 "         |
| 5. Nyákhártya-kiirtás                      | 8 "         |
| 6. Lobos adhaesiók nyujtása                | 3 "         |
| 7. Discissio cervicis                      | 3 "         |
| 8. Thure-Brandt-féle massage méhelőesésnél | 3 "         |

Nőgyógyászati kórosok a következők voltak: endometritis catarrhalis 15, endometritis polypos. chron. 4, endometritis haemorrhag. 2, para- et perimetritis chron. 2, para- et perimetritis puerp. 3, perimetritis 3, parametritis 2, retroflexio uteri fixat. 6, retroflexio uteri mobil. 2, vaginitis 13, vaginismus 4, prolapsus vaginae et recti 1, prolapsus vaginae et uteri 4, myoma uteri 4, carcinoma uteri 2, carcinoma uteri et vaginae 1, myoma ovarii 1, rheumatismus uteri 1, stenosis orific. uteri 5, erosiones orific. uteri 1, polypus fibrosus 3, polypus mucosus 3, metrorrhagia 6, subinvolutio uteri 1, protrahált abortus 2, oophoritis 2, pruritus vulvae 1, rostdag a hasfalban 1, sarcoma peritonei 1, hernia umbilical. 1, hysteria 2, pyaemia post partum 1, sclerodermia és ulcera cruris 1 esetben.

Betegségek terheseknél: gonorrhoea vaginae 4, Bartholinitis 2, condylomata acumin. 5, alhasi fájdalmak 2, ulcera syphilitica 1, vérzés 1, graviditas ovarica 1, retroversio uteri gravidi 1, mola hydatidosa 1, placenta praevia lateralis 1, eczema nodosum 1, influenza 3, blepharadenitis 1 esetben.

Szülőknél előfordult rendellenességek: Rövid köldökzsínór 10, hosszú köldökzsínór 2, vérzés 9, placenta adhaerens 1, vastag burkok 2, vékony burkok 8, eclampsia 1, kisebb gát-repedés 2, abnormis rotatio 1, kevés magzatvíz 2, szűk medence 1, gyenge szülédfájdalmak 1, herpes nasi 1, insertio velamentosa 1 s atonia uteri 3 esete.

A gyermekágy alatt előfordult: vérzés 3, atonia uteri 2, gyermekágyi fekély lázzal 4, gyermekágyi fekély láz nélkül 1 esetben.

## A magzatok életviszonyai:

Élve született	(fiú ... .. 42
	(leány ... .. 52
Halva született	(fiú ... .. 4
	(leány ... .. 6

Utóbbiak közül elázva 1 fiú, 3 leány.

A csecsemők betegségei: conjunctivitis catarrh. 2, conjunctivitis blennorrh. 1, icterus neonat. 6, eclampsia 2, ektopium vesicae urin. 1, atelektasia pulm. 1, lues congenita 1 esetben.

Halálozás: Felnöttek közül elhalt 1 laparotomia után (tuberculosis peritonei); 1 uterus exstirpatio után s 1 carcinoma uteri következtében, tehát összesen 3 egyén.

A magzatok közül: eclampsiaiban 2, veleszületett gyengeségekben 1, atelektasia pulmonumban 1, tehát összesen 4.

Az ügykezelési adatok közül kiemelendő, hogy a jelzett évben 242 egyén élelmezett 7164 élelmezési napon s ez 2094 forint 85 krajczárba került. Gyógyszer, köt- s fertőtelenítő szerre költetett 463 frt 24 kr., főzés és ruhamosásra 300 frt, összesen tehát az ápolási költségek 2858 frt 9 krt képviselnek, egy napra 39'8 krt.

Ha szembeállítatik a bevétellel a 8199 frt 60 krnyi kiadás, az intézeti év 268 frt 42 kr. felesleggel záródik be.

Előadó az ismertett jelentés kapcsán hangsúlyozza, hogy aránylag csekély számú bábatanuló vette igénybe az államszolgálatot. Hacsak az államszolgálatért egyesek nem folyamodnak, a közigazgatási hatóságok a kedvezményt alig veszik igénybe, bár ily módon elérhetnék, hogy az elhagyatott kisebb községek is rendelkezzenek bába felett.

Ezután Berkovits Miklós dr. emel szót, a ki köszönetet mond a tanulságos jelentésért. Kiemeli, hogy egyleti életünk legkimagaslóbb mozzanatai azok, a midőn a helybeli bába-

képezde anyagából lesznek érdekesebb esetek szaküléseinken ismertetve. Felszólaló köszönetet mond többek nevében azért is, hogy az intézet igazgatója szíves nagyobb műtéteihez őket vendégeitül meghívni.

3. Berkovits Miklós dr. egy nagyobb vesekövet mutat be, mely származási helyének, a vesekehelynek lenyomatát mutatja. A kő tipikus vesetáji fájdalmak közt az ureteren át a hólyagba jutott, hol egy ideig objectiv és subjectiv tünetek előidézése nélkül feküdt. A kő hólyagba jutása után azonnal megszűntek a reflectorikus fájdalmak is. A 60 éves egyénnél azonban 4 nap előtt acut retentio tünetei s fájdalmak léptek fel. Ekkor megcsapoltatott, a nélkül, hogy a kő távozott volna. Egy ideig szűnet után újra vizelet-retentio s fájdalmak léptek fel, mire újra catheterizáltatott. Ez alkalommal a vizelet kiürítése közben a hólyag összehúzó ereje csekély vérzés mellett kiszorította a hólyagba jutott vesekövet.

## IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

Arthur Klein: Ursachen der Tuberculinwirkung. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1893.

A 107 lapra terjedő munka, mely a „Wiener klinische Wochenschrift“ által kiadott „Beiträge zur klinischen Medicin und Chirurgie“ című vállalat második füzetét képezi, a tuberculin hatásának okaira vonatkozó vizsgálatokat foglalja magában. A Weichselbaum tanár intézetében és felügyelete alatt végzett kutatások sok érdekes adatot szolgáltatnak a szóban forgó tárgy magyarázatára és nagyon valószínűvé is teszik, hogy a tuberculin által előidézhető reactio nem specifikus, csupán gümőkóros folyamatok jelenléte esetén előálló. Az alábbiakban szószertint fordításban közöljük a nagy szorgalommal készült, alapos irodalomismeretre valló és egyéb tekintetben is díszesre méltó dolgozat eredményeit. 1. Az olyan gümőkórosak lobosan elváltozott szerveiben, a kik tuberculin-befecskendések után haltak el, roppant mennyiségben mutatható ki egy lánczot képező coccus, mely a streptococcus pyogenes, részben pedig a diplococcus pneumoniae sajátágaival bír; néha a staphylococcus aureus is található. 2. Nem gümőkóros házi nyúlál tuberculin igen kicsiny mennyiségeinek befecskendésével meglevő lobos folyamatok növelhetők, félig lefolyt lobfolyamatok pedig ismét feléleszthetők. 3. A lobokozó nagyon csekély virulentiája vagy a lobfolyamat tökéletes megszűnése esetén tuberculin kicsiny adagával ilyen hatás már nem idézhető elő. 4. A streptococcus pyogenes tenyésztésénél nem mutatkozik feltűnő különbség, ha közönséges vagy tuberculinnal kevert tenyésztő talajt használunk. 5. A streptococcus pyogenesnek tuberculinnal kevert anyagon tenyésztése esetén e mikroba virulentiája már a 6-10. generációban növekedett. 6. A tuberculin hatása nem specifikus, csupán gümőkóros folyamatokra szorítókozó, hanem inkább abban áll, hogy a genyestő coccusoknak (illetve diplococcus pneumoniae-nek) lobgerjesztő, illetve genyéképző képességét úgy gümőkórosoknál, mint ezen betegségtől menteseknél létrehozza, illetve növeli. 7. A tuberculin hatásmódjának ezen theoriáját megerősítik az irodalomban található klinikai, kórbonczi, szövettani és kísérletes észlelések úgy gümőkóros, mint gümőkórtól mentes állatokon és embereken. 8. A tuberculin befecskendése következtében beálló általános reactiót (láz) a localis reactio (lob) okozza. 9. Más bacteriumproteinek is mutatnak a tuberculinével több tekintetben analog hatást. Valószínűleg a mallein hatása sem specifikus.

## II. Lapszemle.

## Kórtan.

A fertőző bajok prophylaxisa Chinában. E. Blanc Sanghailból érdekes közleményt küldött a „Semaine médicale“-nak. Arról ad számot a közlés, hogy minő felfogás uralkodik China egyik leg-félreesőbb provinciájában a fertőző kórok idején teendő óvintézkedéseket illetőleg. Nemrégiben egy csekélyke cholera-epidemia ütötte fel a fejét Chunking-ban, Szechuen tartományában. A mandarinok távol — legalább közegészségi tekintetben — minden europai



befolyástól, rögtön hirdetések ragasztattak ki, a melyekből a lakosság mihez tartás végett okulást merítsen. A felhívás tisztogatást követeli a csatornáknak és elrendeli, hogy a lakóhelyiségeket ismételve füstöljék ki rheumpor és tranchou (*Atractylodes alba*) keverékével, hogy a rossz illatok elpusztuljanak. A házi szemét gyorsan összesöprenedő és eltakarítandó, ugyanígy a növényi és általában minden hulladék. Nagy gondot kell fordítani a konyhában alkalmazott és a tea-főzéshez használt vízre (vizet tisztán mint olyat a chinai ritkán iszik). A vizeztartók, kancsók stb. vizét az *acorus calamus* néhány ágának beléáztatásával kell megtisztítani. Kerülendő mindennemű kicsapongás, mindenki rendes, mértékletes életet éljen. Ha valaki betegnek érzi magát, rögtön forduljon az e czélra kijelölt helyekre („Yamens”) segélyért, a hol ingyen kap orvosi tanácsot és orvosszert is. Halála esetére mindenki nyugodt lehet, hogy díjtalanul, tisztességgel eltemetik. A hatóság e czélra koporsókat szerzett be. Praeventiv gyógyszerül ajánlatos reggelenként éhomra 5 pilulát bevenni a következő orvosságból: Tan-chen (*salvia multiorrhiza*) 30 gm., Siao-tou (*abrus precatorius*) 15 gm., Sioung-huang (*realgar*) 7 gm., méz qu. s. Ha az ember különösebben ki van téve a fertőzésnek, mihelyt lehet, fokhagymát vegyen be kevés realgaros borban. Vagy pedig egy csipet realgart tekerjen pamuttal körül, csináljon golyócskát belőle és a férfi dugja a bal, a nő a jobbik orrlükába. Az elősorolt óvórendszabályok érdekes kóstolóját adják a tiszta ázsiai traditionalis hygienének, a mely China bizonyos provinciáiban, Thibet határai szomszédjában, valószínűleg évszázadok óta divatozik és érvényben van. És meg kell vallanunk, hogy egynémely naivitásuk mellett a praeventiv tanácsok — mindenütt a tisztaságra helyezvén kiváló súlyt — oly természetűek, hogy bátran összehasonlíthatók a mi óvóintézkedéseinkkel a ragadványos nyavalyákkal szemben. A medica praeventiva pedig Európában egy félszáz éve sincs, hogy lábra kelt. (Rev. Scientif. Tome 52, Nr. 1.)

Kuthy dr.

### Belgyógyászat.

A csavarodott húgyhenger keletkezése módjáról *Senator* azt a nézetét közli, hogy e hengerek csavarodott volta két tényezőtől függőleg jö létre. Ezek a hengerek anyagának szilárd hig consistentiája és az a körülmény, hogy a cylinder a szűk vesecsatornácskákön préselődik át. Valahányszor félszilárd, nyulósan összeálló anyag szűk csövön nyomódik át tágabb helyre, a szűk csövet spirális kanyarodásokat öltve hagyja el. Ez a folyamat megy végbe a csavarodott húgyhenger végződése közben, valamint a Curschmann-féle spirálisok alakulásánál is, mely utóbbiakra a fentebb közölt magyarázat hasonlóképpen érvényes. (Deutsch. Arch. f. klin. medic. 1893. 4. u. 5. H.)

K—y dr.

A trachea és bronchus nyomási fekélyei aneurysma jelenlétében. *Selter* (Genf) 8 esetét közli a mellkasi főér aneurysmájának, közülök ötben decubitalis fekélyek voltak a légutakra gyakorolt nyomás helyén jelen. Az ily fekélyedés tehát gyakori és mindamellett, hogy a verőértágulat sorsára döntő szerepe van, nem igen volt eddigéleg irodalmilag méltatva. Szerző szerint ezek a fekélyek az okai az aneurysma megnyílásának. Az 5 eset egyikében sem volt a tágulat fala jelentékenyebben megvékonyodva, a trachealis, resp. bronchialis fekély azonban leterjedt a levegőt falának mélyébe, sőt a verőérzsák falát is usurálta volt. Az aneurysma áttörését tehát nem a fal nyomási atrophia útján előálló megvékonyodása, hanem a decubitalis fekélyedés, gangrena okozza. (Virch. Arch. Bd. 133. H. 1.)

Kuthy dr.

Gyomorerjedés, a gyomor gázai. *Hoppe-Seyley* a gyomor gázait analizálván, 22 egyénen tett tapasztalatait a következőkben foglalja össze. Gyakran csak lenyelt levegő van a gyomorban, mely O-ben valamivel szegényebb a normálisnál. A Quinke-féle „levegőnyelés” eseteiben sok ily levegő foglaltatik a gyomorban s az analysis biztosít róla, hogy ez az állapot és nem közönséges dilatatio — a gyomorbennék rendellenes szétesésével — van jelen. Gyomortágulatnál ugyanis nem ritkán CO<sub>2</sub> és H egy éghető keverékét találta szerző, a mely a vajsavas erjedés productuma. Egy ízben igen sok (83·8%) CO<sub>2</sub> volt a gyomor gáztartalmában és a kórtörténet „erős gázfejlődésről, sarcinákról” emlékezett ugyanakkor meg. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 50. — Fortschr. d. Med. 1893. Nr. 14.)

K—y dr.

### Szülészet és nőgyógyászat.

A Mattoni-féle lápkivonatok alkalmazásáról a gynae-kológiában ír *J. Heitzmann*. Ismeretes, hogy a lápkivonatok két-féle alakban jönnek alkalmazásba, tudniillik mint lápsó és láplúg. Mindkettőnek qualitativ összetétele csaknem azonos, a quantitativ összetétel tekintetében azonban tetemes a különbség. A lápsóban ugyanis sokkal több a kénsavas vasoxydul, míg a láplúgban a kénsavas natrium van túlsúlyban és chlornatriumot is tartalmaz, a mi a lápsóban hiányzik. Felnőtt számára való teljes fürdőhöz 2 kilo láplúg vagy 1 kilo lápsó az átlagos mennyiség, ülőfürdőhöz pedig ezeknek fele. A fürdő hőmérsékét illetőleg legcélszerűbb azt 27—28° R-ra elkészíteni; vigyázni kell, hogy használat alatt a fürdő ki ne hűljön. A fürdő tartama eleinte csak 10 perc legyen, később felmehetünk 15—25 perczre, 1/2 óránál tovább azonban nem célszerű használni. Ágyban fekvő betegek leghelyesebben a késő délelőtti órákban veszik a fürdőt, míg azoknak, kik fenjárnak, az este ajánlható. A láplúgfürdőt közvetlenül követő tisztító fürdő után a beteget gyorsan meg kell szárogatni és ágyba fektetni. Ha az esteli fürdő után az éjjeli nyugalom zavara észleltetnék, fenjáró betegeknek is a délelőtti ajánlható; ilyen esetekben a fürdés után egy órára ágyba kell feküdni. Eleinte hetenként csupán két fürdőt vétetünk és csak ha már meggyőződünk, hogy a beteg a fürdőt jól tűri, engedjük meg a kétnaponkénti fürdést. A legtöbb esetben elegendő 10—15 fürdő; nagyobb izzadmányoknál és nagyon idült lobmaradványok eseteiben azonban néha 30 fürdő is szükséges. A láplúgfürdők használata jó eredménnyel jár vérszegénység-nél és sápkórnál, metritis, subinvolutio uteri, a méhfüggelék idült lobos folyamatai, idült peri- és parametralis izzadmánymaradékok eseteiben.

Szerző a lápsót még finoman örlött alakban is használta, 3—4-szer annyi mintázó-agyaggal keverve és calicot-zacskóba téve kataplasma gyanánt. Ezen borogatások különösen akkor hasznosak, ha idült lobfolyamatok eseteiben a lápkivonatok tartósabb hatását óhajtjuk. A vaginalis portión levő erosiók gyógyítására és a fornix vaginae felett levő parametralis izzadmánymaradékok eltüntetésére pedig szerző a szárított lápsó-port részint indifferens, részint más módon ható poralakú anyaggal keverve (búzáliszt, semen lycopodii, esetleg kevés jodoform, bórsav stb.) a hüvelybe fújta és tamponnal fixálta, vagy a porba mártott tampon helyezett a vaginába. A tampon eltávolítása után fertőztelenítő hüvelyirrigatio végzendő valami gyenge antiseptikus oldattal. Az eljárás hetenként kétszer ismétendő. (Medicinisch-Chirurgisches Central-Blatt, 1893. 27. sz.)

### Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. *Scabies* ellen *Ohman-Dumesnil* a következő eljárást ajánlja: beteg reggel fürdőt vesz és utána a megszáritott bőrt alkénessavas natrium és víz egyenlő mennyiségéből álló linimentummal dörzsöli be és ezt megszáradni engedi; utána tiszta ruhába öltözködik. Este lefekvés előtt a következő oldattal mosandó meg a test: Rp. Acidi muriatici dil. 120°0; Aqu. destill. 180°0. A teljes gyógyulás 4—14 nap alatt következik be. (Wiener med. Presse, 1893. 29. sz.)

2. *Sycosis* gyógyítására *Mora* a következő eljárást ajánlja: a beteg helyek reggel és este megtisztítandók abszolút alkohollal; a pustulák jelenkezéskor aseptikus tüvel felszúrándók és bor-spiritussal vagy abszolút alkohollal érintendők. Azután a beteg helyeket a következő folyadékkal kell beecsetelni: Rp. Olei cinnamomi (Ceylon) 4°0; Olei amygdal. dulc. 8°0—12°0. Az ecsetelés következtében beálló égetés csökkentésére porlasztásokat lehet végezteni bórolddal. Recidiva megakadályozása czéljából ajánlatos az utolsó vörös folt eltünése után még 14 napig folytatni ezen orvoslást. (Sém. méd. 1893. 29. sz.)

3. Az oxalsavat emmenagogum gyanánt már *Poulet* ajánlotta; újabb *Lardier* is kedvezően nyilatkozik róla, a következő alakban ajánlva: Rp. Acidi oxalici 2°0; Aquae 400°0; Glycerini 40°0; Syr. flor. aurant. 60°0. Óránként 1/4 pohárnyit. (Le bulletin médical, 1893. 67. sz.)

4. Gueyedő huro esetében *Otis* jodoformos vaselint fecskendez be jó eredménnyel. (Journ. of cut. and gen. urin. diseas. 1893. May.)



## TÁR C Z A.

## III. congressus a gümőkór tanulmányozására.

(Folytatás.)

**Majmok** — *Héricourt* és *Richet* vizsgálatai szerint — nagyon ellentállók madárgümőkór-bacillusok bőr alá fecskendésével szemben; intravenosus úton fertőzött 5 majom közül azonban 3 megdöglött, 2 pedig életben maradt; ez utóbbi kettő előzőleg két ízben már fertőzve lett madárgümőkórral bőr alá fecskendés útján. Szerzők azon reménye, hogy ezen két állat az emberi gümőkór bacillusai ellen is immunis lesz, nem teljesedett, noha az állatok sokkal később pusztultak el.

A kecske gümőkórjáról tartott közlések főleg azért érdemelnek figyelmet, mert a kecskének gümőkór elleni állítólagos immunitása alapján ezen állat vérével gümőkór eseteiben gyógyító kísérleteket is végeztek. *Moulé*, *Weber* és *Siegen* gümőkóros kecskékről tesznek említést; utóbbi azt óhajtja, hogy az olyan kecskéket, melyeknek tejtét használni akarják, előbb a tuberculin-reactionnak kell alávetni. *Cadiot*, *Gilbert* és *Roger* gümöbaccillusoknak a hasürbe, illetve a bőr alá fecskendése által kecskéknél gümőkórt voltak képesek előidézni.

Gümöbaccilusokat tartalmazó tej sterilizálása képezte *Legay* előadásának tárgyát. A tejet 10—15 percig kell 80° mellett tartani; az egyszerű felforralás nem öli meg a gümöbaccilusokat, a mint azt gümőkórosak köpetével kevert tejjel végzett kísérletei mutatták. *Nocard* szerint a tej felforralása teljesen elegendő, mert a gümőkóros tehének tejében levő bacillusok sokkal kisebb ellentálló képességgel bírnak, mint a szárított köpetben levők, a melyekkel *Legay* kísérleteit végezte.

*Tuberculint* fecskendeztek be *syphilis* négy esetében *Straus* és *Tessier*, és pedig 2 milligrammos adagban. Mind a négy esetben úgy általános reactio, mint helybeli — a lupusnál létrejövővel összehasonlítható — változások jelentkeztek. Nem syphilitikus eredetű bőrbajoknál (erythema scarlatiforme, eczema, acne) is megkísérelték a tuberculin befecskendését, de minden eredmény nélkül. Az említett négy beteg mind secundaer syphilisben szenvedett. Szerzők legközelebb folytatják kísérleteiket abban az irányban, vajjon nem lehetne-e reactiót előidézni tuberculinnal már akkor, a mikor a syphilis még nem generalizálódott. Ha igen, akkor jó eszközzel rendelkezniük a syphilitikus és a közönséges sanker megkülönböztetésére.

A máj gümőkóros túlyogjaival foglalkozott kísérletileg *Gilbert*. Az állatokon végzett vizsgálatok útján nyert ismereteket átvive az emberi pathológiára, annak a nézetnek ad kifejezést, hogy embernél gümőkóros májtályogok vagy úgy keletkeznek, hogy az egyén ellentálló képessége a gümöbaccillusal szemben rendellenes, vagy hogy a gümöbaccilusok virulentiája csökkent.

A tüdővészések ápolására nézve kórházakban *Petit* a következő óhajtásnak ad kifejezést: tekintve, hogy a tüdővészések elhelyezése kórházakban a többi betegek közé nemcsak önmaguknak, hanem a többi betegnek is ártalmára van: a gümőkórosak külön kórházakban volnának elhelyezendők és pedig külön csoportokban betegségük foka szerint; tekintve továbbá, hogy a tudomány mai állása szerint a tiszta levegő egyike a leghatékonyabb eszközöknek a tüdővész gyógyításánál, ezen kórházak falun lennének felállítandók. Átmeneti intézkedés gyanánt a tüdővészések a kórházakban külön termekben volnának elhelyezendők,

*Hayem* ugyan nagyon hasznosnak tartja a tüdővészéseknek elhelyezését falun levő kórházakban; minthogy azonban a kórházba kerülő tüdővészések csak bajuk előrehaladt szakában jutnak orvosi kezelés alá, a mikor már nem lehet sokat segíteni, attól fél, hogy ezen jó levegőjű tüdőveszkórházakba is csak ilyen már nagyon rossz állapotban levő betegek kerülnének. Azt hiszi, hogy ezen bajon poliklinikák szervezése által lehetne segíteni, a melyekben a betegségnek még kezdeti szakában levő betegeket járólagon kezelnék és a melyek még némi anyagi segílyt is adhatnának a betegeknek, hogy otthonuknak egészségi viszonyait megjavíthassák.

A kérdéshez hozzászóltak *Hérard*, *Verneuil* és még mások, nagyjából *Petit* indítványát helyeselve, a melyet azután a congressus el is fogadott. *Hayem* indítványa tanulmányozásra és a jövő congressuson tárgyalásra ajánlatott.

*Straus* egy esetet ír le, a mely mutatja, hogy tuberculinnal nem csupán lepra tuberculosánál, hanem lepra nervosánál is lehet reactiót előidézni.

A mézszárszéki hús vizsgálata cím alatt *Stubbe* ismerteti a Belgiumban divó eljárását. Az intézmény már két év óta áll fenn és egy főállatorvos felügyelete alatt működik; ő alá tartozik vidéki felügyelői címet viselő 9 állatorvos; végül minden hatóságnak (községnek) is megvan a maga megbízottja, lehetőleg állatorvos, ennek hiányában pedig valami más hozzáértő egyén. Minden levágott marhát megvizsgálják ezen megbízottak. Ha a megbízott nem állatorvos: kóros elváltozások jelenléte esetén a legközelebbi állatorvos tudósítatik, a ki azután jelentést tesz a vidéki felügyelői nek, a mely jelentésben az illető állat tulajdonosának neve is be-foglaltatik. Ily módon könnyen kitudható a baj forrása, az istálló fertőtleníthetők, a beteg állatok elkülöníthetők. A megsemmisített állat tulajdonosának kártalanítást fizetnek, mely azonban az állat értékének ötödreszénél nem lehet nagyobb és 75 frankot nem haladhat túl.

*Van Herten* szerint az imént vázolt eljárás nagyon hiányos, mert a hússzemle megejtésére nem állatorvos megbízottak nem illetékesek; a hússzemlét csupán állatorvosoknak szabadna végezniök. Vele szemben *Nocard* jónak találja a Belgiumban divó eljárását és kivihetetlennek tartja, hogy csupán állatorvosok végezhessek a hússzemlét. *Roinard*, *Thomassen* és *Degive*-vel egyetértőleg a következő óhájának ad kifejezést: A mézszárszéki húst mindaddig nem szabad áruba bocsátani, míg azt az arra illetékes megbízott egészségesnek nem jelentette ki. A hússzemlét úgy a városokban, mint a falvakban be kell hozni és pedig a Belgiumban már létezőnek mintájára. A nyilvános vágóhidakon készülékek állítandók fel gümőkóros állatok húsának sterilizálására, hogy így a hús veszély nélkül legyen használható.

Szőkely Ágoston dr.

(Folytatása következik.)

## Heti szemle.

Budapest, 1893. szeptember 7-dikén.

A cholera állása. Hazánkban a járvány múlt heti kimutatóunk óta némi csökkenést mutat, a mint azt a következő számadatok mutatják:

	25 helység	88 betegedés	34 haláleset
VIII./23—24.	54	125	77
VIII./24—25.	39	59	33
VIII./25—26.	72	107	72
VIII./26—27.	44	77	41
VIII./27—28.	89	184	89
VIII./28—29.	70	147	64
VIII./29—30.	78	149	84
VIII./30—31.	60	90	49
VIII./31—IX./1.	63	89	64
IX./1—2.	54	99	52
IX./2—3.	46	58	43
IX./3—4.	39	50	31
IX./4—5.	46	51	39

A már előbb fertőzött vármegyékhez e héten a következők csatlakoztak: Alsó-Fehér, Arad, Árva, Baranya, Csanád, Ung és Veszprém. Ezekkel együtt eddig összesen 30 megyében fordultak elő cholera-esetek.

A belügyminister e héten *Jász-Nagy-Kún-Szolnok* vármegyét cholera-tól fertőzöttnek mondotta ki és erről a cs és kir. külügyministert, valamint a külső hatalmaknak Budapesten székelő képviselőit a drezdai nemzetközi értekezlet határozmányai értelmében hivatalosan értesítette.

Budapesten mindennap előfordul 1—2 gyanus megbetegedés; az esetek többségében azonban kiderül, hogy nem cholera forog fenn.

Augusztus 31-dikének déli 12 órájától másnap déli 12 óráig a következő számú megbetegedések, illetőleg halálesetek (zárjelben) fordultak elő: Szabolcsmegye, 5 helység, 6 (1); Máramarosmegye, 10 helység, 16 (11); Ugoesamegye, 2 helység, (2); Zemplénmegye, 4 helység, 5 (5); Hajdúmegye, 1 helység, 1; Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 7 helység, 18 (7); Csongrádmegye, 4 helység, 8 (7); Torontálmegye, 1 helység, 1; Biharmegye, 2 helység, 2; Kolozsmegye, 4 helység, 9 (4); Szolnok-Dobokamegye, 3 helység, 4; Berésmegye, 7 helység, 6 (4); Bács-Bodrogmegye, 2 helység, 6 (4); Aradmegye, 1 helység, (1); Baranya-



megye, 1 helység, 1; Hevesmegye, 2 helység, 5; Kis-Küküllőmegye, 2 helység, 1 (2); Pestmegye, 1 helység, (1); Veszprémmegye, 1 helység, 1.

Szeptember 1-sejének déli 12 órájától másnap déli 12 óráig a járvány állása a következő volt: Szabolcsmegye, 1 helység, 1; Máramarosmegye, 15 helység, 39 (16); Beregmegye, 6 helység, 3 (5); Szatmármegye, 6 helység, 4 (5); Hevesmegye, 3 helység, 3 (2); Békésmegye, 1 helység, 2 (2); Torontálmegye, 2 helység, (2); Borsodmegye, 1 helység, 1; Zemplénmegye, 1 helység, 1 (1); Árva megye, 1 helység, 2; Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 8 helység, 10 (8); Csongrádmegye, 1 helység, 2 (3); Ugocsa megye, 3 helység, 3 (2); Bács-Bodrogmegye, 4 helység, 10 (11); Szolnok-Dobokamegye, 5 helység, 4 (1); Kolozsmegye, 3 helység, 4 (4); Kis-Küküllőmegye, 2 helység, (2).

Szeptember 2-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú eseteket jelentették be: Szabolcsmegye, 3 helység, 5 (3); Máramarosmegye, 13 helység, 38 (15); Zemplénmegye, 5 helység, 5 (5); Beregmegye, 7 helység, 8 (5); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 9 helység, 16 (8); Csongrádmegye, 5 helység, 7 (5); Csanádmegye, 1 helység, 1; Hevesmegye, 1 helység, 2; Ungmegye, 1 helység, 5; Árva megye, 2 helység, 5 (2); Bács-Bodrogmegye, 5 helység, 4 (4); Békésmegye, 1 helység, 1 (2); Torontálmegye, 1 helység, 2 (3).

Szeptember 3-dikének déli 12 órájától másnap déli 12 óráig a cholera esetek száma a következő volt: Szabolcsmegye, 6 helység, 6 (4); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 6 helység, 10 (10); Szatmármegye, 9 helység, 11 (15); Krassó-Szörénymegye, 1 helység, 1; Kolozsmegye, 1 helység, 4 (1); Beregmegye, 4 helység, 3 (1); Zemplénmegye, 1 helység, 3; Ugocsa megye, 2 helység, 1 (2); Békésmegye, 1 helység, (1); Csongrádmegye, 3 helység, 3 (2); Hevesmegye, 1 helység, (1); Torontálmegye, 3 helység, 2 (1); Kis-Küküllőmegye, 2 helység, 6 (3); Szolnok-Dobokamegye, 2 helység, 3; Fehérmegye, 4 helység, 5 (1); Pestmegye, 1 helység, (1).

Szeptember 4-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú eseteket jelentették be: Szabolcsmegye, 4 helység, 3 (4); Máramarosmegye, 8 helység, 20 (7); Szatmármegye, 4 helység, 4 (2); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 5 helység, 7 (5); Hajdúmegye, 1 helység, 1; Hevesmegye, 1 helység, 2 (1); Békésmegye, 1 helység, 1; Torontálmegye, 3 helység, 1 (2); Zemplénmegye, 2 helység, 2; Kolozsmegye, 3 helység, 1 (5); Szolnok-Dobokamegye, 2 helység, 4; Alsó-Fehérmegye, 1 helység, 1 (1); Kis-Küküllőmegye, 1 helység, (2); Pestmegye, 2 helység, 2 (1); Fehérmegye, 1 helység, 1 (1).

Szeptember 5-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú esetek fordultak elő: Szabolcsmegye, 2 helység, 2 (1); Máramarosmegye, 9 helység, 11 (11); Szatmármegye, 5 helység, 2 (4); Hevesmegye, 3 helység, 6; Hajdúmegye, 1 helység, 1; Torontálmegye, 2 helység, (3); Ugocsa megye, 1 helység, 1 (1); Zemplénmegye, 2 helység, 2; Csongrádmegye, 3 helység, 7 (7); Kolozsmegye, 4 helység, 1 (4); Kis-Küküllőmegye, 1 helység, (1); Szolnok-Dobokamegye, 4 helység, 4; Bács-Bodrogmegye, 6 helység, 9 (2); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 2 helység, 5 (4); Veszprémmegye, 1 helység, (1).

A külföldi cholera vonatkozó hírek röviden a következőkben foglalhatók össze: *Oroszországban* a járvány nem hogy csökken, hanem úgy extensitásában, mint intenzitásában még növekszik. *Németországban* minduntalan észlelnek egyes elszórt eseteket, különösen a Rajna mentén (Duisburg, Neuss, Homberg). *A Franciaországban* déli és nyugati vidékén uralkodott járvány most már csökkenőben van. *Olaszországban* Nápolyban az állapot változatlan; Palermóban azonban félelmetesen kezd terjedni a cholera; Cassinóban még mindig nagyobb számú megbetegedések fordulnak elő. *Antwerpenben* a hivatalos közegek tagadják ugyan a járvány létezését, az állapot azonban úgy látszik komoly, mert egy német lap szerint az antwerpeni kórházban augusztus 1-től 24-dikéig 185 cholera beteget ápoltak, a kik közül 96 meghalt. *Angolországban* is fordult elő már néhány szórványos megbetegedés, így Londonban, Hullban, Grimsbyben. *Amerikában* New-Yorkban és Yerseyben is volt néhány gyanús megbetegedés. *Galicziában* a járvány állása elég kedvezőnek mondható; a napi megbetegedések száma alig éri el a 20-at. *Czernowitzben* már több nap óta nem történt újabb megbetegedés. *Romániában* csökken a cholera.

\*\*\*

#### Kivonat a hivatalos „Egészségügyi Értesítő”-ből. 1893. 5. sz.

##### I. Körrrendeletek:

1. A belügyminister 71,903/93. sz. körrrendelete a m. kir. belügyministerium bacteriologiai intézetének megnyitása alkalmából. Több közveszélyes fertőző betegségnek biztos megállapítására oly időben, a midőn járványosan még el nem terjedett, a mai orvosi tudomány bacteriologiai vizsgálatot tartván szükségesnek: hogy azt a vezetésem alatt álló ministeriumban végeztethessem, közegészségügyi osztályomban bacteriologiai laboratoriumot rendeztettem be. Midőn ezt a törvényhatóság tudomására hozom, egyúttal értesítem, hogy a múlt évi szeptember 7-dikén 69,074. és október 16-dikán 80,596. sz. a. kelt itteni körrrendeleteket hatályon kívül helyezem s felhívom a törvényhatóságot, hogy azon esetekben, a midőn cholera gyanús betegség megállapítása végett a betegek ürülékét vagy hullák bétartalmát bacteriologiai úton meg kell vizsgálni, a vizsgálandó anyagot e rendeletem vétele után többé nem Pertik Ottó dr. egyetemi tanárhoz, hanem a belügyministeriumba küldje be. A bekü-

lendő anyag szerzésére, csomagolására, címzésére és feladására nézve a hatósági orvosok a következőkre utasítandók: Hogy a beküldendő anyag minden más fertőzőstől megóvassék s lehetőleg tisztán jusson a vizsgáló kezeihez, a hatósági orvos feladata leendő egy 2-3 deciliteres, csiszolt üvegdugóval tökéletesen elzárható erős falazatú üvegről, a törvényhatóság számlájára gondoskodni. Ugynevezett befőttes üveget, melyet gyengeségénél fogva kellőleg elzárni nem lehet, nem szabad e célra használni. Az üveget igénybevétel előtt nyitott állapotban, de dugójával együtt, egy negyed órai kifőzés által sterilizálni s azután kiszáritani s dugugva tartani kell. Az anyag beszerzésével megbízott orvos arról is gondoskodjék, hogy tiszta vaselinje vagy parafinje legyen készletben a lezárandó üveg dugójának megkenésére s ez által a tartalom kifolyásának menél feljebb biztosítására. Szükség esetén e célra tiszta olaj is használható. Azon edényt, mely a vizsgálandó anyag felfogására fog szolgálni, s mely ha éjjeli edény nincs kéznél, közönséges tál vagy bögre is lehet, használat előtt szintén egy negyed órai kifőzés által kell sterilizálni s használat után kellőleg fertőtleníteni. Vizsgálat céljából, a hol csak lehet, úgy betegnél, valamint hullából a vizsgáló bétartalmát szerzendő, mert az a legbiztosabb talaj bacteriologiai vizsgálatra. Hullából legcélszerűbb a bétartalmát oly módon szerezni, hogy a vékonybélnek a vastagbélbe való közvetlen átmeneteléből mintegy 25 cm.-nyi hosszú darab a két végén lekötetik s kivágatják, azután az ürülék elküldésére szolgáló üveg felett felnyitattik s tartalma abban felfogatik. Magában értendő, hogy a vizsgálatra szánt anyagot fertőtleníteni nem szabad. A hol ilyen ürülék kapható, ott a kihányt anyag nem küldendő, mert ez rendszerint savanyú vegyhatású lévén, a vizsgálatot zavarja, sőt eredménytelenné is teheti. Hasonlóan nem küldendők egyes béldarabok sem, mert ezek hamar rothadásnak indulván, ezen folyamat a vizsgálat eredményét egészen meghiúsíthatja. Az üvegbe gyűjtött s a megkent dugóval jól lezárt folyadék további csomagolása a következő módon történjék: Az üveg dugója pergamenpapírral vagy hólyaggal leköttendő, lepecsételendő és 5% carbolsav-oldatba mártott zsirtalanított gyapot (Bruns-vattával) körülcavarandó. Az így becsavart üveg pergamenpapírba csomagolando s erős szállal leköttözve s újból carbolos gyapotba göngyölve, erős faladikába vagy pléhdobozba helyezendő. Szivarládát, minthogy könnyen összetörhetnék, e célra használni nem szabad. A becsomagolt láda vagy pléhdoboz tetejébe a fedél alá betendő a következő írott jelzés:

		megyei	
		városi	
		községbeli	éves lakos
	N. N.		béltürüléke.
Élőből vétetett	..... hó	délelőtt	..... óraker.
	..... n	délután	
		éjjel	
Meghalt	..... hó	n.	Bonczoltatott
	..... n.	délelőtt	..... n
		délután	
	..... óraker.		

(orvos aláírása.)

Az ilyen módon kiümlés vagy összetörés ellen kellőleg biztosított s értesítéssel ellátott csomag, hivatalosan lepecsételve, hivatalból ily címzéssel adandó postára: A belügyministerium bacteriologiai intézetének. Budapest, Vár. Méreg. Törékeny. Érték nélkül. Express. Melegebb időjárás mellett a postahivatalok felkérendők, hogy a csomagot indítás előtt lehetőleg hívós helyen tartsák, hogy így a folyadék erjedése késleltessék. Oly helyekről, hol posta nincs, a csomag a legközelebbi postára küldőnczel küldendő. Miután az anyag vizsgálata sok időt vesz igénybe, tehát az anyag felküldése csak azon esetekre szorítandó, hol a kórisme biztos megállapítása az elrendelendő intézkedések tekintetében nagyfontosságú: minél fogva oly községből, hol az ázsiai cholera már meg van állapítva, újabb anyag felküldése felesleges. Sőt oly esetekben is, hol a törvényhatóság területén már több községben meg van a kór állapítva, a szomszéd községben fellépő hasonló és klinikailag felismerhető esetek sem vizsgálandók többé bacteriologiai úton. Miről a törvényhatóságot mihez tartás és közegeinek kellő értesítése s utasítása végett azzal tudósítom, hogy ezen utasítás részleteinek legpontosabb betartásáért a különben támadható veszély elhárításának biztosítása céljából az eljáró orvost és hatósági közeget egyenlőképpen személyesen felelőssé teszem.

2. A belügyminister 46,641. sz. körrrendelete a közkórházakból kiltottak nyilvántartása tárgyában.

3. A belügyminister 36,152/93. sz. körrrendelete a szállodák és vendégfogadók egészségügyi ellenőrzése tárgyában. Közölni fogjuk.

4. A belügyminister 34,778/93. sz. körrrendelete a Svájcba és Svájcban át történő hullaszállításra nézve.

5. A belügyminister 53,737/93. sz. körrrendelete az ipari és gyári alkalmazottak betegsegélyező pénztárai által készített kimutatások tárgyában.

6. A belügyminister 68,449/93. sz. rendelete, mely szerint cholera gyanús esetek felmerüléséről az illetékes hadtestparancsnokság értesítendő.

7. A belügyminister 69,840/93. sz. rendelete Jász-Nagykún-Szolnok vármegye közönségének a cholera gyanús vagy cholera től ellepott községekre nézve kiadott kivételi tilalom értelmezése tárgyában. A cholera gyanús vagy cholera től ellepott községekre nézve kiadott kivételi tilalom értelmezése tárgyában f. hó 12-dikén 18,694. sz. a. kelt jelentésére a címet a következőkről értesítem. A jelentésben hivatolt 68,008. sz. itteni rendeletnek az eladásra szánt élelmi cikkek vonatkozó tilalma általánosságban szó szerint veendő és az jelesül a tejre is kiterjed. Arra, hogy valamely



cholera-tól látogatott községből tej kivitethessék, az engedély külön-külön minden egyes a községben létező majorságra, stb.-re nézve a hatóság által megadható azon esetben, ha az illető majorságban, tanya vagy házban cholera-nyan eset nem fordult elő, és ha megvan a kellő biztosíték arra nézve, hogy az illető majorságban, tanya vagy házban a tej oly gondnal kezeltek és zárt edényekben oly módon küldetik szét, hogy cholera-csirának tejbefutása kizárható. Hogy ezen a kezelés körül szünetlenül betartandó elővigyázat az egészségügyi hatóságok által folyvást szigorúan ellenőrizendő, az annál is szükségesebb, minthogy épen a tej a cholera-csirának igen kedvező táptalaját képezi, másrészt pedig nyersen is élveztetik. A míg az egészségügyi hatóságok az egyes tejtermelőknek saját meggyőződésük alapján ezen fennebb említett kiviteli engedélyt meg nem adták, azokra nézve a tilalom érvényben marad. A kiviteli tilalom vasúton utazókra is kiterjed, a mennyiben t. i. mindaddig, míg az illető község a kiviteli tilalom alatt áll, a kifelé indulók, bármily irányban, bármily közlekedési módon kívánják a községből távozni, megvizsgáltatván, szennyesök és nevezetesen ürülékkel bepiszkított fehérruhák és ruhájuk és a náluk talált s eladásra szánt élelmi szer a kivitelől visszautasítatik. Végre megjegyzem, hogy a drézai egyezmény a nemzetközi forgalomra vonatkozik és e mellett, hogy a belföldön az illető kormányok eselekvési szabadsága meghagyott, a közvetlen szomszédos határforgalomban, a szomszédos államok megegyezése szerint szigorúbb tilalmakat maga is megenged.

II. *Gyógyszertári ügyek.* A belügyminister egy új gyógyszer-tár felállítására adta meg az engedélyt. Átruházás szintén egy esetben történt.

III. *Vegyések.* *Végyess Sándor* p.-kolopi birtokosnak a belügyminister megengedte, hogy a tulajdonát képező s T.-Süly község határához tartozó forrás vizét, mely a csatolt elemzés szerint kénes-földes-sós ásványvíznek tekintendő, s melynek a nagy kénhidrogén-tartalom kénes víz jellegét ad, gyógyvíznek nevezhesse és forgalomba hozhassa.

Az *uzsoki fürdőnek* gyógyfürdő elnevezése megengedett.

*Veith Sándor* dr. okl. vegyész budapesti lakosnak a belügyminister megengedte, hogy felállítandó vegyészeti gyárában gyógyezikketek és mérgeket állíthasson elő s azokat forgalomba hozhassa.

### Vegyések.

Budapest, 1893. szeptember 8-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. augusztus 20-tól augusztus 26-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 365 gyermek, elhalt 206 személy, a születések tehát 159 esettel múlták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, ronesoló toroklob 10, hökhurut —, kanyaró 1, vörheny —, typhus abdominalis 3, gyermekági láz 1, egyéb ragályos betegségek 3, agykéreg 4, agyvérömleny 3, rángások 9, szervi szív-baj 10, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurhut 29, tüdőgümő és sorvadás 29, bélhurut és béllob 36, gastro-enteritis —, carcinomata et neoplasmata alia 6, méhrák 4, Brighth-kór és veselob 6, angolkór —, görvélkór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 19, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 6, erőszakos haláleset 12. A fővárosi köz-kórházakban ápolatott e hét elején 1893 beteg, szaporodás 745, csökkenés 748, maradt e hét végén ápolás alatt 1890. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1893. augusztus 27-től szeptember 2-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: cholera-ban 2 (meghalt 2), hagymázban 4, bányahimlőben 3, vörhenyben 27 (meghalt 1), kanyaróban 29 (meghalt 1), ronesoló toroklobban 39 (meghalt 15), torokgyikban 13 (meghalt 3), trachomában 16, vérhasban 1 (meghalt 1), hökhurutban 23, orbáncban 9, gyermekági láz 1 (meghalt 2).

— *Schwimmer Ernő* dr. budapesti tudomány-egyetemi rendkívüli tanárnak a király a közjótékonyosság és tudomány terén szerzett érdemei elismerésül a királyi tanácsosi ezímet adományozta.

— *Pertik Ottó* dr. egyetemi tanárnak a belügyminister köszönetét fejezte ki azon odaadó buzgóságáért, a melylyel a cholera-nyan esetek bacteriologiai vizsgálatát teljesítette, valamint azon készségeért, a melylyel őt a ministerium laboratoriumának felállítására körül támogatta.

— *Kinevezések.* *Pollák Sándor* dr. Csongrád megye főorvosává, *Kajlinger Zsigmond* dr. Csongrád megye tiszteletbeli főorvosává, *Bukorszky Endre* dr. Máramaros megye tiszteletbeli főorvosává neveztetett ki.

— *Németország orvosainak száma* jelenleg 20,500. Ebből Berlinre és külvárosaira 1636 orvos esik. Az okleveles fogorvosok száma 828. Gyógyszertár összesen 4964 van. A kórházak száma 3110, a melyekben 185,009 beteg van.

△ *Hazai fürdők személyforgalma.* *Bártfa* (aug. 27.): 2122; *Buzsád* (aug. 30.): 1647; *Korynicza* (aug. 24.): 1534; *Tátrafüred* (aug. 29.): 3980; *Alsó-Tátrafüred* (aug. 31.): 2074.

— *Hibaigazítás.* A mult számban a 430. l. II. hasáb 31. sorában *Kuh* helyett *Külz*; alulról a 6. sorban pedig *szénsav* helyett *homogentinsav* olvasandó.

† *Elhunyt:* *Zsidák Ágoston* dr., *Krassó-Szörény vármegye* főorvosa 75 éves korában *Lugoson*.

**Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda).** Meleg és langyos kénes források. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 m-éterre terjedő meleg forrástól. 45–60° C. Rheumatikus bajok, ízületi csúsz, izomcsúsz, csonthártyalob, syphilis, ischias és a legkülönbözőbb bőrbajok ellen. Nagy-Vöslai női és úri uszodák, vérképződési bajok, anaemia, sápkór,

*neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál.* A Szt.-Lukácsfürdő Nagy-Szállodában kényelmes lakások és kintinó ellátás. Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádfürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: *Bosányi Béla* dr. „Szt.-Lukácsfürdő” részvény-társaság.

### Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. augusztus 31-től egész szeptember 6-ig ápolat betegekről.

1893.	Felvott			Elbocsátott			Mehalt			Maradt			Az ápolat közül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	heveny fertőző	az illői-úti kórházban
Aug. 31	43	35	78	45	30	75	3	3	6	873	883	1756	896	41	34	785
Szept. 1	44	27	71	26	22	48	1	3	4	890	885	1775	891	41	42	801
" 2	48	43	91	51	42	93	5	2	7	882	884	1766	889	48	48	781
" 3	36	12	48	54	28	82	1	2	3	863	866	1729	884	50	43	852
" 4	50	44	94	64	47	111	5	2	7	844	861	1705	865	50	37	753
" 5	53	47	100	33	25	58	3	7	10	861	876	1737	884	46	40	767
" 6	51	28	79	38	39	77	1	5	6	873	860	1733	873	44	40	766

**Dr. Dollinger Gyula**  
TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI  
INTÉZETE  
Budapest, VII., kerepesi-út 52.

35



Orvosi percz maximum hőmérő, legfinomabb minőségű nickel- vagy börtokban, vizsgálati okmányokkal, minden tekintetben megbízható. Egy drb. ára 2.50 márka franco. **Wilhelm Uebe, Zerst-Anhalt.**

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, gőrcsői- és bacteriologiai  
**orvosi laboratoriumban**

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

**dr. VAS BERNÁT** és **dr. GARA GÉZA** a laboratorium vezetői.  
2 Poliklinika: VII, Dohány-utca 31. sz.

**Cholera-**  
**hőmérő** jenai normalüvegből,  
egyszersmind **zseb-(fürdő)-hőmérő börtokban**; ára darabonként **3 márka.**  
**EWALD HILDEBRAND, Halle a. S.**  
Egyedüli gyáros.

Kisdjedne-  
lési kiállítás  
Budapest  
1889  
ARANY  
OKLEVÉL.

Univ. med. Dr. Zoltán A.  
minist. engedélyezett

**nyilv. borjuhimlő-oltó intézete**  
Kétegyházán (Békésm.)

szállít egész éven át jótállás mellett mindig friss és biztos hatású eredeti, conser-  
válható és szurással is használható borjuhimlő-nyirkot az alábbi áron:  
1 phiola 3 egyénre v. o. a. 50 kr., 5 vagy több ily phiola 40 kr., 1 phiola  
15 egyénre 1 frt 50 kr., 1 phiola 50 egyénre 2 frt 50 kr., 1 phiola 100 egyénre 5 frt.

Csomagolás és szállítólevél — — — — — á frt —.15  
Csomag. és ajánl. megküldés — — — — — " —.30

Oltási kellékek a beszerzési áron. — Nagyobb megrende-  
léseket tetszés szerinti részletekben is expedialok a ked-  
vezményes áron, előirandó latárnapokra és helyekre.

Orsz. gazd.  
ipar-kiállítás  
**Észék** 1889  
az érdemnek  
ARANY  
ÉREM



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### *A tápcsatorna kimosása (Diaklysmos).*

Genersich Antal tanártól.

Hosszabb idő óta a tápcsatorna bőségének tanulmányozásával foglalkozván, oly eredményekhez is jutottam, melyeket gyakorlati fontosságuk miatt és a külső körülmények kényszerítő befolyása alatt már most, munkám teljes befejezése előtt, közölni vagyok kénytelen.

Ha bármely folyadékot a bázsingba kötött irrigator csövén keresztül egy méternyi nyomás alatt a hullába bocsátunk, az eleinte rohamosan beömlik a gyomorba és a vékonybelekbe, de rövid idő múlva — ha t. i. 3—4, legfeljebb 5 liter befolyt — megáll az áram, s ha most már a nyomást bármennyire fokozzuk is, alig jut be még valami; erőszakos nyomásfokozással legfeljebb azt érhetjük el, hogy a gyomor vagy a belek szétrepednek, de a folyadék felnőtt ember hullájában nem jut tovább az ileum alsó végénél, legfeljebb s kivételesen a vastagbél kezdetéig, de majdnem sohasem fog a végbélen keresztül kiömleni. Hogy mi állja útját a további beömlésnek, arról most nem kívánok szólni. Tény, hogy felnőtt ép ember hulláján sem víz, sem olaj, sem higany felülről nem hajtható keresztül a tápcsatornán. Folyadék mesterséges áthajtása felülről a bélizomzat közrehatása nélkül csakis újdonszültnél vagy fiatal gyermeknél sikerülhet.

Másképen áll a dolog, ha a folyadékot a végbélbe kötött irrigator csövön bocsátjuk keresztül. A régi, de még most is általánosan elterjedt nézet, hogy a Bauhin-billentyű a belet alulról zárja, egészen téves. A bélbillentyű záróképesége még a gázokra nézve is nagyon korlátolt, mérsékelt erőltetéssel igen könnyen leküzdhető, a folyadék pedig a holt emberben az alfelbe illesztett és körülfogott irrigator csövéből mérsékelt nyomás alatt — mely 70—80 cm. magasságú vízoszlopnak megfelel és egy méteren túl nem emelkedik — a végbél felől egészen könnyen a vékonybélbe s tovább hajtható.

A tápcsatorna térfogata közlendő vizsgálataim szerint egyenként igen különböző ugyan, de általánosan véve felnőtt férfinál körülbelül 3 liter fér a vastagbélbe s ugyanannyi a vékonybélbe és a gyomorba is, s az egész belesatorna teljes megtöltésére átlag 8—9 liter folyadék szükséges.

Ha tehát az irrigator a végbélbe téve a bevezetett cső körül odaszorítjuk vagy az alfelbe kötjük, akkor a beeresztett folyadék a hullában mérsékelt, legfeljebb egy meterig emelkedő nyomás alatt a vastagbelekbe hatolva, azokat csakhamar kitölti és ha három liternél többet bocsátunk be, a Bauhin-billentyű leküzdésével baj nélkül a vékonybelekbe jut. Ha 6 liternél többet eresztünk be, a folyadék már a gyomrot is eléri s tovább tartó beöntésnél, körülbelül a 7-dik, 8-dik vagy 9-dik liternél, s ha a gyomor és a belesatorna bőséges bennéket tartalmazott, már előbb is a szájból kiömlik, s ha már most a beöntést tovább folytatjuk, akkor a hullá tápcsatornáját kedvünk szerint teljesen tisztára moshatjuk.

Meggyőződtem arról, hogy ezen kimosás, diaklysmos (*διακλύσειν*) élő emberen is, némi kimélet és biztatás mellett minden baj nélkül keresztülvihető. Többnyire már a 7-dik

liternél bőséges hányás következik be és tovább folytatott beöntéskor rövid időközönként ismétlődő hányással kivettetik a végbél felől behajtott folyadék mindaddig, míg a beöntést meg nem szüntetjük s az alfelet el nem eresztjük, mire azután alulról és felülről rohamosan kitódul a folyadék. Ily módon 10 és több liternyi folyadékot is átjáráthatunk, a nélkül, hogy ebből a betegre lényeges kár háramolna, habár a procedura éppen nem tarthat igényt arra, hogy multság számba menjen.

Fiatal egyénnél s kivált gyermeknél a tápcsatorna ezen kimosása még könnyebben sikerül, mint felnőttél.

Ha a tápcsatorna a végbél felől beeresztett folyadékkal az ép élő emberen is teljesen és ismételten minden különös veszély nélkül kimosható, úgy önként felmerül a kérdés, vajjon nem értékesíthető-e ezen eljárás mindazon esetekben, midőn bármi néven nevezendő élő vagy holt mérge a tápcsatornába jutott s az ember egészségét, életét veszélyezteti s éppen e kérdés az, mely észleletem előzetes közlésére kényszerít.

Mert bármiféle nézettel legyünk is a cholera lényege felől, megengedve még azon fölülte kétes lehetőséget is, hogy a comma bacillusnak tényleg van is valami köze a cholerahoz, minden esetre a bizonyossággal határos valószínűséggel feltehető, hogy a mérge a tápcsatorna felől hatol be a szervezetbe, mert itt mutatkoznak az első tünetek az élők, itt találni az első kézzelfogható változásokat a hullában s a többi jelenségek is mind olyanok, melyek a bélfelöli mérgezést valószínűvé teszik. Köztudomású dolog, hogy sem ilyen, sem amolyan orvosi szerrel a feltételezett materia peccantst befolyásolni nem sikerült, hogy a már általánosan elterjedt enteroklysisnél beöntött 1—2 liternyi Cantani-féle keverékkel való közömbösítés vagy savanyítás nem sokat használ, de semmi sem állja útját annak, hogy különben ép embernél szívbántalom, ütérlekgesedés, súlyos tüdőbaj és némely más általános vagy helyi contraindicatióktól eltekintve, ismétlem az ember belesatornáját alulról felfelé teljesen ki ne moshassuk és az ez iránt szűk körömben a helybeli járványkórházban (ifj. Maizner dr.-ral, Erdődi dr.-ral és Urbanetz-zel) tett esekély számú kísérletek egészen feltűnő jó eredményt mutattak. 1—2 ‰-os vizes tanninoldat 37—38° C.-ra melegítve 80—100 cm. nyomás alatt a choleras beteg végbélbe eresztve, miközben az alfelet a cső körül összeszorítjuk, csendes lefolyás alatt megtölti a beleket, úgy hogy a beesett has rövid idő alatt feldagad s erősen megfeszül, ha a beteg nyögéseinek engedve, egy-egy percze megfeszítjük a vízbeöntést, nemsokára újból megereszthetjük s így szép csendesen 5—6—7 liter folyik be. Ekkor a már tűrhetetlennek látszó állapot egyszerre javul, mert a beteg bőségesen hányni kezd, a hányások ismétlődnek s nemsokára a beöntött folyadék kerül ki, mit reagenssel (liq. ferri sesquichlorati) könnyen kimutathatunk. Ily módon 7·5—8—9—10 és több litert bocsátva keresztül, kiveszszük a csövet a végbélből és a betegből alulról is kirohan a folyadék, de 2—3 liternyi mennyiség benne marad. Az összeesett hideg beteg még a befecskendés alatt felmelegszik, izzadni kezd, érverése érezhetővé és erősebbé válik s a beöntés után betegünk szemlátomást javul, habár nem mindig annyira, hogy megmentettnek mondhatjuk, de bizonyos, hogy semmiféle szerrel ily gyors és szembetűnő javulást nem értem el, mint a leirt eljárással.



A tápcsatorna kimosása baj nélkül ismételtető 2—3-szor és többször is, míg a collapsus tünetei végkép el nem maradnak s a gyógyulás annyival biztosabb, mentül gyorsabban jutott a beteg kezelésünk alá.

A typhoid szakban, mely nézetem szerint szintén főleg az által van feltételezve, hogy a bélcsatorna felől jutnak bomlási mérgek a keringésbe és parenchymatosus veselobot stb. okoznak, a bélkimosás hasonlóképen feltűnő jó sikerrel alkalmazható, a comatosus beteg újból feléled és literszáma boesát vizeletet.

Nem fektetek nagy súlyt arra, hogy a beöntött folyadék épen 1—2% tannin-oldat, vagy más sav legyen, mert vizsgálataim folyamán eléggé meggyőződtem arról, hogy ama feltevés, miszerint a cholerasok gyomorbennéke ali hatású, téves, épen ellenkezőleg azt találtam, hogy a gyomor rendszerint savi hatású s úgy a nyombél bennéke, néha még az éhbél felső része is ép úgy mint másban és a cholera typhoidban elhaltaknál néha az egész tápcsatorna bennéke is többé-kevésbé savi hatást mutat, a beteg még is meghalt. Úgy tartom, hogy physiologikus 0.75% konyhasó-oldat, vagy bármely más nem mérges vízzel is jó hatással lesz, de a tannint azért praeférom, mert a Cantani-féle beöntések által úgy is az orvosi gyakorlatba felvétetett és kétségkívül nemcsak ártatlan desinfiáló, hanem stypticum is.

Eszem ágában sincs azt állítani, hogy ezentúl egy cholera-beteg sem halhat meg, már a fentebb említett ellenjavalatok, de sőt a beteg ellenkezése is eljárásom alkalmazását megakadályozhatja, durvaság a kivitelben és netalán más előttem még ismeretlen körülmények és viszonyok veszélyt is hozhatnak. De másfelől teljes tudatában vagyok annak is, hogy a tápcsatorna kimosása nemcsak cholera-betegeknél, hanem sok más heveny és idült infectionál s a tápcsatorna egyéb bajainál is jó sikerrel kecsgetet.

Remélem, hogy ügyfeleim, kik viszonyaiknál fogva inkább tehetnek kiterjedtebb gyógykísérleteket, eljárásomat igénybe fogják venni s előzetes felszólalásom abban találhatja mentéségét, hogy épen most, midőn a cholera szélében pusztít, megbízható, de sőt akár valamennyire is plausibilis therapia hiányában szükölködven, a legképtelenebb szerek és eljárások újból divatba jönnek, erős meggyőződésem, miszerint vizsgálataim eredményeinek közreboesátása által tényleges szolgálattot teszek.

Orvosoknak szólok. Hogy oly fertőzés és mérgezés, melyeknél a kór oka tetemes helyi pusztítást hozott létre, avagy pedig már a keringésbe jutott, nem kecsgetet mindig kedvező eredményyel, hogy ökölnyi bélsárgöbök, a végbélbe dugott kés és villa és sörös pohár nem fog a Bauhin-billentyűn vígan áthaladni: természetes, hogy rákos, gümös és más szükületek, esetleg akár egy erősen bezárt sérv is legyözhetetlen akadályt gördíthet a kimosás elé és túlságig fokozott nyomás folytán végre bélrepedés következhetik be, sőt hogy gümös és hagymázás fekélyek, s az üszkösen lágyult bél még mérsékelt nyomásnál is kifakadhat: sohasem fogom kétségbe vonni.

### Közlemény a budapesti kir. m. tudományegyetem II. bonczani intézetéből.

#### Az ütőeres anomaliákról néhány eset kapcsán.

Közli Chudovszky Móríc dr. gyakornok.

Az egyetemi II. bonczani intézetben kipróbáltuk e tanévben a sokféle véredény-befecskenedésre alkalmasnak talált anyagokat, részben azért, hogy a legegyszerűbb és legolcsóbb módon dolgozhassunk, részben pedig azért, hogy a sikertült részeket az intézet muzeuma számára kidolgozzuk. E vizsgálatokhoz újszülöttek és gyermekek hulláit használtuk fel, hogy kevesebb anyagot fogyasztunk és hogy a kidolgozás is gyorsabban haladjon; az ezeknél talált véredényrendellenességek száma sokkal kisebb, semhogy belőle új tételeket lehetne felállítani, de mindenesetre támogatására fog szolgálni azon már

ismert anatómiai ténynek, hogy a véredények rendellenességei fejlődéstani alapon értelmezendők.

Az egész boncztan körében egy rendszerrel sincs annyi anomalia, mint épen az ütőeresnél, vonatkoztatva ezeket azok helyzetére, eredésére, irányára és azon területre, a melyet vérel ellátnak, valamint számukra és ürterükre nézve is. Úgy a hazai mint a német és francia anatómusok ezen rendellenességeket két okra vezetik vissza; ugyanis az említett négy első féleséget, a véredényeknek a szívtől közelebb vagy távolabb való eredésétől, az utolsó kettőt pedig az edények ürterének megváltozásától származtatják. Mert a véredények helyzetét, eredését, irányát és kiterjedési területét az határozza meg, hogy közelebb vagy távolabb érintik-e a főtörzseket, míg a számbeli meg ürteri rendellenesség az ürter elváltozásától fog függni.

Az ütőerek ezen rendellenességeinek okát fejlődéstani alapon fejtették meg. Henle magyarázata szerint eleinte az ütőeres rendszer csövei ép olyan kiterjedt hálózatot képeznek mint a vivőereséi, csak hogy a fejlődés későbbi szakában egyesek jobban kitágulnak, míg mások elcsenevészesednek, és így kifejlődik a rendes ütőeres rendszer; ha azonban egyes csövek ürtere még tovább tágul, rendellenességnak kell beállania, ha ellenkezőleg egyes csövek szűkebbek maradnak, úgy több edénynek kell kitágulnia, hogy a vérpálya kiegészítve legyen. Ekként jön létre a számbeli rendellenesség.

A másik csoportbeli anomaliákat Sappey<sup>1</sup> magyarázata fejtje meg. A véredények fejlődéséről azt mondja, hogy azok nem úgy fejlődnek mint például a növekvő fa, a hol előbb a törzs s azután nőnek ki abból a fő- és mellékágak, hanem hogy azok a környék felől nőnek a törzs felé. Tehát ha az ütőerek a különböző szervekből és testtájokról nőnek a szív, illetőleg a főtörzs felé, könnyen érthető, hogy a főágakban rendellenesség támadhat. Nem lesz rendellenesség abban az esetben, ha az ütőerek a leggyakoribb helyen nőnek be és rendes helyüket foglalják el; ha ellenben nagyobb a convergentiájuk és hamarabb tapadnak a törzshöz, az hosszabbá és így épen úgy rendellenessé lesz, épen úgy mintha később egyesülnek, a mikor a főtörzs lesz hosszabb és az ágak rövidebbek.

Az ütőeres anomaliák ekkép megfejtethők; nem lehet azonban még sem elzárkózni a számos összehasonlító bonczattal foglalkozó szerzők nézetétől sem, a kikhez az ember-bonczattal foglalkozók közül csupán Testut csatlakozik, t. i. hogy a véredények egyik vagy másik anomaliája csupán összehasonlító anatómiai úton volna megfejtethő.

Kilencz újszülött és gyermek hullát használtunk fel, a legidősebb két éves gyermeké volt; ezek között négy esetben a hasi főér ágainak eredésében anomaliát találtunk, a melyek közül az egyiket, mint az alább közölt irodalomból kitétnik, még mostanáig sehol sem találtuk leírva.

A készítmény a II. bonczani intézet tulajdona. A véredények befecskenedésére a Schifferdäcker-féle celloidinos corrosio massát Hochstätter módosításával használtuk.<sup>2</sup> A máj-ütőer rendszeren ered a rövid bélütőerből, s két egy jobb és egy baloldali máj-ütőerre oszlik. A felső cseplesz-ütőerből eredő rendellenes járulékos májütőer, a melynek ürtere egyenlő a két előbbi májütőerével, s a mely a máj jobb lebenyéhez halad, két epehólyag ágat ad. Épen ez utóbbit nem találtam feljegyezve sehol. Mihákovics, Gegenbaur, Langer-Toldt, Hyrtl, Sappey nem közölnek anomaliákat.

A máj edényeinek főbb rendellenességei a következők; Henle<sup>3</sup> szerint: (a ki a régi szerzőkből Soemering, Meckel, Monro és másokból gyűjtötte össze) májütőeret adhat a felső csepleszütőer, adhatja a jobb- vagy baloldali ágat (7-szer 30 esetben); elágazhat belőle az epehólyag rendes vagy járulékos ága és a járulékos májütőer is. Ez eredhet még a jobboldali vese vagy az alsó csepleszütőerből is.

Rauber<sup>4</sup> szerint: a májütőer elágazhat a felső csepleszi, jobboldali vese vagy a hasi főütőerből; néha az alsó csepleszi-

<sup>1</sup> Sappey: Traité d'Anatomie. Paris, 1888. T. II.

<sup>2</sup> Anatomischer Anzeiger 1886. 51.

<sup>3</sup> Henle: Gefäßlehre. Braunschweig, 1868. II. B. 283—285.

<sup>4</sup> Rauber: Gefäßlehre. II. Bd. 1. H. 127. Leipzig, 1893.



ből. A járulékos májtűdőér elágazhat a bal koszorús gyomori vagy a felső csepleszi ütőérből. A májtűdőérnek egyes ágai a szomszéd edényekből is eredhetnek.

Quain<sup>1</sup> szerint: a májtűdőér jöhet a felső csepleszi, vese vagy a hasi főérből; néha az alsó csepleszi ütőérből. Járulékos májtűdőér ritka. Az epehólyag ütőere eredhet az alsó csepleszi ütőérből.

Debière<sup>2</sup> szerint: a máj ütőere eredhet a hasi főérből, a felső csepleszből, bal ága a koszorús, ritkán a lép ütőérből. A járulékos májtűdőér három törzsszel indulhat, többnyire a koszorús, ritkábban a rövid bél, felső csepleszi ütőérből, néha a jobb vese ütőérből is. Az epehólyag ütőere jöhet a felső csepleszi, a bal májtűdőérből vagy a hasnyálmirigy nyombéli törzsből.

Testut<sup>3</sup> szerint: a májtűdőér eredhet a felső csepleszi, bal ága jöhet a koszorús lép vagy felső csepleszi ütőérből. A járulékos májtűdőér eredhet a jobb vese és felső csepleszi törzsből, ugyanonnan indulhat az epehólyag ütőere is.

Ugyanezen készítményen két baloldali veseütőér van. A második számún szintén két baloldali ütőeret találtunk.

A harmadik számún az alsó csepleszi ütőér a felsővel közös törzsből ered.

A négyes számún egy járulékos májtűdőér van, a mely a gyomor nyombéli ütőérből ered. Az utóbbi három eset az intézeti jegyzőkönyv tanúsága szerint két hónap alatt lett észlelve. A bonczteremben tett tapasztalat szerint egy évben 150–200 hullában 4–5-ször találtunk felnőttben a hasi főtörzs ágaiban anomáliát, míg a felhasznált kilencz esetünkben négyszer akadtunk rendellenességre.

Ez abban találhatja a természetes magyarázatát, hogy az ütőerek anomáliája fejlődési rendellenességen alapulván, sokkal nagyobb számban fogjuk találni újszülötteken és gyermekeken, mint felnőtteken; mert épen úgy, mint a szerveknek más rendszerében, a véredényrendszerben is cél és szükség szerint átalakulások vagy visszafejlődések mennek végbe. Az átalakuláskor többnyire a rendes viszonyok jönnek létre.

### Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem (Kétli Károly r. tnr.) II. belkórodájából.

#### Belgyógyászati casuistikus esetek.

Közli Imrédy Béla dr., tanársegéd.

(Vége.)

#### II. *Lymphosarcoma mediastini antici.*

B. J.-né, 56 éves nőbeteg állítólag egészséges családból származott. Három izben volt teherben, egyszer ismeretlen oknál fogva elvetélt. Syphilise nem volt és általában véve mindig jó egészségnek örvendett.

1892. június havában állítólag jobboldali tüdőlobot állott ki, de már 5 hét múlva falura mehetett. Azóta azonban folyton nehézlégzés és hébe-korba szívdobogás bántották. 1892. november havában állapota oly rosszra fordult, hogy ágyban fekvő beteggé lett. Ez időben a jobb mellkasfélben erős oldal-szúrásokat érzett, lélekzete nehéz lett és decemberben nyaka, majd emlői dagadtak meg. Még később karjai duzzadtak fel és végül nyelési nehézségek jelentkeztek, miért is 1893. február 9-dikén a II-dik számú belklinikára vétette fel magát.

A középtermétű elég jól kifejlett nőbeteg bőre mindkét alkaron, erősebben a balon mint a jobbon, a mellkason és különösen az emlőkön vizenyösen beszűrődött volt. A láták egyenlő középtágak voltak, fényre és alkalmazkodásra kellően hatottak vissza. Ajkak kissé kékesen elszínesedettek, a nyakon és az emlők felett elhúzódó vivőerek erősen tágultak. A jobb mellkasfél a balnál tágabb volt, és a lélekzést tetemesen visszamaradt. A jobb mellkasfél felett a kopogtatási hang

mindentűt tompa volt. A középvonalban is végig tompa kopogtatási hangot nyertünk, ellenben a bal mellkasfél felett a tüdőhatárokat a rendes helyen találtuk. Jobboldalt a mellrengés, légzés és hörgi szózat gyengült.

A szívcsúslökés helyét, a szívtompulat nagyságát részint a bal emlő erős duzzadtsága, részint a jobboldali tompulat miatt nem sikerült meghatározni. Szívhangok tiszták és kellően ékeltek voltak, az érverés percenként 100 volt. Hőmérsék 36°8' C. A has felett eltérést nem találtunk és a vizelet, mely 1026 fajsúlyú és zavaros narancssárga színű volt, idegen alakelemet nem tartalmazott.

A felvétel napján, azaz február 9-dikén d. u., 950 cm<sup>3</sup> sűrű vörhenyes sárga folyadékot bocsátottunk ki a jobb mellkasfélből. Ezen folyadéknak fajsúlya 1012 és fehérszínű tartalma 2% volt és göcső alatt igen sok vörös vérszemet tartalmazott. A csapolás után a beteg nyelési nehézsége kissé enyhült.

Február 10-dikén d. e. a betegnél a tompulati viszonyok nem változtak, ennél fogva a jobb mellkasfélből ismét 1200 kem. véres folyadékot bocsátottunk ki, mire a beteg kissé rosszult lett, azonban camphor-injectiók csakhamar helyrehozták.

Február 11-dikén. Beteg türethetően érzi magát, a jobb mellkas felső része felett (a sternum feletti részt kivéve) a tompa kopogtatási hang kissé feltisztult és ugyane helyeken hörgi légzés volt hallható. Bal oldalon a mellkas alsó része felett körülbelül 2 ujjnyi tompulat találtatott, mely felett légzést nem hallottunk.

Február 12. Állapot változatlan maradt.

Február 13. Tejdiaeta lett elrendelve. Gégevizsgálatnál kiderült, hogy a beteg bal hangszálagja hűdött.

Február 14–17-dikéig a beteg állapota rosszabbodott, lélekzete nehezebbé vált, nyelési nehézségek jelentkeztek, a jobb mellkasfél felett mindentűt ismét tompa volt a kopogtatási hang, a lélekzés pedig majdnem teljesen hiányzott.

Február 18-dikán 860 cm<sup>3</sup> véres savó bocsátott ki, mire a beteg tetemesen jobban lett, a nehézlégzés és nyelési nehézség elmúltak. A kibocsátott folyadékban vörös vérszemetek és pár lapos hámsejten kívül mást nem láttunk.

Február 19–24-dikéig. A beteg állapota, a mint a folyadék ismét felgyült, mindinkább rosszabbodott, nehézlégzési rohamok lepték meg, nyelése ismét nehezebbé vált, úgy hogy már táplálkozni sem tudott. Február 22-dikén próba-csapolás végeztetett baloldalt, hol szintoly véres folyadékot nyertünk, mint jobboldalt. Baloldalt hátul a lapoczká csúcsáig terjedt fel a tompulat.

Február 25-dikén. A beteget jobboldalt újra megcsapoltuk és 1 liter véres savót bocsátottunk ki, mire a nehézlégzés elmúlt és ismét tudott nyelni. A savóban göcső alatt alképletre valló alakelemeket nem lertünk.

Február 26-dikán. Érlökés igen gyenge volt, naponta többször camphort kapott.

Február 27-dikén. Az érlökés igen gyenge volt és daczára annak, hogy a beteg igen gyakran kapott camphort bőr alá, este 1/2 9 órakor meghalt.

Az észlelés egész ideje alatt a beteg láztalan volt, a vizeletben rendellenes alkatrészeket nem találtunk.

A kórbonczati jegyzőkönyvet egész terjedelmében alább közlöm.

Hulla alacsony termétű, jól táplált, halvány, hátán halvány, szederjes hullafoltokkal ellátott. Hajzat barna, láták, középtágak, egyenlők; nyak középvastag, mellkas dombordad, emlők nagyok, tömöttek, a jobb emlő nagyobb, szívós göczokat mutat. Has mérsékelten feszült. Koponyaboltozat vastag, tömött, kemény agykéreg mérsékelten feszült, lágy agyburkok és az agy vérszegények, nedvdúsak, az utóbbi állománya lágyabb, gyomrocsoi tágak, körülbelül 20 gm.-nyi tiszta savót tartalmazók. Pajzsmirigy kicsiny, vérszegény, sárgásbarna, colloid-tartalmú, gégeleges nyákhártyája halvány, bal mell-ürben körülbelül 2 liter vörhenyes tiszta savó. Bal tüdő felső lebenye, mint alsó lebenyének felső része puffadt, halvány barna vörös, vérszegény, sok finoman habzó savóval beszűrődött, az alsó lebeny hátsó és alsó része hústapintatú, sötét-vörös, légtelen, vörhenyes légbuborékok nélküli savóval be-

<sup>1</sup> Quain's Elements of Anatomy. London, 1893. Vol. II. P. II. 463.

<sup>2</sup> Debière: Traité élémentaire d'Anatomie. Paris, 1890. T. I. 541.

<sup>3</sup> Testut: Traité d'Anatomie. Paris, 1892. T. II. 49.



szűrődött. Az alsó lebeny külfelületének mellhártyai lemeze alatt néhány kölesnyi egész kis borsónyi sárgás-fehér, egynemű, tömött, vakarásra tejfelt nyújtó gócz; a jobb mellhártya mindkét lemeze vastagodott, opák, szívós kötőszöveti állhártyák által egymással összenőtt, a 8-dik 7-dik bordát fedő fali lemez, valamint a rekeszi lemez borsónyi-mogyorónyi álképlet-góczok által egyetlen felületű; az alszalagok között körülbelül 300 gm.-nyi tiszta véres savó. Jobb tüdő alsó lebenye mint felső lebenyének a tüdőkapuhoz közel fekvő részlete megnagyobbodott, tömött, sárgásfehér, vérszegény, tejfelt nyújtó újképletté alakult, mely főleg a bronchialis mirigyek mentén terjedve faágszerű elágazódást mutat; a tüdőszövet egyes lencsényi, csikalakú halvány-vörhenyes, nedvdús, légtelen góczokat képez, a hilus körül elhelyezett mirigyek egész lencsényi, kis diónyi palaszürke, vérszegény, középső részlettel ellátottak. A felső lebeny külső részlete, valamint a középső lebeny lateralis részlete sötétvörös, vérbő, hústapintatú, metszlapjain síma, kevés légtelen savót nyújtó. A hörgők a hilus szomszédságában az újképleti góczok által körülvettek, ürterük összenyomott.

A mellő gátörreg nagy edények előtt fekvő részlete, valamint a hátsó gátörreg egész kiterjedésében diónyi-gyermekököllyi, hófehér agyvelőszerű, vérszegény, részint lágy, részint középtömött, mindenütt tejfelszerű vakarékot nyújtó újképlet góczok által kitöltött, az újképlet felfelé a gátörreg felső határáig, oldal felé a mellhártya fali lemezét a mellüregbe domborítva, jobboldalt a tüdőkapunál szorosan összefüggő, baloldalt férfököllyi kiemelkedést képez a mellüreg medialis felső falán. Szívurok mindkét lemeze halvány-vörhenyes, könnyen levonható, fibrinálhártyákkal fedett, a fali lemeznek a felső üres vivőerre való áthajlása helyén egyes 2—3 cm.-nyi hosszú, részint gömbalakú, részint taraj-szerű újképleti góczok foglalnak helyet, ugyanazon oldalon a fali lemez a bettremkedő daganatrészek által vékonyodott, halványsárga. A szívurok ürében körülbelül 80 gm.-nyi véres fibrinczafatokkal vegyes savó. Szív petyhüdt, izomzata fakóbarna, szakadékony, ürei tágultak, sötétvörös híg vért tartalmaznak. A jobboldali tüdővivőerek a mediastinalis daganat által körülvettek, lemezük szűkült, a felső üres vivőér ürtere beszajadása felett 2 cm.-nyi távolban a polypszerűleg benövekedett daganatrészek által szűkített, felsőbb részletén a középtömött daganatrészek által teljesen összenyomott. Az alsó üres vivőér jobboldali fala egyes lencsényi-babnyi beemelkedéseket mutat. A függőér belhártyája sárgás-fehér, zsíros plaqueok által egyetlen.

Máj a 6-dik borda magasságában fekvő rekesz által lehelyezett, barnavörös, középértartalmú, metszlapján szerezendió-rajzolatot mutat. Lép kétszerakkora, sötétvörös, tömött; bárzsing a hátsó gátörregében fekvő, megnagyobbodott és daganattá alakult mirigyek által összenyomott, a garattól 15 cm.-nyi távolban 2 mogyorónyi és egy diónyi az ürterbe emelkedő gócz által szűkített, nyákhártyája a bemelkedő góczok felett vékonyodott halavány.

A gyomor nyálkahártyája belővelt, számos erősen tágult vivőérrel ellátott, néhány tűszúrásnyi biborvörös vézzéssel behintve. Belek nyálkahártyája szederjes-vörös, tágult, vivőerektől áthúzódott, ürükben pépes-barnás-sárga bélsár. Vesék szederjes vörösek, vérbővek, középtömöttek, húgyhólyag tágult, nyákhártyája halvány; üre körülbelül 400 gm. zavaros vizelettel telt.

Méh kicsiny, gyermekököllyi, falzata  $\frac{3}{4}$  cm.-nyi, szívós, kemény, nyálkahártyája halavány-vörös, a méhtest bal felső sarkán egy körülbelül diónyi szabálytalan háromszög alakú, vékony kocsonyos tül nyákhártyai növedékekkel ellátott, a melynek tömege mucinszerű váladékkal telt üröktől áthúzódott. Petefészkek kicsinyek, szívósak.

Diagnosis: Lymphosarcoma glandularum mediastini antici, ad glandulas peribronchiales, pleuram utramque, pericardium parietale tendens, in cavum venae cavae superioris et inferioris inurumpens, in telam submucosam oesophagi metastasim nucem juglandem aequantem efficiens, Pericarditis fibrinoso-haemor-

rhagica acuta. Degeneratio adiposa musculi cordis. Hydrothorax sin. Pleuritis fibrinosa chronica dextra. Hepar moschatum.

A betegnél, kit körülbelül négy hétig volt alkalmunk észlelni, a rendkívül jellegző tünetek daganattal van dolgunk. Már magában véve azon körülményt, hogy a betegnél csapolás után a tomputati viszonyok lényeges változást nem mutattak, és hogy csapoláskor az 56 éves nőnél véres folyadékot kaptunk, gyanút keltett ez iránt. A kieresztett folyadék szorgos vizsgálata azonban semmi közelebbi adatot sem nyújtott. A folyadék görcsövi vizsgálatának eredménytelensége, még ha mellhártya daganatot is vettünk volna fel, nem szólott volna ellene, mert általában véve a mellürből akár próbacsapolás, akár csapolás útján nyertük is a folyadékot, vajmi ritkán látunk daganatra jellegző szövetrészeket.

A betegnél lehető egyéb tünetek, melyek egy része a vérkeringés akadályára vallottak, az első pillanatra keltett gyanút megerősítették. A nyak, a karok és mellkas bőre mindenütt vízenyősen beszűrődött volt s ugyan e helyek felett a vivőerek erősen tágultak voltak, tehát azon területek, melyek vivőeres vértüket a felső üres vivőérbe öntik. Ebből a felső üres vivőér nyomására gondolhattunk, melyet leginkább daganat idézhet elő. Ezenkívül a gégevizsgálat baloldali hangszalaghüdést mutatott, a mely lelet a baloldali recurrens-ideg nyomtatása mellett szólott és végül nyelési nehézségek, illetőleg bárzsingszűkület tünetei is mutatkoztak. Mindezekből tehát egy daganatot kellett felvennünk, mely mindezen tüneteket létrehozhatja. Mivel pedig csapolás után a szegycsont felső részlete felett a tomputat mitsem változott, az ily esetekben egyáltalán megengedhető legnagyobb valószínűséggel a mellő gátörregben fekvő daganatot vettünk fel, melyet tekintve a beteg korát, a betegség gyors lefolyását, valószínűleg rosszindulatúnak kellett tartanunk. Nyílt kérdés maradt az, vajjon a mellhártyákon esetleg a tüdőben is találunk e álképletet. A kopogtatási viszonyok nem derítették ki semmit s mindkét oldali mellüri véres savógyütem ezen kérdés eldöntésére nem értékesíthető. Véres savó a mellüriben nemcsak álképleteinél fordulhat elő, hanem nehezített vérkeringési viszonyok szintén véres mellhártya transsudatum keletkezésére vezethetnek. Ezen esetben pedig a véres savó mindkét oldalt ki volt mutatható és a vegyi vizsgálat is a mellett szólott, hogy transsudatum, tehát a mellhártya megbetegedésére jellegző tünetet nem találtunk.

Ezek alapján a gátörreg rosszindulatú daganatát vettük fel és a kórbonczolat igazat adott, a mennyiben a gátörreg mirigyéből kiinduló, a bronchialis mirigyekre és a mellhártyákra és szívurokra is áttérjedő lymphosarcómát találtunk. Ezen lymphosarcoma részint az által, hogy a felső üres vivőérbe betört, részint az által, hogy majdnem teljesen összenyomta, az élőnél észlelt és főleg a felső testrésze korlátolt pangást érthetővé tette. Ezen daganat a baloldali recurrenst is nyomta, miért baloldali hangszalaghüdés állott be.

Egyike az élőnél legérdekesebben mutatkozó tüneteknek, t. i. a nyelési nehézségnek is keresetlen magyarázatot adhatunk. Feltűnő volt, hogy a mellüri folyadék felszaporodásával nemcsak a nehézlégzés, hanem a nyelés is nehezebbé válik, sőt lehetetlenné lesz, ha azonban a beteget megcsapoltuk, a nyelési nehézség majdnem teljesen elmúlt. A bonczolatnál kitűnt, hogy egy újképletté alakult mirigy szűkíti a bárzsingot, már most valószínű, hogy a folyadék felhalmozódása következtében ezen mirigy még hátrább és bal felé szorult, minek folytán a bárzsingot teljesen összenyomta, illetőleg átjárhatlanná tette.

Vajjon a mellhártyák áttételi góczai vagy a vérkeringési akadályok avagy mindkettő együtt idézte-e elő a véres mellüri savó felgyülemelését, biztosan nem lehet eldönteni. Ha azonban a nagymérvű vérkeringési akadályokat összehasonlítjuk a mellhártyák csekély elváltozásával, mégis nagyobb a valószínűség, hogy vérpangás okozta transsudatummal volt dolgunk.



*A phthisis és tuberculosis közötti viszonyról.*

Karika Antal dr.-tól.

(Vége.)

Abból a tényből, hogy mint az eddig előadottakban kimutattam, a gümőkór kifejlődését két különböző kóros közös hatás idézi elő, s hogy maga a már kifejlett gümőkór is két egymástól különböző, bár egymással szoros viszonyban álló kórfolyamatból áll: folyik azon fentebb az első sorokban tett nyilatkozatom helyessége, miszerint az orvosi tudomány eddigi csekély sikere a gümőkór és phthisis ellenében főleg abból az okból ered, mert a tudomány nem tett különbséget ezen két kórfolyamat között. Behatóbb figyelemre méltatva az ezen kórfolyamatok eredetére s egymás közötti viszonyára vonatkozólag fentebb mondottakat, nehézség nélkül be lehet látni, hogy a gyógytudomány a tuberculosis gyógytanát illetőleg eddig tévúton járt, s ennél fogva működésének sikere nem is lehetett.

Egész hosszú sorát lehetne azon tévedéseknek elszámlálni, melyeket a tudomány a gümőkóros phthisis gyógykezelése körül elkövetett; legfőbb s még ma is fennálló tévedések azonban a következők:

1. Hogy a gyógyászok a gümőkórt egynemű vagy egyseges kórfolyamatnak tekintették.

2. Ennél fogva azt hitték, hogy ezen betegség egyféle általános gyógyszerrel vagy gyógymóddal minden esetben gyógyítható, a mint hogy a legújabb kudarcok után is még ma is számosan vannak, a kik ily általános csodaszer feltalálásán erőlködnek.

3. Ezt az általános gyógyszert is nem helyes úton keresik.

Az orvosi tudomány egyik legészserűbb elve szerint a betegségek gyógykezelésénél mindenek előtt a kórok eltávolítását kell feladatul tekintenünk (*tolle causam*), a gümőkór gyógymódját kutatók is mind e mai napig ezen elvet követték, tehát helyes elvből indultak ki, de az irányt tévesztették el, melyen a kitűzött célt elérhették, és pedig azon okból, mert a gümőkór okait nem, vagy nem helyesen ismerik.

Évszázadokon keresztül az orvosi tudomány azon hitben tévelygett, hogy a gümőkór egy sajátlagos *discrasiából* származik, minél fogva egész a gümöbacteriumok felfedezéséig a gümőkór gyógyíthatóságának kulcsát azon szer vagy eszközben vélték rejteni, mely azon *discrasiát* megszüntetni képes, s ezen eszköz feltalálásán törték eszöket nem kevesebb buzgalommal mint az *alchimisták* az aranycsinálás felfedezésén.

Ma már tudjuk, hogy gümőkóros *discrasia* nem létezik, s így azt is tudjuk, hogy miért nem sikerült a tudománynak a gümőkór gyógymódját a jelen korig felfedezni; t. i. mert ezen gyógymódot téves úton kereste, illetőleg olyas valamit keresett, a mi nincs. Úgyde a *diacrasia* helyét a gümőkór kór-tanában az újabb időben a gümöbacteriumok foglalták el, melyekről egészen *objective* bebizonyítható, hogy léteznek, s a gümőkór létrehozásában közreműködnek.

De fámbar számos oly szerrel rendelkezünk, melyek a bacteriumok életét biztosan kioltani képesek, a gümőkór gyógyíthatósága, az ezen bacteriumölő szerekkel tett számtalan többé-kevésbé elmes kísérletek dacára egy lépést sem haladt előbbre. Ezen nagy reményt keltett kísérletek meghiúsulása is azonban nem tekinthető a gümőkór gyógyíthatatlansága mellett bizonyítéknak, mint némely *skeptikusok* hirdetik, mert ezen kísérletek is téves irányban intézettek.

A kísérletezők t. i. valamint az orvosok legnagyobb része abban a nézetben vannak, hogy a gümőkór egyedüli okai a bacteriumok, minél fogva a gümőkór gyógyíthatóságának a bacteriumok elpusztításával elég van téve. Ez a nézet azonban nem áll, mivel a gümőkór kifejlődésének a bacteriumok invasióján kívül még egyéb távolabbi okai is vannak, melyek tehát a gümőkór gyógyíthatóságára épen oly, vagy még nagyobb befolyással bírnak, mint a bacteriumok. Ilyen ok először is az, hogy maguk a bacteriumok is csak azon feltétel alatt telepedhetnek meg s idézhetnek elő gümőkóros folyamatot valamely organismusban, ha abban az életfentartásukra szükséges elemet

vagy tápanyagot készen feltalálják, vagy azt magok előteremteni képesek. A mely szervezetben azonban ezen előfeltétel jelen van, mint például a gümőkórra hajlamos s különösen a kifejlett gümőkórtól megtámadott szervezetben, abban a gümöbacteriumok, ha mindennap kipusztítatnak is, mindennap újra befészkelődhetnek ismét. Már ezen körülmény is arra mutat, hogy a gümőkór keletkezésének a bacteriumok telepedésénél lényegesebb, vagy vele legalább is egyenértékű oka az az elem, mely nekik lehetővé teszi, hogy a szervezetben fennmaradhassanak s tovább tenyészhessenek, minél fogva a gümőkór kifejlődésének s továbbterjedésének meggátolására is nem elegendő eszköz a bacteriumok kipusztítása, hanem az okszerű gyógy eljárásnak főleg oda kell törekednie, hogy annak az izzadmánynak, vagy bár miként nevezett kórterménynek létrejövetelét, mely a bacteriumok részére a tápanyagot szolgáltatja, megakadályozza és beszüntesse, mi ha sikerül, nemcsak a gümőkór továbbfejlődése lesz meggátolva, hanem a gümöbacteriumok kipusztulnak a nélkül, hogy újra visszatérnének.

Úgy, de az itt emlegetett izzadmány létrejövetelének oka az edényfalak kóros elváltozásában, annak oka ismét az edénymozgató idegek erélytelenségében rejlik, s így e szerint a gümőkór kifejlődésének legtávolabbi alapfoka ezen idegerélytelenség vagy ideggyengeség, a gümőkór észszerű oki javalata is ennél fogva legelső sorban s mindenek felett ezen ideggyengeség megszüntetését követeli.

Az úgynevezett *desinficiáló* gyógy eljárás, bár időnként czélszerű vele kísérletet tenni, magában véve csak fél rendszabály, sem a gümöbacteriumok teljes és állandó kiirtására, sem a gümőkór megszüntetésére nem elégséges. A gümőkór elleni gyógy eljárás fősúlyát a táp s edénymozgató idegek, s általában az egész idegrendszer edzésére kell fektetnünk. Ez a szabály különben nem új a gümőkór gyógytanában régtől fogva, s újabban mind nyomatékosabban volt hangoztatva az erősítő gyógykezelés czélszerűsége és szükségessége. Csakhogy a gyógyászok ezen erősítést a test erősítése, az emésztés s táplálkozás előmozdítása, s a test anyagának gyarapítása által vélték elérendőnek, a mi ismét tévedés, mivel jól táplált testben is lehet gyenge idegzet, s a tapasztalás is bizonyítja, hogy a táplálkozás helyreállása, s a test súlyának növekedése nem biztosít a gümöfolyamat továbbfejlődése ellen. A gyógykezelés ezen követelményének tehát egyenesen az idegerély fokozása, maguknak az idegeknek edzése, úgyszólván aczélozása által kell megfelelnünk, minél fogva ezen célra nem csupán *diacretikai* szereket kell alkalmaznunk, hanem mindazon *pharmaceutikai*, *physikai*, *gymnastikai* hatányanyagokat, melyek az idegekre élesztőleg, ösztönzőleg s edzőleg képesek hatni, mi által a test táplálkozását is biztosabban előmozdítjuk, mint csupán emésztést elősegítő s tápláló kezeléssel.

Egyedül az idegerősítő gyógy eljárás sem képes azonban a gümőkóros folyamatot megszüntetni. A gümőkóros helyi bántalom közvetlenül az edényfalak kóros elváltozásából s az ennek folytán létre jött saját szerű lobos folyamatból fejlődik ki; ezen *vascularis processus* azonban, ha már kifejlődött s kissé nagyobb terjedelmet vett fel, még abban az esetben sem szűnik meg teljesen, ha az ideggyengeséget sikerülne is elenyésztetnünk, hanem e végett külön directe a helyi kórfolyamat ellen intézett gyógykezelést kell alkalmaznunk. Annál inkább szükséges pedig ezen directe a saját képeni gümőkóros folyamat ellen irányzott gyógykezelés, mivel egészen világos, hogy mindaddig, míg a gümőkór oly mértékben jelen van, főképp a ttdőkben, hogy a szervezet erejét csökkenteni képes, addig a gümőkór ellenes gyógy eljárás főfeladatát; t. i. az idegerély helyreállítását sem lehet elérni.

Az ideggyengeség és a gümösödési helyi bántalom közötti fent ismertetett viszony, mely szerint sem a gümőkóros folyamatot nem lehet addig megszüntetni, míg az ideggyengeség meg nem szűnt, sem viszont az idegerély vissza nem állítható mindaddig, míg a helyi kórfolyamat javulásnak nem indul: érthetőleg követeli tehát, hogy a gümőkór említett két fő-tényezője külön-külön ugyan a nekik megfelelő alkalmas módon, azonban egyidejűleg (parallel) kezeltessek.



A kifejlett gümőkór legegyszerűbb eseteinél is ennél fogva kétféle, sőt ha a desinfectiót sem mellőzzük, háromféle gyógykezelést kell alkalmaznunk. De mint láttuk, a gümőkór fő-tényezője, az ideggyengeség, maga is különböző forrásokból ered, minél fogva egyedül az ideggyengeség ellen sem érhetünk célzt minden esetben csak egyféle gyógyszerrel, mivel az aetiologiai tekintetek megkövetelik, hogy minden egyes gümőkór- esetet már kezdettől fogva, eredetének különböző voltához képest különbözőleg kezeljünk.

Különösen szükséges ez a gümőkórnak fentebb a 3-dik csoportban említett eseteinél, melyekben a tuberculosis és phtisis valamely már előbb jelen volt kórfolyamatból fejlődnek ki, melyeknél tehát, mielőtt a tulajdonképeni gümősödés gyógykezeléséhez foghatnánk, előbb ez elsőd betegséget kell elhárítanunk.

Az említettekén kívül van még számos körülmény is, melyek szintén érthetőleg bizonyítják annak a vélekedésnek képtelenségét, hogy a gümőkór egyféle általános, bármikép összetett gyógyszerrel vagy methodussal minden esetben gyógyítható lenne. Így többek közt a láz is gyakran külön gyógykezelést vesz igénybe.

Noha a gümőkóros egyéneknek jelentkező minden lázat, ha ugyan még nem határozottan septikus vagy pyaemikus, általán hektikus láznak szokás tekinteni, mégis a gümőkórosok láza nem mind egyféle, noha körjelileg egymáshoz igen hasonló; nem mindegyik hektikus láz; nem mindenkor a gümőkóros folyamattal, hanem más mellékes bántalmaktól vagy szövőd-ménytől ered, s e szerint ily esetben a gümőkór ellen intézett gyógyeljárás egyedül nem fogja a lázat megszüntetni. Minthogy pedig mindaddig, míg a szervezet erejét láz emésztí, az ideg-erély visszaállítására, következőleg a gümőkór korlátozására gondolni sem lehet, ennél fogva mielőtt a tulajdonképeni gümőkór orvoslásához foghatnánk, gyakran kénytelenítettünk a láz, illetőleg annak oka eltávolítása végett előbb annyiféle külön lázellenes gyógykezelést alkalmazni, a hányféle a láz oka.

Hogy ezeken felül a gümőkórnak még különböző stadiumai, localisatiója, complicatiói szerint is különböző gyógymódokat kell igénybe vennünk, s gyakran egyes kórtünetek s egyéb csekélységek miatt is kénytelenítettünk gyógyszereinket változtatni, úgy hiszem minden orvos eléggé ismeri.

Nem hogy egyetlen csodaszerrerrel célzt érhetnénk tehát a gümőkór ellen, hanem szükségünk van a pharmacopoea majdnem összes készletére.

Le kell tehát már egyszer mondanunk arról a csalárd ábrándról, mely már oly sok jobb eredményre érdemes törekvést és szellemi munkát felemésztett, hogy a gümőkór ellen egy általános gyógyszerrel felfedezni lehetséges.

Csak egy tekintetben feltehető, hogy a gümőkór ellen egy általános eszközzel is sikerrel működhesünk, de ezen eszköz is csak a gümőkór kifejlődése előtt mint óv- vagy praesentiv- szer lenne eredménynyel alkalmazható. Ilyen eszköz lenne az, a melylyel az idegrendszer receptivitását a gümö- méreg iránt elenyésztetni lehetne. Nem kétlem, hogy oly óvszert feltalálni egykor sikertelend, addig is azonban, s utána is legbiztosabb s gyökeresebb óveszköz lesz és marad, ha nevelési rendszerünkkel a spártaiak rendszerét lehetőleg megközelíteni törekszünk. Ezen hathatós óveszközzel jelenleg is rendelkezhetnénk, ha akarnánk, vagy elfogultságunk engedné.

A már kifejlett gümőkór ellen, attól az időponttól fogva, midőn a gümölerakodás megkezdődött, egyféle szerrel a betegség haladását fel nem tartóztathatjuk, hanem a fentebb mondtak szerint a legegyszerűbb esetben is parallel gyógykezelést kell alkalmaznunk. De még ily összetett gyógykezeléssel sem értünk el sikert, már a betegség kezdődő szakában sem, ha gyógyszereinket minden egyes esetben a gümőkór különböző fajaihoz nem alkalmazzuk.

Fel kell ugyanis hagynunk azzal a téves nézettel is, hogy a gümőkór csak egyféle vagy egységes kórfolyamatot képez, mely a részletes kórtan egy igénytelen fejezete alatt, mint más specifikus kóralakok, megismertethető és megismerhető lenne.

A gümőkórnak az én tapasztalatom s meggyőződésem szerint többféle egymástól nemcsak a már ismert anatómiai caractereire, hanem úgy eredetre mint természetre, s egyéb kórtani sajátosságaira, s főleg pedig gyógyíthatósága és gyógy- módjára nézve is különböző külön kóregyediséget képező fajai vannak, minél fogva a gümőkórtan nem kevésbé terjedelmes s nem kevesebb kóralakot felölelő ága az orvosi tudománynak, mint például a szemészet, fülgyógyászat stb.

Ezt a tudományt azonban előbb meg kell teremteni, illetőleg, mivel az anyag hozzá nem hiányzik, összeállítani, rendbe kell szedni.

Belátom, hogy a mostani chaosból rendszert alkotni, a gümőkór egyes fajait, melyek lételéről jelenleg nagyobb részben tudomásunk sincs, egyéni sajátosságaik szerint körülírni, characterizálni s ezekhez képest classificálni, továbbá a mind- egyik fajnak megfelelő gyógymódot kijelölni stb. nem könnyű, s nem egyhamar bevégezhető munka leend, de azért nem ki- vihetetlen, s annál a biztos kilátásnál fogva, hogy ezen munka segítségével a gümőkór által mostanig előidézett halandóság jelentékenyen alább lesz szállítható, igen kívánatos, hogy ki is vitessék.

A gümőkórnak ugyan mindig lesznek gyógyíthatatlan esetei, de nem oly arányban mint jelenleg tapasztaljuk. Úgy számos önként gyógyult, mint az orvosi irodalomban feljegyzett művi- leg kigyógyított gümőkór- esetek, s saját tapasztalataim arról győztek meg, hogy a gümőkórnak több oly fajai vannak, melyek ha egyéni tulajdonságaihoz illőleg gyógykezeltetnek, gyakran még előhaladtabb stadiumaikban is gyógyíthatók, míg most, mivel mindnyájan egy chablon szerint kezeltetnek, ezek is a gyógyíthatatlanokkal együtt elpusztulnak.

### *Apróbb klinikai, kórházi és magángyakor- lati tapasztalatok.*

#### **Idegen testek viselkedése az emberi szervezetben.**

Dukesz Zsigmond dr., gyulai kórházi orvos, az Orvosi Hetilap f. évi 23. számában egy általa észlelt s kezelt érdekes esetet írt le: „Egy főpincézernak ugyanis jobb felkarja középső harmadának külső részéből a bőr alatti kötőszövetréteg alatt székelt s fokában ezernafűzött varrótút távolított el; e varrótú a mütét előtt mintegy két hónappal a beteg jobblapocztáján hatolt volna be s a jobb vállon át a jobb felkar felső harmadáig vándorolt, rozsdás volta s két havi vándorlása daczára lobos visszahatást elő nem idézett.“ Ezen érdekes eset idézése mellett egy általam kezelt betegnek kór- történetét vagyok bátor közölni.

T. I.-né, Szent-István községi lakos, földműves neje, 62 éves, f. év június 8-dikán kocsin hozatta magát hozzám s azon panaszát adja elő, hogy bal alsó végtagját hasogatja a fájdalom s a bal láb- fej daganata, a bal lágyék hajlásban levő, dagadt s fájdalmas miri- gyek miatt egy hét óta feküdni kénytelen, naponként többször ki- rázza a hideg s kiveri a víz. A fájdalomkiszugárzás, a beteg állítása szerint, egy a bal alszár belső felületének mintegy közepén levő kis, puha dudorodásból indul ki.

A dudor keletkezésére vonatkozólag előadja a beteg, hogy 11—12 éves korában Szent-István határához tartozó mogyorósi erdőben dolgozó munkásoknak ebébet vitt; útközben szoknyája egy bokorban megakadt s elszakadt.

A ruha hasadékait egy nála levő — tiszta, új — varrótúval megtűzte s útját folytatta. A keletkezett szélvihar szoknyáját alsó végtagjaihoz csapta, miközben a tű hegyével a bal alsó végtagba hatolt, egyik fele betört, a másik tűfokkal ellátott fele a ruhában maradt. A behatolt tű kis sebet okozott, néhány napig nagy fájdal- makat szenvedett; a seb nyolcz nap alatt genyedés nélkül gyógyult; a tű behegedt, a heg nyomásánál azonban mindig képes volt a tű kevésbé hegyes végét kikapintani, befelé való nyomásnál a tű hegyes vége a csontot érintette s iszonyú fájdalmakat érzett. Csizmát ritkán volt szabad húznia; fonás alkalmával, időváltozás esetén nagy kínokat szenvedett. Az orvosi beavatkozástól azonban mindig félt s ez tartotta vissza 50 éven át az orvosi segély igénybevételé- től. Újabb időben fellépett kínjai, s gyuladásaitól való megszabadu-



lása reményében az orvosi beavatkozás sem félemlíti, mert a tü fekvésre soha nem kényszerítette s ilyen gyuladást soha sem okozott.

A beteg vizsgálatánál találtatott, hogy a bal alszár belső felületének középtáján egy lencse nagyságú, puha, fehér, hólyagszerű dudor emelkedik a bőr felhámja fölé; e dudornak csont felé való nyomása alkalmával a tapintó ujj egy kemény kevésbé hegyes véggel bíró testet érez, mely ujj nyomásomra a csont felé eltér, nyomására a beteg feljajdul s heves szűrő fájdalomról panaszkodik. A dudor területén a bőr tenyérnyi nagyságban, valamint a bal bokatáján s a bal láb háti felületén duzzadt, élénk vörös, fénylő, érintésre fájdalmas, a bal lágyék hajlásban egyes, mogorónyira duzzadt, nyomásra fájdalmat okozó mirigyek tapinthatók ki. Hő  $38.9^{\circ}$  C., érelökés 84 egy perc alatt.

A vizsgálat eredményéből kifolyólag f. év június 9-dikén a fent leírt dudornak közepén a bal alszár hossz tengelyével párhuzamosan a bőr két cm.-nyi hosszúságban átmetszetett, a metszszéleknek a csont felé való nyomására az idegen test felső vége a sebbe tódul s csipesz segítségével eltávolítottatott.

Az idegen test egy nagy varrótű foknélküli fele, 19 mm. hosszú, két vége tiszta fekete színű, egy cm. hosszú közepe igen vastag, kemény, dudoros, vörösbarna felülettel bíró lerakódásokat mutat. A seb 2%-os carbolsavas oldattal tisztított, összevarratott s reá jodoformgáza s carbolvattából álló kötés alkalmaztatott.

Június 12-dikén kötésújítás alkalmával a varratok eltávolítottak, a seb per primam nem gyógyult, a seb teljes behegedése csak 16 nagy mulva következett be. Megjegyezni szükségesnek tartom, hogy a tü eltávolítása után két napra a bal alsó végtagon előfordult lobos változások visszafeljődtek, a láz megszűnt s a beteget minden behatás s fenyegetés dacára négy napnál tovább ágyban tartani nem lehetett.

A beteg nő az orvosi beavatkozástól félelem miatt ötven évig türtte az alszár lágyrészeibe beletört varrótű által okozott fájdalmakat. Érdekessé teszi az esetet továbbá azon körülmény, hogy a tü behatásakor kevés reactiót idézett elő s az általa okozott seb nyolcz nap lefolyása alatt begyógyult s az időszakonként nemkülönb izgatásra fellépett fájdalmakon kívül 50 év alatt a leírthoz hasonló lobot nem okozott, hogy a tü a beteg állítása szerint behatásakor egészen tiszta s eltávolításakor tiszta fekete, közepén vastag, dudorzos — valószínűleg vasoxyd — réteggel fedett volt, hogy a tü 50 évi nyugodt magatartás után ismeretlen okból elterjedt, heveny bőrlobot idézett elő egy helyen való megállapodása dacára.

A gyuladás csak is a tü ért ismeretlen behatás folytán létrejött inger következménye, mi mellett azon tény bizonyít, hogy eltávolítása után a lob néhány nap alatt visszafeljődött, a láz megszűnt s a beteg a műtét utáni negyedik napon felkelt.

Berényi Ferencz dr., berhidai körorvos.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Biharmegyei orvosgyógyyszerészi és természettudományi egylet.

1893. Áprilisi szakülés.

1. Konrád Márk dr. „Méhkiirtás (myomotomia) esetéről sarcoma uteri következtében“ a készítmény bemutatása mellett referál.

B. E., szilágy-somlyói illetőségű, 40 éves, IV. para; havi baját 15 éves korában kapta meg, mely minő s mennyiségre nézve rendes volt. Húsz éves korában ment férhez. Utólszor ezelőtt 15 évvel szült. Bajának keletkezését 6 év óta veszi észre, eleinte csak abból, hogy a coitus kellemetlen érzéssel járt. Négy évvel ezelőtt kezdett a beteg hasa feltűnően nőni, azóta sem háton, sem jobboldalt fektüdni nem tudott, több ízben hasgöresöket kapott, elájult. Folytonos fáradtság és kimerültség érzete, egybekötve légzési nehélyekkel, türethetlenné tették helyzetét s akadályozták házi köteleinek teljesítésében. Ez okokból a helybeli bábaképezde nőgyógyászati osztályára vétette fel magát. Súlyosbították még helyzetét a bő havi vérzések. A beteg jelen állapota a következő: Középtermetű,

erős csont- és izomrendszerrel bíró nőbeteg, közepes bőralatti zsírszövevel. Nyákhártyák halvány-vörösek. A mellüri szervek és légutak, utóbbiak csekély huruttól eltekintve, eltéréseket nem mutatnak. A has teriméjében nagyobbodott s egy a méhhez összefüggő dag kitapintható. A dag kemény tapintatú, nem egészen síma felületű, a köldök felé körülbelül egy tenyérnyire terjed, hosszúkas alakú, s felső szélesebb részében körülbelül gyermekfönyi. A dag, mely nem tölti ki egészen a hasürt, szabadon mozgatható. A keresztcsont kivájlátában a méhtest s a méhfeneknek megfelelő alakú s tapintatú képlet volt kitapintható. Adhaesiók ki nem mutathatók. A beteg türethetetlen állapotba s a nem kedvezőtlen anatómiai viszonyok mellett a műtét el lett határozva s Fráter Imre, Gubicza Tádé, Berkovits Miklós s Rosinger Vilmos dr.-ok segédkezése mellett f. évi márczius 23-dikán megejtve, rigorosus antiseptikus óvintézkedések mellett. A metszés a hasfalra közvetlenül a köldök alatt kezdődött s  $13\frac{1}{2}$  cm.-nyire haladt lefelé; a peritoneum megnyitása után a hasürbe hatolván, meggyőződtem, hogy az újképlet sehol sincs összenöve, hanem közvetlenül a méhből iudul ki; a hasseb tágitása s a beteg fektetése oldalra lényegesen könnyítette a dag kiemelését. A kitóduló belek egy széles, meleg sterilizált vízbe mártott s kifacsart compressel lettek visszatartva s a hasseb jobb összetarthatására két fonál lett a hasfalra keresztül vezetve. A nagy gyermeknagyságú tumor a méh szövetéből indult, úgy hogy a méh egész tumorrá fajult. A méhtest s méhfenekhez hasonló részlet, a mint az a hüvelyen keresztül kitapintható, egy kiálló dagrészletnek bizonyult. A viszonyok ily állása mellett a méhnyak feletti esonkítás lett elhatározva, s a vértelenítés biztosítására a körülletében 15 cm. méhnyak feletti rész elasztikus ligatúrával lön lekötve s a tumor késsel lemetszve. A csont négy hosszú lándzsátüvel a hasfalra s a hasseben keresztül harántul megerősítve. A hasseb felső része 9, a peritoneumon keresztül mélyre ható varrattal egyesített; a csont a seb alsó szegletében a peritoneummal szűcsvarrattal körülvarrva az elasztikus ligatúrán alul, az így extraperitoneal elhelyezett csont felülete Paquelinnel égetve s bőven jodoformmal körülhintve s fedve. Beteg a műtét alatt minimalis vért vesztett s így a hasür toletteje nem vett hosszabb időt igénybe.

Előadó, mint minden alkalommal, ez esetben is magasan kezdte a hassebet, a köldök alatt, hogy a hasseb alsó zuga minél távolabb legyen a húgyhólyagtól, s azon tájtól, a hol a peritoneum már lazán adhaerens. Ezt fontosnak tartja, mert ez által megakadályozza a hernia könnyű fejlődését. Ki akarja még emelni a peritoneumon keresztül menő, mélyre ható varratokat, a mint mindig hanysúlyozta ennek fontosságát a bél odatapadásának ellensúlyozására; így elkerülhetők a peritoneumnak esetleges réseai, a belek csak ép peritoneummal érintkeznek.

Az extraperitonealis csontkezelésre vonatkozólag megvallja előadó, hogy ezen eljárás nem nevezhető ugyan ideálisnak, de mivel jelen esetben súlyt fektet a biztos sikerre, ezen methodusra határozta el magát.

Az altatás angol chloroformmal történt; fertőtlenítésre csak a kézmosásnál használtatott sublimat; a műszerek kifőzettek, a hassebb s türeg sterilizált vízzel lett tisztán tartva.

A műtét után első két napon a beteg gyakori hányingerben szenvedett (a chloroform utóhatása). A beteg láztalan maradt a mai napig (16-dik nap). A kötés először a 6-dik napon lett változtatva, a hassebb per primam egyesült. A második kötésváltás április 1-én történt, a mikor egyszersmind a varratok is eltávolítottak. Beteg biztos gyógyulásnak néz elé. Egyidejűleg előadó a dagkészítményt bemutatja.

Rosinger Vilmos dr. hozzászólásában utal azon kiváló eredményekre, melyeket német gynaekologok (Zweifel stb.) intraperitonealis csontkezelés mellett felmutatnak.

2. Edelman Menyhért dr. a következő érdekesebb kóreseteket közli:

1. Peritonitis chronica traumatica (?) ascites-szel. Egy  $2\frac{1}{2}$  éves leánygyermeknél a szülők mintegy 2 hó óta a has fokozatos növekedését veszik észre. A zavartalan közérzetű s teljesen egészségesnek látszó gyermekről más adatot nem



szolgáltatathatnak. Az egész megfigyelés alatt láztalan volt, jól táplálkozott, nyugodtan aludt s egész napon át vidám volt, a legesekélyebb fájdalmat sem külvölve. A has tapintásánál, miután már megtekintésnél a nagy terimét, az elsimult köldököt és az igen kitágult visszereket vettük figyelembe, sehol resistensebb pont nem található, mindenütt nagy hullámú fluctuatio érezhető, a mi a hasürben szabadon mozgó folyadék jelenlétét teszi kétségtelenné. A kopogtatás is ugyanezt igazolja. Erősebb kopogtatásnál, energikus tapintásnál sem lép fel fájdalom.

Az ascites oka után kutatva, a vesék épeknek, a vizelet mennyi- és minőségre nézve normalisnak találhatunk. A máj részéről semmi elváltozás, a szív funkciója zavartalan. Tüdőtuberculosisnak, csont- és mirigybetegségnek semmi nyoma. A multban a gyermek egyetlen nagyobb betegséget, diphtheritist állt ki.

Azon körülmény, hogy néhány hét alatt az ascites teljesen eltűnt, hogy a gyermek az ascites fellépte előtt egészséges volt s eltűnése után napról napra jobban fejlődött, továbbá hogy tuberculosis kizárhatni vélt előadó, indította arra, hogy a chronikus hashártyalobnak, bár ritka és sokak által tagadott alakját, a traumatikus hashártyalobot vegye fel. A felvétel ezekre s nem annyira a szülők azon óvatosan magyarázandó állítására alapított, hogy a gyermek egy székről való leesése közben hasára esett és ütést szenvedett. Támogatásul felhozható ugyan a félszázad tapasztalatai felett rendelkező *Henoch* nézete is, a ki azt mondja: „... traumatische Einwirkungen auf den Unterleib nicht nur acute, sondern auch chronische Entzündungen des Peritoneums, mit bedeutender seröser Ausschwitzung zur Folge haben können, und zwar so schleichend und latent, dass die Aufmerksamkeit erst durch den zunehmenden Ascites erregt wird.“

S ha a traumatikus hashártyalob felvételénél mégis kétségünk lehet, annak oka egyetlen körülmény, hogy a gyermeknek — valószínűleg serophulotikus — otorrhoeája volt.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**Blaschko: Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege.** Berlin, 1893. Verlag von S. Karger.

Az előttünk fekvő munka — a megszokottól eltérőleg — sokkal többet nyújt, mint a mennyit címe ígér. Ugyanis nem csupán a prostitúcióval és syphilissel foglalkozik, hanem a venerikus betegségek összes hygienejét felöleli és e tekintetben szerző joggal mondhatja előszavában, hogy munkája lézapot kíván pótolni. Minthogy a közegészségtan ezen szakának több kérdését illetőleg épen nem orvosok vannak hivatva dönteni, szükségesnek látszott nem csupán az orvosi közönség igényeire lenni tekintettel és ezért szerző már az első fejezetet is a nemi bajok lefolyásának és prognózisának rövid, tájékoztató ismertetésével kezdi. A következő fejezetekben a nemi betegségek elterjedéséről, ennek módjairól, a fertőzés útairól és körülményeiről, a prostitúcióról és ellenőrzéséről, az abolitionismusról, a venerikus bajok prophylaxisáról, a prostitúció ügyének rendezéséről nyerhetni felvilágosítást. A most használatos prophylactikus intézkedéseket kritika alá vetvén, újjáalakításukat illetőleg is tesz javaslatokat. A csinos kiállítású, körülbelül 200 lapra terjedő munkát, melyről kívánatos, hogy minél szélesebb körben elterjedjen, melegen ajánljuk olvasóink figyelmébe.

**Albert Rosenberg: Die Krankheiten der Mundhöhle des Rachens und des Kehlkopfes.** Berlin, 1893. Verlag von S. Karger.

A szájjár, garat és gége betegségeit tárgyaló tankönyvek száma ma már elég tetemes és azért egy új ilyenmű munka megjelenésekor önkéntelenül felmerül a kérdés, vajjon van-e létjogosultsága. Az előttünk fekvő munkáról e kérdést illetőleg igennel felelhetünk, mert egyrészt a tárgyat lehetőleg röviden — körülbelül 300 lapon — adja és főleg a gyakorlati igényeket tartja szem előtt, a nélkül, hogy a hiányosság vádja érhető; másrészt mert a

Berlinben gégebetegyek számára létező egyetemi poliklinikán már 12 év óta működő orvos lévén szerzője, az ezen hírneves klinikán divó diagnostikai és orvoslási módszerekkel ismerkedhetik meg e könyv útján az olvasó. A munka beosztása különben a szokásos; a bonctani, élettani, általános kór- és gyógytani részek dícséretes kimerítőséggel tárgyalvák. Hasonlóképpen dícséret illeti az igen nagyszámú, nagyobbbrészt csinos kivitelű ábrát. A munka beszerzése nagyon ajánlható mindazoknak, kik az orvosi tudomány ezen fontos szakával foglalkozó könyvnek még nincsenek birtokában. A B. Fränkel tanárnak ajánlott csinos kiállítású munka ára 8 márka (4 forint 80 kr.).

## II. Lapszemle.

### Belgyógyászat.

**A thermopalpatiőról, különös tekintettel a szívhatárokra ír Meissner.** Ismeretes, hogy a thermopalpatiót Benczur és Jónás hazánkfiak alkalmazták először és iparkodtak kísérletes vizsgálatokkal — a melyeknek eredményei úgy az „Orvosi Hetilap“, mint az „Archiv für klinische Medicin“ hasábjain láttak napvilágot — e módszer használhatóságáról meggyőződni. Meissner vizsgálatait Ebstein göttingai tanár klinikáján, részben az ő felügyelete és segédkezése mellett végezte. Mindenekelőtt kijelenti, hogy egyszerűen a tapintó kézzel nem volt képes a bőrön a légtartalmú és légtelen szervek felett hődifferenciákat kimutatni; a hődifferenciák azonban eszközökkel igen szépen mutatkoznak és klinikai diagnostikai célokra felhasználhatók. Vizsgálatainál eleinte a Benczur és Jónás használta thermoelemeket vette igénybe, utóbb azonban módosított és véleménye szerint némi tekintetben előnyösebb összeállítású thermoelemekkel dolgozott. Nyolcz egészséges emberen végzett meghatározásai alapján arra az eredményre jut, hogy a bőr hőmérséke az absolut szívtempulat felett magasabb (1'1—3'6 fokkal), mint a tüdő felett és így teljesen ellenkező az eredmény, mint Benczur és Jónás vizsgálatainál, a melyeknél a bőr a légtartalmú szervek felett mutatkozott magasabbnak. A mi a szívhatárok kimutatását illeti, az eredmény az volt, hogy a thermopalpatiőról a szívnek határait jobb felé egészen pontosan meg lehet határozni, sőt még a két szívgyomrocot is el lehet egymástól különíteni, a mi más physikalikus vizsgáló módszerrel eddig még nem sikerült. (Inaugural-Dissertation, Göttingen.)

**A hasfalak faradizálását ascites esetén alkalmazta jó sikerrel Bartholow,** nevezetesen olyankor, midőn a hasvíz oka a vena portae rendszerében előállott pangás volt, így az iszákosok cirrhosis hepatitisánál is. Az elektromosság több irányban hat. Részben a hasizmok contractiójának kiváltása útján, részben önállólag mint a gyengéd hasi massage, elősegíti, gyorsítja a zsigeri vérkeringést és az áttizzadott folyadék resorbeálását. Bartholow naponta egyszer 1/4 órai ülással alkalmazta az eljárást betegein. Az egyik elektrod a tarkóra helyezendő, a másik, a mozgó, a hasra, vagy úgy is végezhetjük, hogy mindkét sarkot egy kézbe fogva csoportonként tesszük ki az elektromosságnak az egyes izompamokat. (Medical News, 1893. 25. febr. — Bullet. Gén. de Thérap. 15. juill. 1893.) K—y dr.

**A tüdővész lázát másodlagos infectióból származtatja Petruschky** és állításában arra támaszkodik, hogy lázas tüdővészesek köpetében igen sok streptococust talált. A hőmenetüket „streptococcus-görbe“ névvel jelöli. A felfogás legérdekesebb következménye az, hogy a tuberculin-kezelés kudarcát a jelzett álláspontról kiindulólág annak tudja be, hogy sok olyan egyén került tuberculin-kezelés alá, a kinek már nem is volt tiszta tuberculosis. (D. med. Wochenschrift. XIX. 14. — Schmidt's Jahrb. Band. 239, Nr. 7.) Kuthy dr.

**Az albuminuria és a Bright-kór** címen értekezvén G. See, kimerítő tárgyalása révén a következő összegezésre jut. 1. A fehérjevizelés csak ritkán hiányzik teljesen és állandóan a nephritis kórképéből. Gyakran megelőzte a Bright-kórt, hogy egy időre eltűnjék. Általában nem szabad az albuminuria jelenlétét absolute tagadnunk, ha a vizeletet csak a nap nagy időszakai kihagyásával vizsgáltuk. Az éjjeli és reggeli vizeletről pl. gyakran hiányzik a fehérje, főképp az interstitialis veselobban szenvedőknél, már pedig a vizeletvizsgálatok kórházakban, tudjuk, többnyire reggel történnek. 2. Az oly nephritisre, a melyeknek demonstrálható albuminuriája nincs, a Dieulafoy-tól leirt tünetek (bővebben az eredetiben!) mint veselobokra



nem jellegzők. 3. Csak egy jel értékesíthető a diagnosisra és ez az arcz vagy az alsó végtagok oedemája (oedème variable).

Az acut izületi csúsz aetiologiájához járul újabb adattal *Sahl* tanár (Bern). Egy genyedéssel nem complicált typosus acut izületi csúsz-esetben a beteg izületekben, az endocardialis felrakódásokban, a gyuladt pericardiumon és pleurán, a duzzadt bronchialis mirigyekben, kisebb számban a bal szív vérében is egy alakilag a staphylococcus citreus-sal identikus cocenst talált, mely azonban állatokba (házi nyúl, tengeri malacz, kecske) akár subcutan, akár intravenosus, akár intraarticularis úton beléoltva, nem bizonyult rájuk nézve pathogennek. Vegyes infectio feltételezésére nem lévén alap, valószínű, hogy az említett coccus volt a kórokozó anyag. Vajjon ez a citreussal csak alakilag megegyező-e, vagy tényleg citreus, s csupán gyengébb virulentiájú módosulata e fajnak, nem állapítható meg biztossággal. Általában valószínű, hogy az acut izületi csúsz *gyenge virulentiájú pyogen coccusok* produktuma. A pericarditis, pleuritis és endocarditis aetiologikus egységét az eset bakteriologikus vizsgálata szépen megvilágítja. Demonstrálja, hogy e gyuladással „szövődések” acut izületi csúsz esetén tulajdonképp nem szövődések, hanem *lokalisatiók*. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 51. Bd. 4. u. 5. H.)

K—y dr.

A pleuritis exsudativa kezelésében a legfontosabb irányadó elvnek *Volland* dr. a beteg nyugalmas fekvő helyzetben tartását kívánja tekinteni. Mihelyt a diagnosis meg van állapítva, a lázas idő egész folyamán, de még azontúl is jó ideig oly absolut ágynyugalmat élvezzen a beteg hanyatt fekvésben, mint a minőt pl. egy peritonitis esetén szoktunk megkövetelni. Ekkor a lefolyás sokkal simább és gyorsabb. A beteg többszöri felültetése, különösen valamivel huzamosabb időre, az exsudatum helyzetváltozását vonja maga után. Ez úton oly tüdőrészek, a melyek a háton fekvés mellett nem voltak comprimálva, nyomás alá jutnak, mások ellenben felszabadulnak eddigi nyomásuk alól. Mi sem természetesebb, minthogy a tüdő nem bírván e helyeken oly gyorsan kitágulni, mint a hogy a folyadék onnan eltávozott, légritkulás és szívó hatás áll elő, mely a gyulladt pleura véreireiben csak még nagyobb affluxiót és belőlük növekvő transsudatiót okoz. Hasonlóképp igen fontosnak tartja *Volland* az absolut ágynyugalmat akut tuberculosis esetén. A felülés, mozgás okozta vérnyomásváltozások és a belső szervek ilyenkor előálló helyzetváltozásai könnyen adhatnak alkalmat reá, hogy az akut tuberculosis kiindulási pontját tevő sajtos-törmelékes gócból a szomszédjában levő arroddalt vérerekbe újabb fertőző anyag juthasson belé. (Therap. Monatsch. 1893. julius. — Allgem. medic. Central-Zeitung, 1893. Nr. 60.)

Kulhy dr.

## Sebészet.

*Echinococcus multilocularis* az agyban ezímen feltűnő esetet ír le *H. Mudd* (St. Louis). Az agyban — tudjuk — az *echinococcus multilocularis* előfordulása a legnagyobb ritkaságok közé tartozik s még ritkábbak a szerencsésen műtettek. A *Mudd* által leírt esetben egy 12 éves leány szerepel, ki 1891. július havában diffus fejfájásban betegedett meg. Azon év október havában a jobb fül felett a koponyacsont kiemelkedését lehetett észlelni, melyet vissza lehetett ugyan nyomni, de az vékony pléh-lemez módjára ismét visszapatant. Nemsokára rángások és reszketések léptek fel a bal kar és kézben, további izgalmi jelenségek a bal facialisban, s utoljára a bal alsó végtagban. Ezenkívül talált szerző kétoldali *pagási papillát* és jobboldali *hemianopsiát*. A látóképesség mindkét oldalt erősen csökkent. A *diagnosisist agyi tumorra* tette — a mi nem volt nehéz — és pedig *sarcomát* vett fel. *Műtét* alkalmával lepraeparálta a csontlemezt s előtte fektűt a rendkívül feszes dura mater, semmi pulsatiót sem mutatva. *Bemetszéskor* vízszertű folyadék lövelt elő. Ekkor több apró *cystát* is talált ott, melyeket szintén bemetszett. A cysta falait a lehetőség szerint eltávolítván, egy *tyüktojásnyi ür* maradt vissza, mely a *regio Rolandi* alsó két harmadát foglalta le. Varrat, drainage és kötés alkalmaztatott. A sebgyógyulás complicatio nélkül folyt le. A bal kar rángásai csakhamar teljesen megszűntek. Míg az első napokon a cerebrosplanialis folyadék nagymérvű kifolyása volt jelen, addig 14 nap múlva a kötés már teljesen száraz volt. További 10 nap múlva a jobb fej és arczfél kezdett dagadni. A sebet megnyitván, csupán *hernia cerebralist* talált, melyet tüvel beszűrván, folyadékot

vél kiüríthetni, de nem folyt ki semmi. Egyszerű compressiója a prolapsusnak gyógyulást eredményezett. 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> hét múlva az operatio eltelte után a beteg a kórházból gyógyulva elbocsáttatott. A látása, erőbeli állapota szépen javult. 1892. április hóig volt a leány még észlelés alatt és ez ideig *sem epileptikus rohamok, sem az agyban levő seb hegedésének káros következményü tünetei nem mutatkoztak*. A microscopiai vizsgálat *echinococust* talált a dagot illetőleg. (Centralblatt für Chirurgie, Nr. 31.)

R. L. dr.

Vesekiirtást végzett ureteritis miatt *Izrael*. Esetében heves vesekólikák voltak jelen s az ureter lefolyásában állandó fájdalmak, haematuria, mindmegannyi tünetek, melyek benne a *vesekő* jelenlétének diagnosisát érlelték meg. Nephrotomiát végzett tehát, de *követ nem talált*. A vesesebet catgut-varratokkal zárta. A seb gyógyulása simán folyt le, de a fájdalmak nem szűntek meg. *Második műtétet* végzett tehát, megnyitotta a *vesekelyhet*, de *kő* itt sem lévén, az uretert saját *methodusa* szerint extraperitonealiter szabadá tette s azt találta, hogy az meg van vastagodva s porcszerű elváltozásban szenved. A lumene a 10. számú bougiet átengedi. A bántalom tehát *ureteritisnek* fogandó fel. A fájdalmak azonban a létrehozott vesekhely-fistula daczára semmit sem engedtek intenzitásukból, mit *Izrael* az ureter motorikus zavarának tulajdonított, a mennyiben a vizelet oda- és elfolyása akadályozva lévén, az intrarenalis nyomás gyuladást létesített. *Vesekiirtást* végzett mint harmadik műtétet. Ezen eljárását azzal indokolja hogy az ureter ily nagyfokú gyuladása nem gyógyulhat s *stenosis* illetve *sclerosis* jöhet létre. S ha a másik vese egészséges, úgy az indicatio a másik vese kiirtására fennáll, annyival is inkább, mert mint esetében is, egy munkásosztályhoz tartozó férfinél egy vesesipoly a legnagyobb szerencsétlenség. Ez az első eset, hol a diagnosis megállapítása végett kólika miatt — *kő nélkül* — az ureter teljesen szabadá tétetett. (Cbl. f. Chirurgie Nr. 34.)

R. L. dr.

## Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Malaria** makacs eseteiben, melyek minden szerelésnek ellentállottak, *Xibitia* jó eredményeket látott tályogokat előidéző szerek (chinin, terpentinolaj, pokolköldat) bőr alá fecskendezésével. A hatásmód mikéntjére vonatkozólag szerző úgy vélekedik, hogy a tályogok képződésekor a fehér vérszettek száma megszorodik és így a phagocyták általi tönkretvése a kórokozó mikrobáknak elősegítettik. (Gaz. degli Osped. Nr. 72.)

2. **Csecsemők mesterséges táplálására** *Hauser* az albumose-tejet ajánlja, mint a mely ojtó hozzáadására épen oly finoman alvad meg, mint a női tej. (Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 32. sz.)

3. A **nitroglycerint hányáscsillapító szerül** ajánlja 3 évi tapasztalata alapján *Humphreys*. Gyermekeknél és felnőtteknél egyaránt sikerre vezet, alkoholisták, anaemiások gyomorhurutja esetén akár csak valami specificum, oly gyorsan ezélt érünk vele. Kedvező hatást látott tőle szerző egy terhes nő más úton nem szüntethető hányásával szemben. Még az agyvelői eredetű hányás némely eseteiben is üdvös, a nélkül, hogy káros volna bárminő szempontból. Ellenben keveset ér a szer tüdővésztes egyének vomitusa ellen, valamint hashártya-gyuladással betegeknek, a kiknek hányását még fokozhatja is. (The Brit. med. Journ. 1. apr. 1893. — Bulletin. de Thérap. 1893. 15. juill.)

K—y dr.

4. **Vérköpés** eseteiben jó eredménnyel használja *Blaschko* a gallussavas ergotint: Rp. Acidi gallici, Ergotini aa 1'0; Aquae destill., Syr. althaeae aa 25'0. M. D. S. 2 óránként egy kávékanálnyi, életveszélyes vérzésnél pedig óránként ugyanennyit. Ha a köhögési inger szerfelett erős, a syrupus althaeae-t syrupus diacodii vel helyettesíti. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893. 34. sz.)

5. **Erysipelas** 20 esetében nagyon jó eredménnyel használta *Tschuriloff* a chlor- és bromphenolt. Mindkét szer *Nencki* és *Karpaffi* vizsgálatai szerint nagyon erőyes antisepticum. A chlorphenol (parachlorphenol) kristályos, phenolszagú test; a bromphenol (ortobromphenol) pedig sötét ibolyaszínű, carbolszagú folyadék. Mindkettő vízben, alkoholban és alkáliákban könnyen oldódik. Szerző e szereket 1—2%-os kenőcsök alakjában alkalmazta, a melyeket a beteg helyekbe egy perczig dörzsölt be kétszer naponként. Sokszor már a második bedörzsölés után csökkent a pir, a fájdalom és a láz. (Wiener med. Presse, 1893. 28. sz.)



## TÁR C Z A.

*Néhány vonás Charcot tudományos jellemzésére.*

A neurologia nagymestere elhunyt. Más, hivatottabb kezekre bízom műveinek méltatását, jelen soraimmal csupán emlékének kívánok adózni, midőn alábbiakban hű képét igyekszem adni gondolkodási módjának és egyéniségének, úgy a mint én azokat hónapokon keresztül egész néhány héttel haláláig oly szerencsés valék megfigyelni és nagyrebecsülni.

A 68 éves tudós szellemileg legutolsó pillanatáig megtartotta éles eszének rugékonyságát és ha hátát az évek száma meg is görbítette egy kissé, eszének hatalma fennállott mindvégig. Nagyságáról, noha meggyőződve, nem érezte azt a vele közlekedőkkel. Az egyének szellemi értékét nézte és kutatta és akárhányszor hozzá képest gyerekkorban levő kartárrsal komoly vitakozásba bocsátkozott. Sohasem erőszakolta nézeteit másra, sőt meggyőző érveknek helyt adott szívesen. Olykor-olykor keserűen hangzó szavakat ejtett el azok ellen, kik napnál világosabb nézeteit elfogadni nem akarták. Keserűen emlékezett meg azon német tudósról, kik nézeteit az ízületi lobok után fellépő atrophiaokról „mysticismus“-nak declarálták; a kik azonban utóbb felfogásának helyes voltát számtalan példával önmaguk bizonyították be.

Áldásos működése helyén a Salpétriében naponta megjelent és 10 órától 12-ig cabinet-jében végezte beható vizsgálatait. Ezen vizsgálatoknál a kis szoba rendszeren idegen kartársakkal tömve volt, kik áhitattal hallgatták és figyelték meg szavait és vizsgálati módját. Lelkiismeretesség szempontjából mintaképül szolgálhatott volna. Heteken át nap-nap után fogta vizsgálat alá a beteget, mielőtt róla előadást tartott volna. Mint a neurologia segédeszközét tekintette a szemvizsgálatot és e czélből külön szemészeti vizsgáló szobát rendeztetett be a Salpétriében a hol *Parinaud* dr. eszközölte az ő jelenlétében a vizsgálatokat. Intézete szövettani laboratóriummal is el volt látva, a melyben évek előtt ő maga is köztudomásúlag, rengeteg sokat dolgozott. Utóbbi időben már tanítványaira bízta a szövettani dolgokat, ő maga kedvenc szakmájával a klinikai részszel foglalkozott.

\*\*\*

Röviden igyekszem vázolni felfogásait egyes kóralakokról, úgy miként azokat saját magától hallottam.

Buvárkodásának nagy részét tudvalevőleg a hysteria tanulmányozásának szentelte és daczára annak, saját szavai szerint, még sem ismerte még teljesen e kóralakot, „je vois tous les jours quelque chose de nouveau dans cette maladie inépuisable“ voltak saját szavai. Tőle ered a megkülönböztetés, mely most annyira elterjedt, a hysteria és hysteroepilepsia között. Utóbbi években azonban *nem helyeselte többé a különválasztást* és számára nem létezett más mint a „Grande névrose“, melynek kereteibe beillenek az előbb kiválasztott formák. „L'hystérie est une et indivisible“ volt gyakori mondása. Nagy érdemei közül nem a legkisebb az, hogy rámutatott azon gyakori jelenségre, hogy a hysteria gyakran társul organikus bántalomhoz. Utóbbi időben igen gyakran és hangsúlyozva emelte ki előadásaiban e fontos körülményt. Ily szempontból a higanymérgezésnél észlelhető tremort *hysteriásnak* és nem a mérgezéshez tartozónak tartotta.

A hypnotismust illetőleg ő volt az első, ki tudományos vizsgálat alá vette a dolgot. Ennek megtörténtével nem tartván czélszerűnek a hypnotismus alkalmazását, klinikáján azt beszüntette. Csupán *P. Janet* foglalkozott nála utóbbi időben hypnotismussal, hogy ennek pszichológiai oldalát kiderítse. Egy márcziusban nála járó angol újságíró előtt, ki hypnotismust látni jött hozzá, nevetgélve azt felelte: „nous ne faisons plus ces choses là“, majd kifejtette előttnk, hogy nem látja be jogosultságát a hypnotismusnak, mert szerinte ez csak egy új neurosis, melyet mesterségesen állítunk elő. „C'est fini, nous étions les premiers pour étudier le côté scientifique de l'hypnotisme, nous l'avons étudié et maintenant c'est fini. Je ne me pas la puissance de l'hypnotisme sur une épisode de la maladie, mais vous ne touchez pas le fond!“

Utóbbi időben gyakran foglalkozott azon atrophiaikkal, melyek egy banalis traumatikus okra a végtag egészében állanak be. Ez atrophiaikat nevezte el ő „*atrophies abarticulaires*“-nek. Minthogy

a kérdésben levő bántalom újabb eredetű és véleményem szerint nagyobb köröket érdekel, másrészt nem eléggé ismert még, kissé bővebben foglalkozom vele, annyival is inkább, mivel mintegy hatyúdálát képezi az elhunyt tudósnak.

*Charcot* által először lön élesebben körvonalozva azon izom-atrophiaák csoportja, mely ízületi bántalmak után szokott fellépni. *Vulpian* volt ugyan az első ki e bántalmat jelezte, de *Charcot* adott neki először bővebb alapot és elterjedést.

Eleinte skepsissel fogadták nézeteit és mysticismusról beszéltek, később belátták hypothesisének jogosultságát. *Charcot* ugyanis azt vette fel, hogy az ily ízületi lob reflex útján vált ki atrophiaát, azaz, az inger az érző idegek útján a motorius gerinczvelői sejtekben oly *dynamikus* változást idéz elő, mely atrophiaát eredményez. Hogy csupán az inger az, mely itt szerepel és nem neuritis ascendens, bizonyítja először is a megvizsgált idegek sértetlen volta, másrészt a normalis villamos viszonyok. Végül erős támaszt nyert e nézet *Raymond* azon kísérlete által, melynél kétoldali térdizületi lobot idézvé elő állatnál, azon oldalon, hol az érző ideget átvágta, atrophia nem következett be.

Azon ellenvetés ellen, hogy az ily atrophiaák a végtag mozdatatlansága folytán jönnének létre, *Charcot* az atrophia gyors bekövetkezését és a másik végtagnak (mely szintén nyugalomban van és mégsem atrophisál) ép voltát hozza fel ellenérvül. „Azt, hogy organikus laesio van jelen, azt természetesen fel kell vennünk, de egy oly organikus laesiója ez a gerinczagybeli idegsejteknek, melyet microscopicen nem tudunk kimutatni, ezért dynamikusnak nevezzük. Nem vagyok oly naiv, hogy feltegyem, miszerint a hysteriában is nem volna organikus laesio; van, de nem tudjuk kimutatni, azért a hysteria mégis csak van és tüneteit észleljük, akármit is mondanak physiologusaink. A physiologok kötelessége volna megkeresni a magyarázatát az észlelhető tüneteknek, nem pedig nekünk a physiologia törvényei szerint erőszakot tenni a tüneteken.“ Így nyilatkozott *Charcot* 1893. február 28-diki előadásán.

Ugyanezen fentebb kifejtett mechanizmust veszi fel *Charcot* az általa elnevezett *atrophies abarticulaires*-nél is, a hol azonban a beható inger nem egy lobos izületből indul ki, hanem a végtag akármely pontjáról, melyet trauma ért. Egy év óta észleli csak e bántalmat és máris 4 esetet látott. A tünetek általánosságban a következők: banalis trauma után, mely egy végtagot ért, atrophia áll be *in toto* e végtagban. Az atrophia *gyorsan* fejlődik ki és igen nagyfokú lehet (5½ cm. volt a különbség *Charcot* egy esetében). Fájdalmak nincsenek. Érzés, térdizületi rendes. Villamos eltérés nincs. Fibrillaris rángások hiányzanak.

A prognosis quoad functionem jó, noha az atrophia *éveken* át fennállhat; ily esetet is bemutatótt *Charcot*, a hol post mortem tette a diagnosist ezen atrophiaára, előbb nem tudott diagnosist csinálni. A traumatikus okon kívül *Charcot* az egyén részéről még praedispositiont is tételez fel.

Ezzel egyúttal fel akartam hívni tiszelt kartársaimnak figyelmét ez *új bántalomra*, igen valószínű, hogy ha figyelmünket ráfordítjuk, nálunk is fel lesznek hasonló esetek találhatóak. Ép ebben rejlett *Charcot*-nak hatalma, hogy mint maga oly gyakran mondá: *jól tudott látni!* és figyelmeztetett bentünket az orvosnak e nélkülözhetetlen kellékére.

\*\*\*

Tudvalevő dolog, hogy *Charcot* nem volt nagy barátja az úgynévezett infectiosus theoriának, melynek *Marie*, *Charcot*-nak kétségtelenül egyik legtehetségesebb tanítványa, szószólója. A tabest illetőleg igen sokszor kikelt erélyesen azon nézet ellen, mintha minden esetben syphilissel függene az össze, haragosan említette gyakran, hogy a családi terheltséget, mely szerinte fő és elsődleges követelmény, egészen elhanyagolják. Nem tagadta teljesen a syphilis kórokozó hatását, de semmi esetre sem akarta annak praeponderáló hatását, mint az manapság a neurologusok többsége által elismerve van, elismerni. Egyáltalán a családi terheltségre igen nagy súlyt fektetett, olykor-olykor túlságba menve e téren. Terheltségnek vette a diabetest is.

Egész határozottsággal utasította azonban vissza *Marie* által erősen védett azon álláspontot, hogy a sclerosis multiplex infectiosus



eredetű. Azon ellenvetésre, hogy lázas bántalom, azzal felel, hogy hát az ideges lázak, a hysteriás láz az is fertőzésen alapul-e?

A syphilisnek kórokozó hatását akkor ismeri majd el, mondja Charcot, ha lesz oly eset, melynél az antiluetikus kúra eredményre vezet, mert eddig, ha még oly korán alkalmazták is, a betegséget feltartóztatni nem volt képes, sőt tud több esetet, hol igenis sietette a tünetek kifejlődését.

Elítélte a Brown-Séguard-féle injectiót is. „A physiologusoknak, úgy mondja, könnyű dolguk van, nem törődve a klinikussal, a legabszurdabb therapeutikai kísérleteket végzik, avagy az experimental pathologok a gerinczagy bizonyos sértéseinél mozgásokat látnak fellépni a kísérleti állat végtagjaiban, melyek távolról hasonlítanak a choreához és ime azt mondják: itt a chorea oka; pedig ez nem chorea; choreát kísérletileg soha, de soha sem fognak előidézni.“ Ily nyilatkozatok tételénél igen felindulhatott és kissé kiméletlen szavakat is használt.

Egy másik általánosan ismert nézete, mely azonban nem talált általános elfogadásra, az volt, hogy paralysis agitansnál a fej sohasem reszket; többször hallottam említeni, hogy szeretne egy oly esetet látni, hol a fej is reszket. Erélyesen kelt ki azon nézet ellen, mintha a paralysis agitans oka a gerinczvelő időelőtti öregségében állna, vagyis nem volna mástól függő, mint azon körülménytől, hogy az öregségi tünetek előbb lépnének fel. Vállat vonva kérdezte, hogy mik az öregségi symptomák, ő nem ismeri ezeket, de másrészt soha, de soha nem lép fel öreg egyéneknél a paralysis agitans, a mit pedig kell hogy észleljünk, ha a gerinczvelő öregségi változásaival függene össze a baj, de mindig azt látjuk, hogy a 40—45. években kezd a betegség mutatkozni.

Ő nem ismert öregkori reszketést, mely olyan volna, mint a paralysis agitansé; igenis előfordul ritkán egyszerű vibratorius reszketés, de ez nem hasonlít a paralysis agitanséhoz.

A traumatikus neurosiszt illetőleg nem ismerte el ez alak külön voltát; szerinté mind ez esetek a traumás hysteria körébe tartoznak. Hasonlóképp a látótérszűkületet jellegző *hysteriás* jelnek tartotta, sohasem észlelte más betegségnél.

Ismeretes, hogy Charcotnak köszönhetjük a migraine ophthalmique pontosabb leírását, különösen pedig az ennél gyakran előforduló scotoma scintillans ismertetését, de kevésbé ismeretes azon érdekes körülmény, hogy Charcot maga scotoma scintillansban szenvedett. Kérdezve, hogy miért nem ismerte e dolgot, nevetve azt a választ adja, hogy akkor azok, kik ideáit *bizarrnak* találják, ujongva mutatnának rá e tünetre, mely felfogásuk mellett érvül szolgálhatna. 1864-ben vette először észre mikroszkopálás közben e tünetet önmagán, de akkor még nem ismerte fel, csak később, midőn a migraine ophthalmique-kal behatóan foglalkozott, jutott tudomására annak, hogy az, a mit ő olykor lát, scotoma scintillans. Egy ízben le is rajzolta scotomáját, mely papírlap birtokomban van, és melyet természetesen ereklyeként őrzök magamnál.

\*\*\*

Ismeretes, hogy Charcot nagy befolyással bírt betegeire és nem egyszer sikerült neki pusztá jelenlétével éveken át fennálló hysteriás tüneteket megszüntetni, úgy hogy mystikus hírébe jött. Így egy ízben egy kis lányhoz hívták egy zárdába, a kezelő orvos nem tudott a bajon eligazodni. A beteg nem volt képes lábait mozgatni, Charcot felismerte azonnal a baj hysteriás voltát és megismogotva a leányt, azt mondja neki, hogy keljen fel, a kis beteg megilletődve feleli, hogy képtelen erre; de Charcot nem tágitott és két testvér által hónaljja alá fogatta a beteget és vonszoltatta, a mikor az hirtelen félre lökve ápolónőit, a főapácához szalad azt kiabálva: „je suis guérie“. Valamennyi szemtanú hitetlenül tekintett ide és tova és bálmulattal fordultak Ch. felé, sőt maga a kezelő orvos is. Miraculumról beszéltek; mire Charcot figyelmeztette a főapácát, hogy jó lesz nem nagyon közhírre tenni e miraculumot, mert különben majd a zárdában egy hysteriás epidemia támad.

A hysteriás tünetek gyógykezelésénél fősúlyt az izolálásra fektetett.

Elmondta, hogy egy ízben egy leányhoz hívták évekkal ezelőtt, kinek contracturái voltak alsó végtagjaiban, Dupuy és Hardyval együtt consultáltak a betegnél, előbbi csontmegbetegedést diagnosztizált és operatiót ajánlott, Charcot skeptikus volt, hysteriás contracturának tartotta a dolgot, de nem merte biztosra tenni a

diagnosist. Két év multán a beteg ugyanazon állapotban volt, míg ekkor nagy nehezen ráállottak a szülők arra, hogy a Salpêtriére-be adják és itt tényleg rövid idő alatt kigyógyult.

Ilyen és hasonló esetek gyakran fordultak elő praxisában és hirnevének megalapításához nem kis mértékben járultak hozzá.

\*\*\*

Előadásai a klinikus előadásnak mintaképei voltak. Nyelvezetének szépségéről maga is meg volt győződve. Mi sem természetesebb, hogy előadásai tömve voltak nemcsak orvosi, de laikus közönséggel is.

Április havában egy ízben előadását félbe kellett szakítania, mert angina pectoris rohamot kapott, szerencsére azonban elmúlt akkor a baj, hogy e hó 16-dikán újból megjelenve, kioltsa e lángelme életét. Esméi azonban örök életre hivatják!

Majna melletti Frankfurt, 1893. augusztus 18-dikán.

Sarbó Arthur dr.

## Heti szemle.

Budapest, 1893. szeptember 14-dikén.

A cholera állása. Hazánkban a járvány örvendetes csökkenést mutat, a mint azt az alábbi számok mutatják:

IX./6—7.	36 helység	36 betegedés	38 haláleset
IX./7—8.	47 „	47 „	31 „
IX./8—9.	27 „	29 „	13 „
IX./9—10.	22 „	„	„
IX./10—11.	15 „	20 „	12 „
IX./11—12.	14 „	11 „	10 „
IX./12—13.	15 „	22 „	14 „
IX./13—14.	20 „	14 „	18 „

Az eddig fertőzött vármegyékhez e héten Gömör-, Győr- és Maros-Tordamegyék csatlakoztak szórványos esetekkel. Budapesten e héten újabb eset nem fordult elő; a cholera-barakkok üresen állanak.

Szeptember 6-dikának déli 12 órájától másnap délig a következő számú megbetegedések (zárlatban halálesetek) fordultak elő: Máramaros-megye, 7 helység, 17 (9); Szatmármegye, 2 helység, 1 (2); Beregmegye, 4 helység, 4 (4); Csongrádmegye, 2 helység, 1 (1); Hevesmegye, 3 helység, 3 (2); Szolnok-Dobokamegye, (3); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 3 helység, (4); Kis-Küküllőmegye, 2 helység, (2); Kolozsmegye, 1 helység, (1); Zemplénmegye, 3 helység, 2 (3); Bács-Bodrogmegye, 4 helység, 1 (4); Árva megye, 1 helység, 1; Gömörmegye, 4 helység, 1 (1); Fehérmegye, 1 helység, 4 (2); Pestmegye, 1 helység, 1.

Szeptember 7-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Szabolcsmegye, 3 helység, 3 (2); Máramaros-megye, 7 helység, 10 (3); Szatmármegye, 4 helység, 2 (2); Beregmegye, 6 helység, 3 (5); Békésmegye, 1 helység, 1 (1); Csongrádmegye, 3 helység, 4 (3); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 4 helység, 3 (3); Bács-Bodrogmegye, 5 helység, 11 (4); Torontálmegye, 4 helység, 3 (3); Zemplénmegye, 2 helység, 1 (1); Kolozsmegye, 5 helység, 4 (1); Szolnok-Dobokamegye, 2 helység, 1 (2); Győrmegye, 1 helység, 1 (1).

Szeptember 8-dikának déli 12 órájától másnap délig a következő számú megbetegedésekről érkeztek hírek: Szabolcsmegye, 4 helység, 4 (2); Máramarosmegye, 7 helység, 11 (1); Szatmármegye, 2 helység, 1 (1); Békésmegye, 1 helység, 2 (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 4 helység, 4 (1); Biharmegye, 1 helység, 1; Bács-Bodrogmegye, 2 helység, 3 (1); Kolozsmegye, 1 helység, 2; Szolnok-Dobokamegye, 1 helység, 1 (2); Kis-Küküllő-megye, 1 helység, (1); Árva megye, 1 helység, (1); Fehérmegye, 1 helység, (1); Csongrádmegye, 1 helység, (1).

Szeptember 9-dikének déli 12 órájától másnap délig összesen 22 helységben fordultak elő megbetegedések illetve halálesetek.

Szeptember 10-dikének déli 12 órájától másnap déli 12 óráig a járvány állása a következő volt: Szabolcsmegye, 2 helység, 1 (2); Máramarosmegye, 2 helység, 2; Szatmármegye, 2 helység, 4; Hevesmegye, 1 helység, 1; Csongrádmegye, 1 helység, 1 (1); Bács-Bodrogmegye, 6 helység, 10 (9); Maros-Tordamegye, 1 helység, 1.

Szeptember 11-dikének déli 12 órájától másnap délig következő számú esetek fordultak elő: Beregmegye, 1 helység, 1; Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 1 helység, 1 (1); Máramarosmegye, 4 helység, 3 (2); Szabolcsmegye, 2 helység, 2 (3); Torontálmegye, 1 helység, (1); Bács-Bodrogmegye, 1 helység, (1); Zemplénmegye, 1 helység, 2; Pestmegye, 1 helység, (1); Szolnok-Dobokamegye, 1 helység, (1); Kolozsmegye, 1 helység, 2.

Szeptember 12-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Bács-Bodrogmegye, 6 helység, 9 (7); Beregmegye, 2 helység, 3 (2); Torontálmegye, 2 helység, 2; Hevesmegye, 1 helység, 1 (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 1 helység, 2 (1); Szabolcsmegye, 2 helység, 2 (1); Kolozsmegye, 1 helység, 3 (2).

Szeptember 13-dikának déli 12 órájától másnap délig a következő számú eseteket jelentették be: Szabolcsmegye, 2 helység, 2 (3); Máramaros-



megye, 5 helység, 4 (6); Szatmármegye, 4 helység, 2 (2); Maros-Tordamegye, 1 helység, (1); Békésmegye, 1 helység, 1; Csongrádmegye, 1 helység, 2 (1); Bács-Bodrogmegye, 2 helység, 2 (1); Kolozsmegye, 2 helység, 1 (3); Kis-Küküllőmegye, 1 helység, (1).

A mi a külföldi cholera-t illeti, *Oroszországban* folytonosan súlyosodik az állapot. Augusztus 20-dikától 26-dikáig a következő számú megbetegedések (zárjelben halálesetek) fordultak elő: Podolia 1229 (604); Orel 689 (243); Kieff 740 (284); Minsk 232 (101); Poltova 283 (127); Kharkoff 182 (87); Grodno 187 (59); Kalisch 114 (61). A Don-territoriumban augusztus 27-dikétől 29-dikéig 132 megbetegedés és 66 haláleset történt. Szent-Pétervárott augusztus 31-dikétől szeptember 2-dikáig 26 (13) eset fordult elő, Moszkvában pedig augusztus utolsó 4 napjában 108 (57) eset. *Németországban* augusztus 15-dikétől 31-dikéig 17 megbetegedést állapítottak meg, a melyek közül 12 halálosan végződött. Berlinben e hónap 10-dikéig még történtek szórványos megbetegedések; ekkor a cholera-állomást beszüntették, 12-dikén azonban ismét volt 2 cholera-yanus megbetegedés. Mainzban a kerületi hivatal közhírré tette, hogy a Rajna vize fertőzöttnek tekintendő; Solingenben is több eset fordult elő a héten, Hamburgban pedig szeptember 8-dikán történt az első cholera-megbetegedés. *Olaszországban* változatlan az állapot. *Portugáliában* is felütötte fejét a cholera, úgyszintén *Konstantinápolyban*. *Belgrádban* is megállapították a cholera felléptét. *Franciaországban* csökken a cholera, sőt Nantes-ben már teljesen meg is szűnt. *Galicziában* és *Romániában* változatlan az állapot. *Németalföldön* ellenben növekedést mutat a baj. *Angolországban* újban Binbleyben (Brathford mellett) is fordultak elő cholera-esetek.

\*\*\*

A m. kir. belügyminister 36.152/93. számú körrendelete a szállodák és vendégfogadók egészségügyi ellenőrzése tárgyában. Több ízben tétetett panasz tárgyává, hogy a vidéken némely szállodában és vendégfogadóban alkalmazott női szolgaszemélyzet egy része titkos kéjelgést űz, és minthogy orvosi felügyelet alatt nem áll, a bujakór terjedésére ad alkalmat. Oly czélből tehát, hogy ezen vésteljes ragály ily módon való terjedésének eleje vételessék, felhívom a törvényhatóságot, hogy a törvényhatóság területén létező szállodákat és fogadókat az említett szempontból legszigorúbban ellenőriztesse, és a menyiben azon gyanu alaposnak bizonyulna, hogy egyikében vagy másikában a női alkalmazottak tényleg kéjelgést űznek, intézkedjék az iránt, hogy az illetők úgy mint a felügyelet alatt álló kéjnlők rendszeres orvosi vizsgálat alá vétessenek. A menyiben pedig az ott űzött titkos kéjelgés daczára az illető szállodatulajdonosok és vendéglősök abbeli rendelkezésnek, hogy az alkalmazott női cselédek orvosilag vizsgáltassanak, eleget nem tennének, ellenük a legszigorúbban járjon el. Minthogy továbbá az is panaszoltatik, hogy számos szállodában a használt fehérnemű, különösen a törülközők és ágyneműek (mint lepedő stb.) használat után nem mosatnak ki, hanem vízzel befecskendezve és leprésselve újból használatba vétetnek, és minthogy a jelzett fehérneműek által igen könnyen mindenemű ragály terjesztőivé válhatnak: utasítom a törvényhatóságot, hogy a szállodákat és vendégfogadókat ezen tekintetből is legéberbb figyelemmel kísérje és az ily eljárásból származható ártalmak elhárítása czéljából indokolatlan anyagi megterhelés és az olesó elszállásolás nehezítése nélkül alkalmas orvoslási módozatokról gondoskodjék. Ez alkalomból felhívom a törvényhatóságot, hogy ha a szállodák és fogadók stb. tekintetében a törvényhatóság szabályrendeletileg eddig nem gondoskodott volna, ezen ügyet ilyenek alkotása által rendezni haladéktalanul igyekezék. Ha pedig a törvényhatóság ily szabályrendelettel már birna, de ebben a fentérintett irányokban intézkedés nem foglaltatnék, a szabályrendeletnek megfelelő kiegészítése iránt kellő módon haladéktalanul intézkedjék. Az e részben eddig tett vagy ezentúl teendő intézkedéseiről jelentést várok.

\*\*\*

Budapest fő- és székváros közegészségi állapota 1893. évi június hóban. A tisztí főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A fő- és székváros közegészségi állapota a mult havihoz viszonyítva az általános halálozást illetőleg javult. (Május hóban 1298, e hóban 1042.) A heveny ragályos megbetegedési, valamint halálozási esetek száma sem mutat számba vehető eltérést a kanyaró kivételével, mely ismét emelkedett (a mult hóban 843 megbetegedés és 29 halálozási esettel szemben áll e hóban 937 megbetegedés és 38 halálozási eset), azonban még mindig enyhe lefolyású halálozás, ugyanis 4%. A himlőre vonatkozólag pedig ki kell emelnem azon kedvező körülményt, hogy a május havi 10 betegedéssel szemben június hóban csak egy eset fordult elő. Élve született e hóban 1458, meghalt katonák nélkül, s az útról jött, s itt elhalt 108 egyén levonásával 1042; így a születési esetek 416-tal muták felül a halálozásait. Június hóban a fő- és székváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6306 fekvő és 7609 járó beteg; a kerületekben a ker. orvosok által 2271 részint fekvő, nagyobb részt járó beteg, összesen 16,186, azaz 1245-tel kevesebb mint a mult hóban. Ezek közül a lipótmezei orsz. tébolyházban 844, az angyalöldi elmebeteg-ápolóban 317, az irgalmasoknál 196, a megfigyelő osztályon 125, Schwartz dr. ideggyógyintézetében 124 elmebeteg ápol-

tatott. A rendőrség részéről a megfigyelési osztályra küldetett 9 fővárosi és 7 vidéki elmebeteg. Ebmarás 7 esetben történt, veszettségben gyanus ebmarás 1, macskamarás 1 esetben. Orvosrendőri boncolás végeztetett 50, orvostörvényszéki 17 esetben. Öngyilkosság 19 esetben fordult elő és pedig: lövés 10, akasztás 7, mérgezés 1, egyéb módon 1. A Dunából 8 hulla fogatott ki. A fővárosi szegényházban 1003 egyén közül 441 volt beteg (ezek közül elme- és eskóros 144). A fővárosi „Josephinum“ fiárvaházban 106 növendék közül 3 volt beteg, az „Elisabethinum“ leányárvaházban 106 növendék közül nem volt beteg, a „Klotild“ szeretetházban 59, a Mayer-féle árvaházban 75 növendék közül 9 volt beteg. A lelenz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: 1. A budapesti első gyermekmenhelyben június hóban felvételtetett összesen 31 gyermek. 2. A főváros összes kerületeiben volt 778 csecsemő, lelenz és árva. 3. Szaporodás e hóban volt összesen 55. 4. Csökkenés volt e hóban összesen 29. A csökkenés okai: Elhalálozás 3, elköltözés 5, szülők általi visszavétel 21 esetben. Beteg volt e hóban összesen 69, meggyógyult 57, gyógykezeltek 9, meghalt 3. Halál-okok voltak: tüdőlob 1, béllob 1, hürglob 1. A ker. szülésznök 79 szegény szülőőnél segítettek, 536 esetben ellenőrizték a városi árvák, lelencek s dajkaságba adott gyermekek ápolását. A köztisztaság a csatornázatlan és közvetlen utcákon hiányos volt. A vízvezeteki víz a IX. kerület belső részében a hónap elején olykor zavaros volt; a külső részben ihatatlan, a közkutak vize élvezhető volt. A főv. vegyész által 124 esetben tétetett vizsgálat. Az állategészségügy nem volt kedvező. Megsemmisített 10 takonykóros ló, 301 kóbor eb. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Laky Árpád, Hranovits Dezső, Kaiser Károly, Hirschl László, Ritoók Zsigmond, Ruff Adolf, Klein Adolf, Fischl Manó, Steiner Miksa, Dénes Mihály, Neuwirth Gusztáv, Moricz Ernő, Somogyi Sándor egyetemes orvosdoktorok; továbbá Cortella Rezső, Raksányi Elek, Gruber Henrich, Hoffmann Lajos, Fischer Antal, Fodor József, Tiszer Antal, Fodor Géza és Leschinszky Lajos állatorvosok, végre egy szülésznök.*

### Vegyések.

Budapest, 1893. szeptember 14-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. augusztus 27-től szeptember 2-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 362 gyermek, elhalt 218 személy, a születések tehát 144 esettel multák felül a halálozásokat. A fővárosi kórházakban ápolatott e hét elején 1890 beteg, szaporodás 682, csökkenés 656, maradt e hét végén ápolás alatt 1916. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1893. szeptember 3-től szeptember 9-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: cholera-ban 2 (meghalt 1), hagymázban 10, bárányhimlőben 6, vörhenyben 29 (meghalt 4), kanyaróban 21, roncsló toroklobban 20 (meghalt 11), torokgyikban 9 (meghalt 4), trachomában 9, vérhasban 1, hökhrutban 38, orbánczban 6.

— Megjutalmazott egyetemi orvoskari magántanárok. A törvényhozás által érdemes egyetemi magántanárak jutalmazására engedélyezett javadalomból a mult tanév folyamára *Erőss Gyula dr., Feuer Nathaniel dr., Hoor Károly dr., Schächter Miksa dr. és Csapodi István dr.* orvoskari m. tanárok egyenként 200 frnyi jutalomban részesültek.

— Városok vetélkedése a harmadik egyetemért. *Szeged* város tanácsa az utóbbi napokban tartott közgyűlés elé javaslatot terjesztett, mely szerint a város az országban felállítandó harmadik egyetemért ajánljon fel a kormányknak egy millió koronát és kétszáz ezer korona értékű telkeket, továbbá a kórház átalakítására százötvenezer koronát, közművelődési czélokra négyszáz ezer koronát s végül nagy összegű ösztöndíjakat szegény egyetemi hallgatók részére; a közgyűlés a javaslatot elfogadta. *Pozsonyban* szintén mozgalom indult meg a harmadik egyetemnek e városban felállítását illetőleg; a kérdésre vonatkozó memorandum elkészítésére már egy bizottságot is küldtek ki. *Debreczenben*, a hol már a mult évben indítottak meg mozgalmat egyetem felállítására, újban — mint hírlik — ismét felelevenítik ezen ügyet.

### „Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.

#### Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg ásványvízzel, iszaporogtatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság.

#### Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. szeptember 7-től egész szeptember 13-ig ápolott betegekről.

1893.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápoltak közül			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülők	heveny fertőző	az illői-úti kórházban
Szept. 7	49	31	80	44	35	79	—	4	4	878	852	1730	900	42	41	747
" 8	26	29	55	29	20	49	6	4	10	869	857	1726	898	42	39	747
" 9	42	47	89	53	37	90	3	5	8	855	862	1717	909	41	38	729
" 10	30	3	33	35	29	64	2	4	6	848	832	1680	889	40	36	715
" 11	66	43	109	40	41	81	4	—	4	870	834	1704	911	42	36	717
" 12	26	34	60	21	41	62	3	2	5	872	825	1697	897	42	34	724
" 13	53	30	83	28	16	44	1	3	4	896	836	1732	932	43	31	726



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Közlemény Schwimmer tanár bőrbeteg- osztályáról.

#### A korai bujakórelleses kezelés befolyása az idegrend- szerre.

Irta Deutsch Arthur dr., kórházi gyakornok.

A másodlagos tünetek kitörése előtt megkezdett bujakórelleses kezelés jogosultsága régi idők óta vita tárgyát képezi. A közölt eredmények még bonyolultabbá tették a kérdést; hozzájárult még ama körülmény, hogy nagy tapasztalatú férfiak foglaltak állást hol ezen eljárás mellett, hol ellene.

A korai kezelés ellenesei között megemlíthetjük a következőket: Első sorban *Ricord* és *Diday*<sup>1</sup> azon nézetnek adtak kifejezést, hogy a korai kezelés következtében a bujakóros tünetek visszajelődnek ugyan, de a szervezet respective a vér megfertőzése meg nem akadályozható; *Diday* azonban „ha súlyos induratio van jelen“ megengedhetőnek tartja a korai bujakórelleses kezelést. Tehát bizonyos fentartás mellett nem ellenzi ezen kezelést.

Ugyancsak a korai kezelést ellenzők táborában találjuk a régiiek között *Basserauxt*, *Leudet*, *Lancerauxt*, *Sigmundot*, *Simont*, bár ez utóbbi némely esetekben indicálnak tartja a korai bujakórelleses kezelést; hasonlóképpen ellenzik: *Bockhardt*, *Lang*, *Lesser*. *Legerősebb* támadóik ezen kezelési módnak *Kaposi*<sup>2</sup> és *Zeissl*.<sup>3</sup>

Kaposi maga elismeri, hogy észszerű és humánus az olyan kezelési mód, melylyel a testben előrehaladó méreg útjában megállítatik és ártalmatlanná tételük; dacára annak így szól tovább: „mindig megbánta, ha korailag kezelt, mert szerinte súlyos recidivák mutatkoztak, melyek a késői kezeléssel elkerülhetők.

Zeissl eleinte barátja volt a korai kezelésnek, de a kedvezőtlen eredmények arra késztették, hogy a másodlagos tünetek kitörése után szokta volt megkezdni a bujakórelleses kezelést.

Ép úgy ellenzik a korai kezelést *Doutrelepont*,<sup>4</sup> továbbá *Köbner*, valamint *Neumann*,<sup>5</sup> bár újabban ő is észlelt kedvező eredményeket a korai kezelés alkalmazásakor.

A korai kezelés hívei között megemlíthetjük: *Mauriac*, *Fournier*, *Jullien*, *Hutchinson*, *Bäumler*, *Neisser* s mások neveit; hazánkban pedig *Schwimmer* tanárt.

Ezen nagy névsor futólagos átnézése azt tünteti fel, hogy az elismert syphilidológok nagy része, tehát oly férfiak, a kik kiváltságosan ápolták a bujakórtan tudományos és gyakorlati irányát, a korai kezelés hívei közé számíthatók, míg az ellenkező táborban inkább oly szerzőkre akadunk, kik a bőrkórtan terén fejtettek ki nagyobb buzgalmat. Ha a szóban levő kérdést még élesebb bírálat alá vetjük, akkor ezen nevek közül a régiebb időben működőket könnyen kihagyhatjuk, mert *Ricord*

és *Diday* idejében a mostanában általánosan elfogadott finom *distinctio* a primaer alakok természete iránt oly élesen még nem volt kidomborodva.

A korai kezelés hívei abból a szempontból indulnak ki, hogy a bigany a syphilis ellenmérge levén, azt korán kell alkalmazni akkor, midőn a syphilis első tünetei nyilvánvalók, észlelhetők, ez pedig azon időpontba esik, midőn az elsődleges és határozottan kórismézhető keményedésen kívül a lágycékmi-  
gyek indolens beszűremkedése megállapítható. *Schwimmer* tanár ezen időpontban szokta a bujakórelleses kezelést megindítani, s hogy jó sikert ért el, bizonyítja azon körülmény, hogy az eredmények minden tekintetben kielégítőek és a későbbi állapotra nézve igen kedvezők; tapasztalás szerint, nehéz és az elhanyagolt vagy nem rendszeresen kezelt betegeknel mutakozó bujakór-alakok alig lépnek fel olyanoknál, kiknél a korai kezelés teljesen keresztül vitetik. *Schwimmer*<sup>1</sup> tanár következőkép nyilatkozik a korai illetőleg késői kezeléssel: „A syphilis első szakáiban magára hagyatva, végzetes következményű lehet. A legsúlyosabb elváltozások, szétesései a bőr, nyákhártya és esontrendszernek lépnek fel az ily elhanyagolt esetekben. „Éveken át szerzett tapasztalatai folytán arra az eredményre jut, hogy a syphilis elleni harcot korán kell felvenni. Sajnálattal tapasztalja ezen szerző ép ezen súlyos bántalommal szemben, azon várakozó eljárást, melyet más betegségekkel szemben az orvostudományban nem szoktak alkalmazni. „Minden betegség ellen megkezdődik küzdelmét az orvos, a mint annak első tüneteit észleli, csak épen ezen az emberiség csapását képező súlyos bántalommal szemben nem lép fel azonnal, holott a bántalom fennállása megállapítható.“

A korai kezelés egyik legnagyobb hibájául rójják fel azon állítólagos káros befolyást, melyet ezen kezelés az idegrendszerre gyakorol. Számosan állítják, hogy a korai kezelés következtében korán lépnek fel súlyos elváltozások az idegrendszerben és pedig ennek úgy peripherikus, mint centralis részében.

Ha mostanában azon kiváló írók sorozatát nézzük át, kik mint ideg vagy belgyógyászok foglalkoztak e kérdéssel, akkor azt találjuk: hogy *Hasse*,<sup>2</sup> *Heubner*,<sup>3</sup> *Erb*,<sup>4</sup> *Gowers*,<sup>5</sup> *Strümpell*<sup>6</sup> stb. egyáltalán nem tesznek említést a korai kezelésnek az idegrendszerre való káros voltáról; ép úgy nem emlékeznek meg ezen kezelés káros voltáról: *Eichhorst*,<sup>7</sup> *Leyden*,<sup>8</sup> továbbá *Mendel*,<sup>9</sup> *Pick*,<sup>10</sup> *Remak*,<sup>11</sup> *Pribram*,<sup>12</sup> sőt *Gowers*,<sup>13</sup> legújabb munkájában ugyancsak nem tesz említést az idegrendszer oly elváltozásáról, mely pusztán a korai kezelésben lenné magyarázatát.

<sup>1</sup> Schwimmer „Grundlinien der heutigen Syphilistherapie“.

<sup>2</sup> Hasse „Virchow, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie“ IV. 1.

<sup>3</sup> Heubner „Syphilis des Gehirns und des anderen Nervensystems“.

<sup>4</sup> Erb „Krankheiten des Rückenmark's“.

<sup>5</sup> Gowers „Handbuch der Nervenkrankheiten“.

<sup>6</sup> Strümpell „Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie“ II.

<sup>7</sup> Eichhorst „Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie“.

III. IV.

<sup>8</sup> Leyden „Tabes dorsalis“ Realencyclopedie XIX.

<sup>9</sup> Mendel „Dementia paralytica“ Realencyclopedie V.

<sup>10</sup> Pick „Rückenmarks-syphilis“ Realencyclopedie XVII.

<sup>11</sup> Remak „Neuritis“ Realencyclopedie XIV.

<sup>12</sup> Pribram „Gehirnkrankheiten“ Realencycl. VIII.

<sup>13</sup> Gowers „Syphilis und Nervensystem“.

<sup>1</sup> Schwimmer. „Grundlinien der heutigen Syphilistherapie“.

<sup>2</sup> Kaposi. „Pathologie und Therapie der Syphilis“ 1891.

<sup>3</sup> Zeissl. „Lehrbuch der Syphilis“ 1888.

<sup>4</sup> Zeissl. „Lehrbuch der Syphilis“.

<sup>5</sup> Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. IV. p. 720.



A következő szerzőknél, kiknél számadatok állanak rendelkezésünkre, nem találjuk a korai kezelés idegrendszerre gyakorolt káros behatását említve, sőt az észlelt idegrendszerbeli syphilitikus elváltozások éppen a késői kezelés után léptek fel az esetek jó nagy részében. *Manssurow*<sup>1</sup> 18 idegsyphilitikus esetet közöl: mind a 18 esetben a kezelés a secundaer tünetek kitörése után indult meg; a korai kezelés káros hatását nem említi. *Reumont*<sup>2</sup> 36 tabes esetet közöl mint a bujakór következményét. Ezek közül

16 esetben a secundaer tünetek kitörése után indult meg a kezelés,

3 esetben hiányos volt a kezelés.

A többi esetben a kezelési mód el nem dönthető. Látjuk tehát, hogy itt is későn kezelték a súlyos központi bántalmak.

*Möller*<sup>3</sup> 4 esetet közöl, hol a secundaer tünetek kitörése után megindult a kezelés, illetve rövid időre súlyos gerinczagybántalmak léptek fel.

A korai kezelést ellenzők közt első sorban áll *Rumpf*<sup>4</sup>, ki utal ama kárhuzatos befolyásra, melyet ezen kezelés az idegrendszerre gyakorol; szerinte a korai kezelés következtében korán lépnek fel súlyos elváltozások az idegrendszerben. Annál sajtáságosabb ama összeállítás, melyet *Rumpf* nagy munkájából merítettünk: 112 esetben, melyek általa észleltettek, súlyos vagy kevésbé súlyos elváltozások léptek fel az idegrendszerben syphilitikus után. Utána kutatva, hogy a kezelés ezen bujakóralakoknál milyen volt azok florid stadiumában, a következő eredményre jutottunk:

75 esetben a secundaer tünetek kitörése után indult meg a bujakórellenes kezelés;

21 esetben egyáltalán nem lett a bujakór kezelve, vagy pedig hiányosan.

6 esetben korai volt a kezelés;

2 esetben hiányos korai kezelés.

A hiányzó néhány esetben a kezelési mód megállapítható nem volt.

Ezen adatokból az világlik ki, hogy 112 eset közül csak 6 eset volt, melynél korai kezelés után lépett fel idegrendszerbeli elváltozás, míg 96 esetben az idegtünetemények oly betegknél léptek fel, kiknél (75) vagy késői volt a kezelés, vagy kiknél (21) hiányos volt a kezelés, s így ezen százalékszámok mellett káros befolyást tulajdonítani a korai kezelésnek legálább is merész dolog.

*Rumpf* ezen állítása az általa közölt esetek alapján igen jellemző. Ő, ki a korai kezelést ellenzi, olyan adatokat közöl, melyek semmi támpontot nem nyújtanak ezen eljárás megtámadása ellen, sőt ellenkezőleg, ő az idegbántalmak legnagyobb számát (75) azon esetekből gyűjti, melyek későn lettek kezelve. Ilyen fegyverekkel küzdenek a logikus felfogás ellen és nem ügyelnek arra, hogy saját nézeteiket saját tapasztalataikkal összhangzásba hozzák.

*Zeissl*<sup>5</sup> ismételt látott ezen kezelés után súlyos idegbántalmakat fellépni, ép úgy *Kaposi*<sup>6</sup> is, ki csatlakozik *Rumpf* azon állításához, hogy a korai kezelés korán hoz létre súlyos idegsyphilitikus. Úgy látszik tehát, hogy *Kaposi* nem nézte át *Rumpf* adatait, különben nem hivatkozott volna rájuk.

Ép úgy említik a korai kezelés káros hatását az idegrendszerre *Lang*<sup>7</sup> és *Seeligmüller*<sup>8</sup>.

Ezekből látjuk, hogy a korai kezelés ellen azon súlyos vád emeltetik, hogy az idegrendszer korai és súlyos megbetegedése ezen kezelési módnak köszöni fellépését. Miután ezen igen fontos kérdés felderítése sok tekintetben kívánatosnak mutatkozik, azért főnököm megbízott ezen tárgynak behatódó

vizsgálatával azon irányban, vajjon milyen eredményeket leszünk képesek felmutatni, ha figyelmünket tisztán ezen kérdés kutatására irányozzuk. Így én másfél év óta foglalkoztam e kérdéssel. Mielőtt vizsgálataink eredményéről leszámolnánk, a következőket kell előrebocsátanunk: Tudjuk, hogy a bujakór már igen korán gyakorol behatást az idegrendszerre. Hogy mily korán mutatkoznak már elváltozások, azt egyes bonczolatokból is látjuk. *Lechner*<sup>1</sup> oly bujakóros egyént bonczolt, ki a véredényfalak bujakóros megbetegedése folytán agyvérzésben pusztult el a fertőzés utáni negyedik hónapban. *Seeligmüller* 164 idegsyphilitikusról tesz említést, melyek közül 53 egy éven belül a fertőzés után lépett fel. *Gjor*<sup>2</sup> 13 esetben látott syphilitikus hűdést a fertőzés utáni első évben. A bujakór azonban még korábban is gyakorol behatást az idegrendszerre. A bujakór másodlagos tüneteit megelőző prodromák között megtaláljuk már elég gyakran az idegrendszer részéről mutatózó tüneteket is. *Seeligmüller* következőképen jellemzi ezen tüneteket. Már akkor, midőn a bujakór alkativá lesz, oly tünetek mutatkoznak, melyek arra engednek következtetni, hogy a bujakór mérge eljutott az idegrendszerbe is. Két tünet szokott rendszeresen jelentkezni: fejfájás és álmatlanság, mely az agy és burkainak vérbősége által feltételezett. További fejtegetései során megemlíti, hogy az agy és burkainak vérbősége súlyos agyi tüneteket idézhet elő: Szédülést, érzékszervi zavarokat, hallucinációkat, sőt mulékony hűdéseket okozhat, de még psychikus zavarokat, maniacalis rohamokat is hozhat létre. Mindezen zavarok természetesen functionalisak s nem felelnek meg nekik organikus elváltozások.

*Lang*<sup>3</sup> a bujakór prodromái között s néha ezeket rövid időn át követőleg az idegrendszer részéről bizonyos tüneteket észlelt, melyeket csoportosítva egy körképet alkotott, melyet „Meningealis irritációnak“ nevezett. A tünetek a következők: fejfájás, szédülés, a kedélynek lehangoltsága, rossz külső, hányinger; némely esetben a hőmérsék emelkedett, az érelkések száma is nagyobb volt; más esetekben pedig a látak egyenlőtlenek voltak, vagy renyhén reagáltak. *Lang* ezen tüneteket az agyburkok vérbőségéből származtatja, bár kistökü lobos beszűremkedés lehetőségét sem zárja ki.

*Lancereaux*<sup>4</sup> idegzásabakat említ meg, mások ismét éh-seget, polydipsiát, hyperidrosist észleltek.

Ezek után azt kérdezzük, vajjon helyes e, hogy a syphilitikus ezen komoly tüneteményeit hagyjuk bekövetkezni, ha módunkban áll ezeket, valamint hason az egész szervezetet pusztító állapotokat megelőzni? S vajjon nem inkább feladata az orvosnak tudott és bekövetkező körtüneteket megakadályozni? Az idegrendszerben a bujakór prodromái között fellépő hyperaemiák nem mindig mulnak el, mint azt sokan állítják, hanem állandósulnak. S vajjon melyik idegrendszer praedisponáltabb? Bizonyára az, a mely vérbő volt, vagyis a melyben a vérbőség esetleg állandósult. A korai kezelés mellett ezen vérbőségek megakadályozhatók az esetek túlnyomó számában.

Valamint az agy és burkaiban, ép úgy a gerinczagyban és burkaiban is lépnek fel a bujakór prodromái között és a secundaer tüneteket követőleg olyan elváltozások, melyek a gerinczagy s burkainak vérbőségéből magyarázhatók. Bár *Jarisch* is foglalkozott ezen állapotokkal, mégis a legbehatóbb vizsgálatokat *Fingernek*<sup>5</sup> köszönhetjük.

Vizsgálataink eredményét következőkben összegezzük. A bujakór prodromáiban az exanthema kitörése előtt a bőr és inreflexek ingerlékenysége fokozódott. A kütég kitörése után a reflexingerlékenység csökkent, néha meg is szűnt, a normalishoz való visszatérés lassan következett be, elannyira, hogy hetekkel a kütég kitörése után volt a rendes fokozaton. Minden újabb eruptiónál a reflexingerlékenység újból fokozódott, a kütég halványodásával csökkent, sőt meg is szűnt. Látjuk

<sup>1</sup> Manssurow „Tertiäre Syphilis“.

<sup>2</sup> Reumont „Tabes und Syphilis“.

<sup>3</sup> Möller „Zur Kenntniss der Rückenmarksyphilis“ Archiv für Dermatologie und Syphilis XXIII. 1891. 2.

<sup>4</sup> Rumpf „Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems“.

<sup>5</sup> Zeissl „Lehrbuch der Syphilis“.

<sup>6</sup> Kaposi „Pathologie und Therapie der Syphilis“.

<sup>7</sup> Lang „Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis“.

<sup>8</sup> Seeligmüller „Lehrbuch der Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks“.

<sup>1</sup> Idem.

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> Lang „Vorlesungen über Syphilis“.

<sup>4</sup> Idem.

<sup>5</sup> Finger „Ueber eine constante nervöse Störung bei florider Syphilis der Secundärperiode“.



tehat, hogy a reflexingerlekenység typice változik. A mi az anatómiai alapját illeti ez elváltozásoknak, a következőket mondhatjuk: Finger gerinczagi eredetűeknek tartja ezen elváltozásokat, feltéve, ha a sensibilitas és motilitas, vagyis a sensorius és motorius utak épek.

(Folytatása következik)

## Apróbb közlemények a k. m. tud. egyetem fogászati klinikájáról.

Közli Hattasy Lajos dr., tanársegéd.

### XI.

#### Kísérletek a Formaniliddel.

A gyógyszerintézetből átküldött formanilidet, részben Kóssa dr. úr ajánlatára, részben pedig ama 4 közleményre támaszkodva, melyek az 1893. évfolyami „Magyar orvosi Archivum“ 3. füzetében jelentek meg, fogászati téren klinikai vizsgálat tárgyává tettük. *Gerhardt, Hoffmann, Kóssa* szerint hangyasavas anilidből  $[C_6H_5N(CHO)H]$ , illetőleg meglehetősen tisztán a savanyú oxalsavas anilin gyors lepárlásából származik. Vegyi alkata közel áll az antifebrin-éhez. Hatása: A házi nyúl hőmérsékének súlydése  $\frac{1}{2}$  grammnyi adag után  $1-1\frac{1}{2}$  fokkal és a lázas embernél egészen a normalis hőmérsékig.

A nyelvhez érintve égető érzést okoz, majd ama hely elzsibbadását és anaesthesiáját, továbbá a sensibilis idegek (cornea) elzsibbadását. *Tauszk* dr. a formanilidet belsőleg alkalmazta (I. belgyógyászati kóroda) 0.10, 0.25, 0.50 grammnyi adagokban mint antineuralgicumot. *Preisach* dr. gégefő- és nyelési fájdalmaknál, adag 0.05–0.10 gramm, amyl trit. aa poralakban, kedvező eredménnyel.

Sem *Kóssa*, sem *Tauszk* nem figyeltek mulékony, jelenték-telen cyanosisokon kívül kellemetlen mellékhatásokat.

*Meisels* dr. ezen szert az orr, a száj, a nyelv, a pharynx luetikus megbetegedéseinek, továbbá a húgyvese tükrözésénél és tágitásánál alkalmazta, azonban végezetül a cocainnak előnyt ad.

A mi kísérleteink három csoportba oszthatók: 1. extractio és inyembetegedések; 2. pulpa, gyökhardtá és alveolaris betegségek; 3. prothesis. Az esetek száma 33, 20, 6 = összesen 59-re terjedt. A formanilid részben poralakban, részben oldatban (injection, bekenés) alkalmaztatott. A kísérletek specialis tabellájának elhagyásával rövideg okáért következő resumében adjuk az eredményt.

A formanilid enyhíti a fogóval való érintés érzékenységét. Jó eredménnyel használható periodontitis chr. és necrosis totalisnál, továbbá a hol lágyszövetekről van szó. Az injectio valamivel hatásosabbnak látszik lenni. A pulpa-betegségek kezelésénél kísérleteink nem nagyon bátorítók, kivéve a dentinhyperaesthesiát.

Talán némi tere lehet a formanilidnek a prothesisben. Igen érzékeny egyéneknek, kiknél előzetesen tannin, jódoldat vagy cocain alkalmaztatott, hol e mellett eme szerek még árnyoldalakat is feltüntettek, a formanilid nem mutatott semmi nemű mellékhatásokat, sőt ellenkezőleg a nyákhártyára adstringáló és anaesthetizáló hatást gyakorol, de még az íze sem kellemetlen. Különösen érzékeny betegeknek ajánlatos a lenyomatvételnél, továbbá ama sok nehézségnél, melyekkel a piéce-ek megszokása van összekötve, hol 3% os vizes oldat, vagy keverék pulv. gummi arab. vagy mastixsal stb. a laikusnak bátran a kezébe adható.

Eme szer megküldéséért *Bókai* tanár úrnak és tanársegédének *Kóssa* dr. úrnak köszönetet mondunk. Bayer és Comp. elberfeldi cég állítja elő.

### XII.

#### Empyema antri Highmori.

P. Károlyné, 26 éves, Győr, sovány, halovány, rosszul táplált beteg mult év december 16-dikán kereste fel a kórodát, kérve jobboldali I. prm. foga gyökének extractióját.

A necrotikus gyök felett fistula gingivalis, továbbá az átmeneti redő táján duzzanat, melynek nyomására a fistula nyílásán kevés fehér gennyszerű folyadék távolítható el. Extractio után az alveoluson át is kevés hasonló kinézésű válmány folyt ki. Néhány napra reá beteg ismét felkeresi a kórodát azon panasszal, hogy arca dagad-

tabb, és hogy azóta mindegyre több bűzös genny távolodik el. Fájdalma alig van. Vizsgálat után kitűnik, hogy a II. mol. mesialis szélétől egész a középső incis. distalis széleig az átmeneti redőben mindenütt dagadt. Az extrahált prm. felett levő fistulás nyílás nagyobb. Ugyanilyen kisebb támadt az oldalsó incisivus gyökcsúsa táján. Ezen duzzanatra nyomást gyakorolva úgy az alveoluson, valamint a két fistulás inynyíláson fehér gennyszerű, bűzös, néha köles-nagyságú összeálló fehér tömeggel kevert váladék nyomható ki. II. prm. egészen lazán állt és ennek eltávolítása után nagyobb nyílás készítettett, mely az I. és II. prm. üregét egész a fistulás helyig egyesítette. Ezen át kutaszolja, tésztaszerű tömeget lehetett a gyökcsúcs helyén túl tapintani. Sok fehéres, rendkívül bűzös ev eltávolodása után az üreg, mely természetesen a Highmor-barlanggal közös volt, kifeeskenedetett. A mennyire a nyílás nagysága megengedte, az egész Highmor-üreget mintegy öntvény tökéletesen kitöltő fehér, kemény, sajtos tömeggel darabok váltak el és sodortattak ki. Még  $1\frac{1}{2}$  óra mulva is, mely alatt a gyenge beteg kétszer rosszul lett, még mindig darabok távolodtak el és csak harmadnap mulva lett a Highmor-barlang a sajtos bennéktől megszabadítva. A kezelés gyenge sublimat., majd chlorzinkes oldatokkal lett eszközölve. A bűzös szag mintegy 3 hétig tartott és a váladék ismételt 3 hét mulva megszűnt és beteg gyógyult.

Érdekes az esetben 1. az, hogy a beteg tudomással sem birt róla, hogy neki aránylag ily súlyos baja lett volna és ez neki számbavehető kellemetlenséget nem okozott, 2. a bennék teljes el-sajtosodása.

Valószínű, hogy az empyema sok évvel ezelőtt keletkezett és lassan sajtosodásba ment át. A beteg részéről kellemetlenségérzet csak akkor állott elő, midőn más oknál fogva a sajtos bennék el-folyósodása következett be.

### XIII.

#### Hyperthrophia frenuli labii sup.

N. Ilona, 16, éves, Budapest. A középső incisivusok egymástól  $\frac{1}{2}$  cm.-nyire távol állanak. E közt levő interdental papilla megvastagodva szélesen mintegy  $1\frac{1}{2}$  cm. hosszban és 8 mm. szélességben egyenest a felső ajak középső részéhez mint vastag köteg vezet, úgy hogy nevetés és szájnyitás alkalmával a felső ajak vongáltatik, az ajkak becsukása alkalmával pedig duzzadatan két ajak között segmentumával mutatkozik. A csinos arcú leányt ez nemcsak hátrányosan befolyásolta, de reá káros is lehetett volna a felső ajk folyvást történő vongálása miatt, miért is ennek kimetszése javasoltatott. A hypertrophizált fék néhány ollómetszéssel egy háromszögletű darab alakjában távolítottatott el, mely után bő, de csak parenchymatosus vérzés állott be. Hogy összenövés a seb felületei között létre ne jöjjön, thymolos gaze lett az átmeneti redőbe az ajak alá helyezve. Harmadnapra a seb felülete fehér szalonnás külleművé vált, a nélkül, hogy a felső ajkon nagyobb duzzanat állott volna be. 5, majd 2, utoljára 1% alumol-oldattal kezelve a sebfelületet, gyorsan tisztult és 2 hét alatt teljesen gyógyult.

Az eset felemlítést érdemelt a frenulum hypertrophijának nagysága, valamint a kezelés egyszerű és gyors sikerhez vezetése miatt.

### XIV.

#### Hypertrophia cementalis mol. III. sup. dextri.

M. Anna, 44 éves, Vác, jobboldali felső fogaiban több-kevesebb, néha napokra terjedő szünetekkel járó fájdalomról panaszkodik. Vizsgálat mutatja, hogy a felső jobboldali fogak közül az I. prm. és az I. mol. hiányzik; többi fogak megvannak és látható részeikben épek. Az iny a nyaki részletről kissé visszahúzódott. Mindezen fogak az állkapocsban szilárdan állanak, kivéve a gyengén fejlett III. molaris, mely minimalis mozgást enged. Beteg főleg fájdalmának okául ez utóbbi fogat gyanúsítja és többször igyekezett azt ujjával mozgatni, mi néha enyhülést okozott neki. A fájdalmak már jó ideje tartanak, de mások által is épek talált fogát extraháltatni nem akarta. Jelen esetben pulpitis, még a pulp. chr. idiopathica is kizárható volt, ép így valamennyi félesége a periodontitisnek is, és minthogy fájdalmak ezen fog gyöki részletéből indultak és sugároztak ki és semmi más tünet sem szólt valamely ideg-megbetegedés mellett, úgy ez is kizárható volt. Ezek folytán Árkövy tnr. részletes kór- és gyógytani előadásában tárgyalva az



esetet, a kórismét exclusio útján cement-hypertrophiában állapította meg és a bántalom kezeléséül az extractiót ajánlotta. A fogantatott extractio folytán a kórisme teljesen igazoltatott, a mennyiben az összenőtt gyökökön köröskörül, de főleg palatinal és distal irányban nagyobb, egy borsó segmentumának megfelelő cement-hypertrophia constatáltatott. Fájdalmai elmaradtak és e helyen nem újultak meg.

1 $\frac{1}{2}$  hóval később beteg ismét jelentkezett és az alsó II. jobboldali prm. fogának gyökében panaszolt fájdalmakat. Ezen fog koronája nagyrészt hiányzott. Pulpa-üreg nyitva. Gangraena pulpae totalis (detritus).

A gyök bármely irányú mozgásra és kopogtatásra absolute nem érzékeny. Fájdalom okául az egyénnél szerzett tapasztalatok figyelembe vétele mellett cement-hypertrophia lön felvéve. Az extractio felette nehéz volt. A gyök alsó harmada bunkószerűleg megvastagodott.

Említést érdemel ez eset azért, mert úgy tűnhetnék fel, mintha cement-hypertrophiát nem lehetne dignostizálni, holott ez a subjectiv symptomák tekintetbe vétele mellett, másrészt pedig egyéb felvehető körök kizárása mellett, tényleg eszközölhető.

## XV.

## Necrosis maxillae inf. scrophulotica.

M. Ferencz, 4 éves, Budapest. A jól táplált gyermeknél az alsó incisivusok megvannak, kissé lazán állók. A mentum egész tája felduzzadt. Az alsó ajkat lehúzza, az átmeneti redőben nyílás, melyen át genyedés mutatkozik. Kutaszolásra kiténik, hogy a meder-nyújtvány, részben az állcsont mentalis része necrotizált sequestert képez. Az átmeneti redőben készített harántmetszéssel a sequester könnyen volt kiemelhető, melyben a jobb állandó középső incisivus fejlődő koronája is benne foglaltatott. A körelőzményt illetőleg az általános vizsgálat kiderítette, hogy a bántalom scrophulotikus természetűnek veendő fel. A gyógyulás könnyen és rövid idő alatt állott be. Az eset felemlítést érdemel a necrotikus rész helyénél fogva, valamint utalással ez esetre, hogy korai gyermekkorban állandó fogak eltávolításának eshetősége fennforoghat, a nélkül, hogy az illető erről később tudomással bírna.

## XVI.

## Cysta dentigera.

Vonatkozással *Árkövy* tnr. a „Budapesti kir. orvosegyesület“ben 1893. május hó 13-dikán tett bemutatására (l. OHL.), még meg kell jegyezni, miszerint később — az incisivus lat. sup. sin. —hez hasonló helyzetben — az állandó caninus találtatott egészen a Highmor-barlang oldalsó zugában; a miből kiderült, hogy az előzőleg eltávolított gyök a tejfog caninusa kellett hogy legyen és e körülmény észrevétlen maradt.

Május hó 27-dike óta a beteg *alumnollal*, 5%, majd 2%-os oldattal lett kezelve igen kedvező eredménnyel, úgy hogy a váladék 14 nap alatt teljesen megszűnt.

A caninus kivétele után a cysta kidomborodó bucc. fala lassanként lelapult, miáltal az arc duzzanata tetemesen esökkent, úgy hogy alig észrevehető. Az okozott nyílás mintegy babnyi kiterjedésre kisebbedett, szélei behúzódtak, bal első prm. és bal középső incisivus egymáshoz közelebb jutva, a folytonosság- és anyagihiány egy caninus foggal ellátott obturator segélyével könnyen és jól volt elzárható.

## XVII.

## Gingivitis nudata.

S. Viktoria, 19 éves, gyengén fejlődött halavány nő, ki néhány hét óta az I. belgyógyászati kórodán chlorosis miatt gyógykezeltetik.

Jelentkezése előtt 3 nap óta fájdalmai vannak az inyben a felső incisivusoknál, valamint a kemény száypad nyákhártyáján. Tanács és kezelés végett 1893 május 2-dikán a fogászati klinikára küldetett át.

*Status praesens.* A chlorotikus beteg szájnnyákhártyája is feltűnően halavány, valamint az iny is. A nyákhártya ezen helyeken nem síma, hanem szabad szemmel alig látható igen apró göbös-kéket mutat. Az interdental papillák, valamint a palatinalis redők duzzadtak, fénytelenek, teljesen szárazak, ujhegygyel tapintva,

tapadósak. Ugyanez a *tapadás* kimutatható, hogy ha vékony, könnyű műszerrel pl. gyöksondával gyengéden érintjük.

*Árkövy* tnr. mintegy 10 év óta részletes fogászati kór- és gyógytani előadásában megemlékezett ezen meglepő és a többi ismert gingivitesektől úgy lényegében mint symptomáiban is eltérő megbetegedésről, és akkor, valamint azóta is észlelt és mutatott be néhány hasonló beteget.

Ezen kórról részletes leírást nyújt e lapok hasábjain közlött eredeti dolgozat.

*Az endocarditisek aetiologiája és tünetana.*

Pollák Károly szigorló orvostól.<sup>1</sup>

Az endocardium lobja, mint általában a szív megbetegedései, majdnem teljesen ismeretlen volt a régi orvosi tudomány előtt. Csak *Galen* említi, hogy vívók szíve a normalis nagyságot meghaladhatja, de objective erről ő sem győződött meg.

Ismereteink *Skoda* óta e tekintetben is nagy haladást mutatnak. A physika törvényeinek alkalmazása a betegségek helyének és minőségének felismerésére általa lett szélesebb alapokra fektetve, és ha nem is tette lehetővé minden esetben a biztos diagnoszt, de az orvos legalább megközelítő biztossággal mondhatott immár a betegség mibenlétéről ítéletet. Ez által a szívbajok is aránylag könnyen felismerhetőkké váltak, míg a régi időben, tudvalevő dolog, már azért sem tudtak szívbajokról, mert képtelenek voltak azokat felismerni.

Az endocardium szóban forgó megbetegedését, mint lobos természetű bántalmat, *Kreysig* ismerte fel. Már ő is említi, hogy a bántalom valami összefüggésben van a heveny ízületi csúzzal, melynek társaságában oly gyakran található; de a kérdéssel nem foglalkozik bővebben, *Bouillaudra* hagyván ezt, a kitől az elnevezés „endocarditis“ is származik.

A tudományos vizsgálati módszerek, nevezetesen pedig a bacteriologia kutatásai az endocardium lobos folyamatának mibenlétéről és okozójáról is bővebb felvilágosítást adtak, úgy hogy ismereteink e kutatások segélyével lényeges átalakuláson mentek keresztül. Igaz, hogy az egyes búvárok leletei még mindig nem vágnak teljesen össze, de remélhető, hogy a vállvetett működés folytán, melyet éppen kérdéstünkkel tapasztalni lehet, az igazság felderítése a közel jövőben sikerülni fog.

\*\*\*

Az endocarditis — *Zigler* szerint — oly lobos folyamat, melyet a véráramba jutott bacteriumok okoznak. Hogy a vérnek csakugyan fontos szerep jut a betegség létrehozásánál, azt bizonyítja mindenek felett az a körülmény, hogy már a foetus szívének endocardiuma is mutat ilyen megbetegedést, de mutatják a fenti felvétel helyes voltát azon alább bővebben tárgyalandó állatkísérletek is, melyek csak akkor adtak positiv resultatumot, ha a kórhatányok a véráramba fecskendeztettek, míg ellenben hatástalanok maradtak az endocardiumra nézve bőr alá történt injectióknál.

A lobos folyamat nem választja magának a szívbélhártya bizonyos részét székhelyül, hanem felléphet annak minden egyes részletén. Megtámadhatja a szív üregeinek béléstét épűgy, mint a billentyűket fedő hártýákat, a papillaris izmoktat fedő endocardiumot hasonlóan, mint az inashúrokat betakaró részletet.

De bár mindez feltétlenül áll úgy a bal, mint a jobb szívre, mégis azt kell mondanunk, hogy a jobb szív endocardiumának megbetegedése, az esetek számát véve figyelembe, rendkívül háttérbe szorul a bal szív hasonló bántalmával szemben. *Orth* ugyan azt állítja, hogy — extrauterin életben — általánosságban olyan a kettő közti arány, mint 10:1, de mindjárt megjegyzi, hogy a jobboldali endocarditis legtöbbször baloldallal van combinálva, mikor is az utóbbi súlyosabb folyamatot tüntet fel. Azonban a legtöbb szerző *Orth*-tal szemben sokkal ritkábbnak tartja a jobboldali endocarditist a méhen kívüli életben, míg az intrauterin-eseteket tekintve általában megegyeznek abban, hogy itt viszont a jobb oldal a bántalom gyakoribb székhelye.

<sup>1</sup> Pályadíjjal koszorúzott értekezés.



A szívfelek endocardiumának egyes részei közül pedig leg-ritkábban látható az ú. n. *endocarditis parietalis*; *Weichselbaum* 32 esete közül egyben volt a bal pitvar fali endocardiuma bántalmazva. A legnagyobb contingenst a szív billentyűi szolgáltatják: *endocarditis valvularis*, de szintén nem egyenlő mértékben. Leggyakoribb a bántalom a mitralis billentyűkön, közvetlen ezek után a semilunarisok (aortáé) állnak, s csak ezek után következnek a tricuspidalisok. Ez utóbbiak megbetegedése ritkább ugyan, de azért már ismételtén észlelték. Így *Whipham* közölt 1871-ben egy esetet, hol a folyamat csakis a tricuspidalisra szorítkozott. Utolsó helyen kell emlitenünk a pulmonalis billentyűt. *Cattani* 38 esetet ír le,<sup>1</sup> melyek az a. pulmonalis billentyűinek megbetegedéséről szólnak, és melyek közül 3 esetben a háromhegyű billentyűk is a bántalom körébe voltak vonva.

De maguknak ezen egyes billentyűknek is megvannak a kiváltságos részeik, melyek legelőször esnek áldozatul, és ezek a billentyűszélek, az ú. n. „záródási vonalak“. A következőkben ennél fogva csak a billentyűk endocarditiseire fogunk reflektálni, eleve megjegyezvén, hogy az elmondandók a fali endocardium lobos folyamatára is vonatkoznak.

Az endocarditisek előbb adott osztályozása nem czélszerű, a mennyiben a folyamat lényegét nem fejezi ki, hanem csak a localisatióról ad számot. Sokkal practikusabb ama felosztás, melynek az anatómiai elváltozások képezik alapját.

Az észlelés alá kerülő endocarditikus szívek a lehető legnagyobb változatosságot nyújtják ugyan az anatómiai alteratiókat illetően, de e változások mégis két nagy csoportba engedik elkülöníteni a kérdésben forgó betegséget. Míg ugyanis az első csoportot a szövet ulceratiója, kisebb-nagyobb necrosis jellegzi, a másodikat enyhébb változások, egyszerű sejtburjánzás teszik karakteristikussá. Tévedés volna azonban azt hinni, hogy e két csoport élesen van egymástól elválasztva, mert tapasztalat szerint a kettő közt számos átmenet létezik. A folyamat anatómikus elnevezése azonban — mint természetes — attól függ, hogy az adott esetben melyik csoportja az említett formáknak van a mutatkozó elváltozások folytán jobban kidomborodva.

A szerzők e két csoport elnevezése tekintetében maig sem egyeztek meg. A néven, melyet az egyik ajánl, a többiek bizonyos hiányosságot vélnek látni, a mi tényleg meg is van és abból áll, hogy nem fejez ki mindent, a mi jellegző. Mi egyszerűségüknek fogva a legtöbb szerző által elfogadott *endocarditis ulcerosa* és *endocarditis verrucosa* neveket fogjuk használni és ezek anatómiáját külön-külön vesszük tárgyalás alá.

*Endocarditis ulcerosa*. *Orth* e névhez hozzáteszi még e szót „maligna“, melyet magában azért nem tart helyesnek, mert a folyamat rosszindulatú ugyan, de nem primaer. Sokkal helyesebbnek tartja a *Virchow* által ajánlott „*endocarditis diphtheritica*“ elnevezést, mert ezen betegségnél a lob és a necrosis ugyanolyan connexusban vannak egymással, mint a nyákhártyák diphtheriás affectióinál. *Klebs* szerint az utóbbi jelző azért nem találó, mert éppen diphtheritikus betegségek kapcsán ritkán észlelhető az endocarditis.

Már *Kreysig* is felemlíti, hogy az endocardium ilyenkor egy pseudomembránával van bevonva, de az endocardiumnak belőveltése és elpusztultsága nélkül. *Kreysig*nek eme leletét ma is megerősíthetjük; ő nyilván ama felrakódásokat látta, melyek sokszor hártya módjára fedik az endocardium felületét. Nem hagyhatjuk azonban szó nélkül azon állítását, mely szerint az endocardiumon nem észlelt szövetdestruictiót.

Ma ugyanis már általában elfogadott dolog, hogy a felrakódások alatt csekély vagy mélyebb terjedelmű necrosis áll be, a mint ezt *Weigert*, *Fleischhauer* és *Eberth* vizsgálatai kiderítették. E szerzők szerint a bacteriumok maguk körül nem direct lobot, hanem necrobiosist létesítenek, a lob pedig csak később járul a folyamat-hoz mint reactio.

A billentyűk alapi része vastagabb lesz, ha a folyamat megindul. A billentyűn egy sárgás piszkos folt látható, mely *Virchow* szerint mindenféle „szemcsés részecskék“ből áll, s melyek nem egyebek, mint microorganismusok által alkotott tömegek. Az opák folt alatt a legtöbb helyen állományvesztés, melyet néha kicsiny,

máskor meglehetősen nagyságú, vöröses-szürke, lágy thrombusok megegyezően be, melyekről egyes darabkák igen könnyen leválaszthatók. A folyamat későbbi szakában a billentyű öblözetes fekélyeket (*Babes*), vagy pedig pustulaszerű képleteket tüntet fel, melyek csak a geny kiürülése után válnak daganatokká (*Ziegler*).

A fekélyek környékén udvar van, melyet genyes beszűródés képez és mely kifelé mindinkább kisebbedik. Néha azonban a necrotizáló folyamat teljesen elenyésző a sejtes infiltratio és ellágyuláshoz képest (*Koester*). *Orth* azt mondja, hogy rendszerint nincs genyedés jelen és olyant csak akkor látott, ha egy septikus embolus hatolt a diphtheritikusan megbetegedett billentyűk edényeibe.

A fekélyek olykor átfúrják a billentyűk egész vastagságát és átterjedhetnek az endocardium parietalera, melynek elfekélyesedése után a szív izomzata is belevonathatik a folyamatba. *Rosenbach* vizsgálati szerint az aortabillentyűk endocarditisénél a papillaris izmok lelapítása észlelhető, egy esetben pedig ezen izmokat majdnem egészen kötőszövétté fajulva látta, mely változást ő a vérhullám által okozott nyomási atrophiból magyaráz.

A billentyűk felülete különösen a foltos helyeken egyenmű rostos vagy reczézetes fibrinhártyával van fedve, mely *Babes* szerint karminnal erősen festődik. A recze hézagjait bacteriumokból álló tömegek töltik ki. Ez utóbbiak  $\frac{1}{2}$ —1 mm. vastag, a felülettel párhuzamos és közvetlenül alatta fekvő réteget képeznek (*Babes*), de a szövetben levő réseken át a billentyű mélyébe is hatolnak, még pedig vándorsejtek segítségével (*Klebs*). A *Babes* által fibrinnek vélt reczétet *Eberth* és *Schimmelbusch* vizsgálatai szerint összetapadt vérlémezeknek tekintendő. A reczétet kitöltő tömegek közt az egyes szakadékokban több-kevesebb leukocytá foglalt helyet. *Weichselbaum* ide vonatkozó vizsgálatainál azt találta, hogy a reczétet gerendái sohasem voltak teljesen elkülönítve az alattuk levő billentyűszövéttől, hanem egyes helyeken abba bizonyos mélységig követhetők voltak.

A felrakódások felületén több-kevesebb véralvadék, vagyis piros és fehér vérsejtek találhatók kevés fibrin mellett, alsó részük pedig nem friss esetekben épúgy, mint az endocarditis verrucosánál, teljesen vagy részben fiatal kötőszövetet mutat. E felrakódások különösen a gyors lefolyású endocarditiseknél nagyon lazán fekszenek a billentyűk felületén; mivel továbbá a billentyűk elfekélyesedése egyszersmind azok ellágyulásával is szokott járni, e körülményekből nagyon könnyen értelmezhetők az emboliák, melyek a legkülönbözőbb szervekben (főleg lép, vese, agy) szemünk elé kerülnek és igen fontos részét képezik az anatómiai elváltozásoknak.

*Endocarditis verrucosa*. *Kreysig* az endocarditis ezen alakját polypszzerű növedékei miatt „*carditis polyposa*“ névvel illette. E növedékek *Birch-Hirschfeld* szerint az endocardium sejtproliferatiója folytán jönnek létre, de velük ellentétben *Ziegler* azt állítja, hogy subendothelialis infiltratio által képezhetnek. Belsejük apró kereksejtekből áll. *Orth* *endocarditis granulosa productiva*-nak mondja ezen alakot; szerinte az egész folyamat granulatiós, s a granulatiós szövetbe véredények nőnek be. Mások, mint *Fraentzel O.* és *Liebermeister* *endocarditis simplex*nek nevezik a folyamatot enyhe lefolyása után.

Az endocardiumnak a növedékek alatti része kisebb-nagyobb állományvesztéseket szokott mutatni, sőt a lobos folyamat néha oly nagyfokú, hogy a billentyű-állomány ennek folytán egészen meglágyul (*Birch-Hirschfeld*). A növedékek felületes rétegét finom szemcsék, valószínűleg micrococcusok, alkotják, melyek mellett kis sejtek vannak hyalin-fibrinrostokkal (*Babes*).

*Ziegler* szerint a friss növedékek thrombusok és magnékküli szemcsés tömegekből állnak (vérlémezek), melyeket legtöbbször fibrinszalak fednek és ezekkel olykor át vannak szöve. Egy idő múlva az alattuk levő endocard sarjadzani kezd és a thrombusok is benőnek a sarjadzó szövetbe.

A növedékek alakja és nagysága igen különböző, az alak részben a nagyságtól is függvén. Sokszor olvashatunk különösen régiebb könyvekben kakastárszerű, condylomához hasonló, szeder alakot feltüntetve, máskor bibireses, szemölcsös képletekről, melyek carphiol-szerű küllemet mutatnak, mert a nagyobb növedékek felületén apróbbak, finomabbak foglalnak helyet.

A granulatiós szövet a folyamat későbbi szakában átváltozhatik durva kötőszövétté és különböző elváltozások mehetnek rajta végbe, mint zsugorodás, elmeszesedés stb. Ezenkívül a folyamat átterjed-

<sup>1</sup> Gazz. degli Ospitali 1882.



het a szomszéd billentyűkre és azok összenövését idézheti elő. Hasonlóképp összenőhetnek a papillaris izmok inas részei is egymással.

*Orth* megjegyzi, hogy e növedékek leszakadhatnak ugyan és így alkalmat szolgáltatnak embolusok képződésére, de hozzát teszi egyszersmind, hogy ez embolusok csupán mechanice hatnak, genyédést azonban, mint az az előbbi formánál történik, sohasem okoznak.

Míg a szerzők egy része e két alakon kívül megkülönböztet *endocarditis chronica*-t is, mások ilyent nem ismernek el. Ezen alaknak felelnek meg *Orth: endocarditis granulosa fibrosa*-ja és *Fraentzel O. endocarditis secundaria*-ja.

Az ezen szerzők által leírt anatómiája a chronikus alaknak megegyezik az endocarditis verrucosánál leírt későbbi elváltozásokkal. Minthogy ennél fogva specifikus characterről nem szólnak, mint-hogy továbbá tapasztalat szerint a chronikus alaknak kiindulási pontját mindig acut folyamat (ulc. v. verr.) képezi, nevezetesen pedig *Fränkel* és *Sänger* a chronikus folyamatokat a verrucosus alakok végső stadiumának tartják, nem véljük szükségesnek egy különálló chronikus formáról is szólni. Vannak ugyan, a kik azt állítják, hogy az endocarditisnek van lappangva fejlődő alakja is, de mivel elég gyakran az acut folyamatok (főleg verr.) kezdeti szaka is minden feltünő symptoma nélkül folyik le, valószínű, hogy az illető szerzők ezen eseteket tekintették idültnek.

\*\*\*

Az endocarditiseknek apró organismusok, bacteriumok az okozói. Ez, tekintve az ezen irányban megejtett vizsgálatok eredményeit, ma már nem szenvedhet kétséget. E mellett szól először is, hogy a microbák, egyes kivételes eseteket leszámítva, megtalálhatók az endocarditikus felrakódásokban, sőt a secundaer elváltozásoknak alávetett szervekben is. Továbbá bizonyítja ezt ama körülmény, hogy a felrakódások bacteriumaiból culturát készítve és abból állatok vérébe fecskendezve, a kísérletezők a legkifejezettebb endocarditiseket kapták, melyeknek kórtermékeiben a befecskendett bacteriumok ki voltak mutathatók, anatómiai és histologiai tekintetben pedig teljesen egyeztek az emberi endocarditissel. (*Weichselbaum*.)

Megegyezik felvételünkkel az is, hogy a primaer endocarditisek kivételével az esetek legnagyobb része fertőzési bántalmak kapcsán észlelhető. Mellette szól továbbá az is, hogy teljesen intact billentyűk is megtámadtának (*Orth*). Végre a lepraegnansabb tünetek, melyek e betegségeknek észlelhetők, nem volnának másképp megfejtendők, ha csak fertőző csirát nem tekintünk a bántalom okozójául.

Az endocarditikus folyamat alatt észlelhető különböző kórbonczani változások szerint osztályozva a betegséget, a szerzők véleményei eltérnek a kórokozót illetőleg. Az egyik tábor valamennyi endocarditist fertőzési eredetűnek jelent ki, míg az ellenfél különösen az enyhe lefolyású endocarditiseket meg akarja fosztani a nekik tulajdonított mycotikus természettől. Az ide vonatkozó nézetekkel alább bővebben lesz alkalmunk foglalkozni, s most áttérünk azon vizsgálatokra, melyek a bacteriumokat illetőleg positiv eredménnyel jártak.

*Weichselbaum* vizsgálatai 32 esetre terjedtek ki, melyek közül 8 esetben a bacteriologiai vizsgálat eredménytelen maradt. A többi esetekben a következő 7 microorganismus fajta volt található: a staphylococcus pyogenes aureus 2-szer, a streptococcus pyogenes 9-szer, a diplococcus pneumoniae 6-szor, a bacillus endocarditidis griseus 2-szer, a micrococcus endocarditidis rugatus és capsulatus 1-1-szer, s végre egy nem tenyészhető bacillus 2-szer. Két esetben pedig nem tudta a bacterium fajtát meghatározni. Mindezeket a bacteriumokat culturák útján is kimutatta, egy esetben azonban a diplococcus pneumoniae csak microscopice volt észlelhető. E microbákat a billentyű felrakódásokból tenyésztette, de az áttéti góczokban is, melyeket majdnem minden esetben megvizsgált, megtalálta ugyanazokat.

*Babes* és *Cornil* szintén többféle microorganismust találtak, nevezetesen 1. az orbáncz culturájához hasonló microorganismust; 2. a pneumonia fibrinosa bacteriumához hasonló, néha tokkal is ellátott diplococust; 3. bacillus tuberculosis és végül 4. gömbölyű vagy tojásdad, gyakran árpaszemhez hasonló halmazokat és zoogloecákat képező coccusokat. Minthogy pedig ki van mutatva, hogy az

orbánczot a streptococcus pyogenes okozza, ennél fogva valószínűnek tarthatjuk, hogy szerzők streptococust láttak.

*Stern* és *Hirschler* ugyancsak streptococcus pyogenest, staphylococcus pyogenes aureust és albust mutattak ki cultura útján. Az ezen culturákkal végzett állatkísérleteik pedig positiv eredménnyel jártak.

*Wysokowitsch* 12 esetben a felrakódásokból staphylococcus pyogenes aureust és streptococcus pyogenest mutatott ki tiszta tenyésztéssel és a culturákat a vérbe fecskendezve előzetes billentyűsértés mellett endocarditist idézett elő mokusoknál, de bőr alá fecskendezve negativ volt az eredmény. Ellenben sikertelenek maradtak kísérletei a micrococcus tetragenussal és a Friedländer-féle pneumonia bacillussal.

*Klebs* a sebfertőzés micrococcusairól és egy más, ezektől lényegesen különböző coccusfajtaról tesz említést, mely utóbbit ő „monas“-nak hív. E coccusok nagyobbak mint az előbbieket, kocsonyás anyagba ágyazvák, mely világos udvart képezett az egyes individuumok körül.

*Senger E.* a diplococcus pneumoniaehez hasonló coccusokat talált, de azokból culturát nem készített.

*Bramwell* 15 esetében mindig „coccus“-okat talált, melyek azonban tokot sohasem mutattak, dacára annak, hogy több eset pneumoniával volt kombinálva.

*Fränkel* és *Sänger* 13 esetben különböző bacteriumokat találtak: 7-szer staphylococcus pyogenes flavus, 3-szor staphylococcus pyogenes albust és 1-1 esetben staph. cereus albust (*Passet*), bacillus foetidus pyogenes *Passeti*-t, s staph. flavus non pyogenest.

*Flügge* szerint az általa vizsgált esetekben a coccusok láncszerű elrendeződést mutattak, de figyelmeztet arra, hogy staphylococcusok is adhatnak hasonló képet. Állatkísérleteinél egyik esetben számos streptococcus góczot talált a billentyűkön.

*Ribbert* staphylococcus pyogenes aureust talált. Kísérleteire még visszatérünk.

*Vinay* is talált staphylococcus pyogenes aureust.

*Kundrat*, valamint *Heller* tuberculosisban elhalt egyének szívének endocarditikus felrakódásain tuberculosis bacillusokat találtak.

*Netter* 7 esetben hosszúkás diplococcusokat talált szíves vagy színtelen tokkal. Culturákat, melyeknek fontosságát ő is elismeri, nem volt alkalma készíteni, de állatkísérletei positiv eredményt mutattak.

*Netter* és *Martha* még egy más kis bacillusnak is találták tiszta tenyészetét, de ennek kórokozó hatást nem tulajdoníthatunk, mert olyan egyrészt a normalis bélsecretumban is előfordul, másrészt mivel a vele megejtett állatkísérletek nem vezettek eredményre.

*Ziegler* és *Birch-Hirschfeld* cultiválás útján staphylococcus pyogenes aureust és streptococcus pyogenest kaptak.

*Lancereaux* az urogenitaltractusban fennálló genyédéssel combinált endocarditis 2 esetében staphylococcus pyogenes aureust látott.

*Prudden* 20 eset közül 7-ben nem talált bacteriumokat, a többi 13-ban pedig számos micrococust, melyek közül egy esetben a cultura staphylococcus pyogenes aureust mutatott.

Az említettekén kívül még számosan közöttük vizsgálati eredményeiket, de azok együttes felsorolása nagyon távol vezetne célunktól és különben is a felsorolt eredmények elég alapot szolgáltatnak következtetésekre. Meg kell azonban még emlékeznünk több szerzőről, a kik gonococcusokat találtak a felrakódásokon. Ilyen többek közt *Leyden*, *Wille* és *van del Welden*.

Kitűnik e leletekből, hogy az endocarditisek nem egy specifikus microorganismusnak köszönik létüket, már csak azért sem, mert egyes esetekben több fajta együtt találtatott, melyek mindegyike külön-külön is endocarditist hozott létre a velük megejtett állatkísérleteknél. Így *Weichselbaum* egy esetében a streptococcus pyogenes, diplococcus pneumoniae és a nem tenyészhető bacillus együtt volt jelen, *Stern* és *Hirschler* pedig a staphylococcus pyogenes aureust és albust találták ugyanazon billentyű felrakódásain. E tények mindenesetre complicálják a specifikus kórokozóra vonatkozó kérdést és megnehezítik az aetiologia tisztázását, a mihez még hozzájárul az a körülmény, hogy az egyes bacteriumfajták okozta kórfolyamat sem anatómic, sem pedig tünetek szempontjából nem enged lényeges megkülönböztető jeleket felismerni, továbbá, hogy a bántalom különböző heveny fertőző betegségekhez esatlakozik.



E fertőző betegségek tehát az alaphántalmak, az endocarditisek pedig úgy tekinthetők többnyire, mint az alaphántalomhoz járuló és azt complicáló secundaer megbetegedések. E betegségek közt első helyen kétségtelenül a polyarthriti rheumatica acuta áll, utána leggyakoribbnak a „pyaemia“ név alá foglalt összes megbetegedéseket kell tartanunk, ezek után következik a pneumonia, gyermekági láz és végre az acut infectious bajok, mint scarlatina, variola, erysipelas, typhus stb. Ez utóbbi és egyéb infectious betegségek azonban, melyek képesán endocarditis észleltetett, véleményünk szerint alárendelt jelentőségűek, mert az őket jellegző kórhatányokról, illetve azoknak a billentyűfelrakódásokon való jelenlétéről nincs biztos tudomásunk.

(Folytatása következik.)

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Biharmegyei orvosgyógyyszerészeti és természettudományi egyesület.

2. Edlmann Menyhért dr. a következő érdekesebb közléseket közli: (Folytatás.)

II. Phlegmone a hasfalban. Három éves leánygyermek czombján, a bőr alatti kötőszövetben, ismeretlen okból lobosodás lépett fel sérülés, sebzés vagy más trauma nélkül. A phlegmonosus, infiltrált rész később genyedésnek indult s a geny kiürítése után gyógyult. A phlegmone fennállása alatt a gyermek — állítólag — lázas, étvágytalan és nyugtalan volt. Ez állapot várakozás ellenére a leírt baj gyógyulása után is megmaradt. A gyermek lázas, étvágytalan és nyugtalan maradt felismerhető ok nélkül. Véletlenül a szülőknek tűnt fel, hogy a midőn a gyermek hasát érintik, az fájdalmat külső és sírni kezd. A hasat megvizsgálva, annak configurációja difformitást mutatott, felülete nem volt síma, gömbölyű, mert egy helyen puposan elődomborodott. Tapintásnál ferfitenyérnyínel is nagyobb terjedelemben a hasfal tömöttebb tapintatú, infiltrált és érzékeny. A köldök kissé elődomborodó. Tekintettel a rövid idő előtt a czomb szövetében lefolyt phlegmonera, a hasfal nagy terjedelmű, bár körülírt phlegmoneja volt kórismézhető. A hasra meleg pépes borogatások tétettek, mire az infiltrált rész abscedált. Egy napon váratlanul a geny a köldöknél, a hasfalnak legkevésbé ellenálló részénél áttört s ettől kezdve folyton ürült s néhány hét alatt teljes gyógyulás állt be.

A phlegmone oka határozottan nem volt kideríthető. Trauma vagy valamely bőrbaj, melyet phlegmone kísérhetne, ki volt zárható, bár atrophikus, tuberculotikus vagy scrophulotikus gyermeknél ily okok nélkül is abscedálás léphet fel a hasfal kötőszövetében. Bélbaj, perityphlitis, melynél a lob a hasfal kötőszövetére átterjedhet, szintén ki volt zárható. A legnagyobb valószínűséggel még valamely ismeretlen úton beható infectio vehető fel a phlegmone okául.

III. Ritka nagyságú léptumor. A beteg egy 9 éves fiú, kinél első tekintetre feltűnő a teriméjében lényegesen nagyobbodott has, lúdtollszár vastagságúra tágult visszerekkel, elsimult köldökkel. Megtapintva a hasat, azt feszesnek, keménynek érezzük s kopogtatva a kemény tapintatnak megfelelően tompulatot nyerünk. Figyelmesebb tapintásnál csaknem a teljes hasúrt kitöltve találjuk egy kemény tapintatú tumorról egész le a kis medenczéig s fenn egész 4—5 ujjnyira a köldök felett. A tumornak tömött, éles szélei is kitapinthatók, egy helyen a lépére valló bemetszés is. A lép rendes helyén léghangot nyerünk a léptompulat helyett, mert a rendkívül nagyobbodott lép súlyánál fogva vongálta szálágait, eltávolodott rendes helyéről, kitöltötte a hasúr legnagyobb részét, felszorítva a beleket s a diaphragmát.

Az anamnesisből megtudjuk, hogy a gyermeknél már hónapok előtt intermittáló lázak s léptumor — bár kisebb — lettek diagnosztizálva. Ma a gyermek elsorvadt, vértelen, sápadt, csaknem redős arcú, igen vékony végtagokkal s nagy pókhassal: az általános cachexia képét mutatja. Az anamnesis

malaria-cachexiára utalna, de az általános képet látva, lehetetlen peritonitis chronica tuberculosára nem gondolni, a melynél a beteget szintén ily cachectikus állapotban, sorvadtan, vértelenül látjuk. Intermittáló lázak, hasmenés ennél is vannak. A has külső formája is hasonló lehet, teriméjében nagyobbodott, tágult visszerekkel, elsimult köldökkel. Tapintásnál itt is kemény tumort találhatunk okozva a peritonitis exsudatumától, eltokolt exsudatumtól s adhaesióktól. Sőt a mit a lép éles szélének tartunk, lehet egy köteg, mely a beleket egymással vagy a peritoneummal kapcsolja össze. Megtörténhetik, hogy az exsudatum a belek egy részét feltolja, ezek a bordaívét szétnyomják s a lép helyén a léptompulat hiányozni fog. A jelen esetben azonban az anamnesis s a lefolyás útbaigazít, a midőn azt tudjuk, hogy hónapokkal előbb már volt léptumor, bár kisebb s még nem távozott annyira eredeti helyéről.

Az előadást követőleg elsőnek Schiff Ernő dr. szólal fel, s az első esethez fűz megjegyzéseket, kijelentvén, hogy semmi esetre sem fogadhatja el az előadó által kiemelt traumatikus kórszarmazást, még a Henoch tekintélyének túlsúlya alatt sem; ő a tuberculotikus keletkezést veszi fel, annyival is inkább, mivel a traumatikus hashártyalob kórképét, hacsak a hasfalban áthatolt sérülés nincs jelen, theoretice construaltnak tartja, a mellett jelen esetben otorrhoea ment előre, mely legtöbbnyire scrophulotikus természetű s ő maga részéről ma még scrophulosis és tuberculosis között különbséget nem hajlandó felvenni. A III-dik esetenél azt tartja, hogy az előadó által lehetőként kiemelt betokolt hashártyalobos izzadmány jelenlétét egy próba-punctióval könnyen ki lehetett volna deríteni; különben is feltűnt neki, hogy előadó a dagnak a légzési mozgásokat követő dislocatiójáról nem emlékezik meg.

Berkovits Miklós dr. szintén a III-dik esethez, melyet néhány hóval ezelőtt látott, szól s annak malarikus származását kétségtelennek tartja. Városunkban s általában megyénkben a váltóláz tájkórként egészen megszűnt, s innen van, hogy a váltóláznak csak ritkábban látjuk egyes példányait, ezek is olyanok, melyek sem annak valamely különösebb alakját nem mutatják, sem diagnostikus nehézséget nem okoznak. Megjegyzni, hogy az előre ment lázak egészen jellemző malarikus képet nyújtottak. A lép már akkor sem, midőn ő látta az esetet, s mikor a lép mellső széle a köldökön áthúzott, hosszirányban haladó vonalat túl nem haladta jobb felé, aláfelé a csipesont tányérjáig terjedvén, a légzési mozgásokat nem követhette.

Kornstein Lajos dr. a III-dik esetet határozottan malarikának tartja; az I. esetre nézve Schiff felfogását teszi magáévá, a phlegmonera vonatkozólag pedig megjegyzi, hogy az infectióra a czomb phlegmoneja adott okot.

3. Schiff Ernő dr. invaginatio esetét közli, mely röviden a következő: 6 hónapos fiúgyermek 1893. márczius 24-dikén azon panaszzal állították elé, hogy az előző éjjel, mi mellett előbb semmi rendellenességet nem árult el, hirtelen egy profus véres széket ürített, illetőleg tiszta vért foecaliák nélkül, a mi azóta folyton ismétlődik azon különbséggel, hogy most már a vér inkább nyákkal vegyült. A bemutatáskor ugyancsak ilyen székiürülés történt. A status praesens a collapsus általános tüneteit mutatja: az arcz és végtagok hűvösek, pulsus szapora, fonálszerű, igen könnyen elnyomható, hő subnormalis stb. Reggel óta nem szopik. Hányás nincs, tenesmus mérsékelt. Állítólag az utolsó széke a megbetegedés előtt 2 nappal volt s már az is vérrel volt elegyülve. A baloldali csiptájon egy felülről rézsút aláfelé húzódó körülbelül 10 cm. hosszú s gyermekkar vastagságú resistens, az ujjak alatt elmozdítható terimenagyobbodás érezhető. A kórisme invaginatioára tétetett. Konyhasó-injectio s oleum ricini adagoltattak, a collapsus némileg engedett, de a székiürítés továbbra is csak a régi jellegű maradt. Ugyanazon nap este makacs hányás állott be nagy fájdalmat eláruló nyugtalansággal, meteorismussal s erősödő tenesmussal. Másnap nagyobb mennyiségű konyhasó-beöntések kíséreltetek meg, de eredmény nélkül. A csecsemő a collapsus általános tünetei közt márczius 25-dikén éjjel meghalt.



## 1893. Májusi szakülés.

1. **Fráter Imre dr.** egy esetet mutat be, a hol a **Thiersch-féle transzplantációt** kísérte meg. A beteg felkarjának belfelületén nagy kiterjedésű phlegmone folyt le nagy bőrrészlet elhalásával. Nagy terjedelmű, fedetlen, sarjadzó felület maradt nyomában vissza. Hogy a nagy felület bebőrözdése gyorsíttassék, a czombról éles borotvával leválasztott három bőrlebensyt illesztett a felhámra fosztott felületre.

Mindhárom lebeny odatapadt s azokból kiindulólág a képződő felhám a sarjadzó felület szélei felé húzódik.

2. **Ugyanaz egy képlő (plasticai) műtétet** mutat be, melylyel trauma által keletkezett orrhíányt kívánt pótolni. Az orrból az egész porcós rész le lett harapva. A plastica két ülésben végeztetett az arczról kétfelől vett lebenyekkel.

3. **Ullmann Béla dr.** (K. Tarján) által bemutatott beteg mellbe lőtte magát. A golyó bemeneti nyílása a mellkas mellső felületén baloldalt a hónaljvonalban van. A golyó a jobb tüdő is áthatolva, a hátizmok közé ékelődött, honnan előadó által lett eltávolítva. Bár a négy napon át köpött piros, habzó vér a tüdősértést kétségtelenné teszi, beteg láztalanul gyógyult.

4. **Berkovits Miklós dr. bélkőképződés** igen érdekes esetét mutatja be. Az előadás egy tizenhét éves leányra vonatkozik, kinek baja már öt év előtt vette kezdetét, a midőn véletlenségből egy szilvamatot nyelt. A végbélnyílás körül látható heges elváltozás még korábbi időre vihető vissza, egy éves korára, a midőn valamely okból forró téglára ültették. A végbél és nemi rész tája ekkor nagy égést szenvedett, s az ekkor keletkezett, a végbélnyílást körülvevő heges gyűrű állandó székelési zavarok forrása lett.

Az öt év előtt lenyelt szilvamat a bélesatornán lejjebb hatolt a végbél ampullájáig, a hol az eltávolítás napján fedeztetett fel egy szétmorzsolts concrementum belsejében.

Két és fél év előtt székürítés alkalmával a beteg erős fájdalmat érzett, a mi a beteg anyját puhatólódásra indította, s ekkor a végbélbe hatolva, egy hajttüvel körülbelül galambtojásnyi bélkővet fedezett fel s azt a hajttüvel meg is kopogtatta. Azóta mintegy három hét előtti időig semmi zavar nem lépett fel. Ekkor igen erős fájdalmak jelentkeztek. Megvizsgálva a beteget, a végbélnyílás állandóan nyitott, szabálytalan heges gyűrűt képezett, működésre képtelen záróizmokkal. Ezen belül a vizsgáló egy kemény tárgyra bukkant, mely közelebbi vizsgálatnál tyuktojásnyi bélkőnek bizonyult. A kő a heges, keskeny végbélnyíláson át egyszerű fogókkal nem távolíthatott el, még a végbél körüli heges gyűrűbe eszközölt bemetszések után sem. A kő egy húgykőmorzsolóval való szétzúratás után távolíthatott csak el.

Az előadó által bemutatott kődarabok kívül jegeczes felrakódást, belül rétegződést mutattak s a kőből kihullott szilvamat — mely körül a kő rétegei képződtek — helyét.

## IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

Prof. Dr. Behring: *Die Geschichte der Diphtherie.* Leipzig, Georg Thieme 1893.

A fertőző betegségek elleni immunizálás és ennek gyógyezelokra való felhasználása az utóbbi időben már kezdi átlépni a laboratoriumi munkásság korlátait s kezd tért hódítani a gyakorlatban. *Behring* évek óta folytatott fáradhatatlan munkálkodásának nagy része van az elért eredményekben, sőt az általa teremtett „vérsavó-gyógymódal“ úttörője lett a therapia ezen új irányának. Az előttünk fekvő munka egy részében szerző a nyilvánosság elé terjeszti a diphtheritis-immunizálás és gyógyításánál követett eljárásait és elért eredményeit, melyekben utolsó munkájának „*Die Blutserumtherapie*“<sup>1</sup>-nak megjelenése óta ismét nagy lépéssel haladt előre. A munka előszavában *Behring* rövid statistikáját nyújtja a gyermekek halálzási százalékának, s feltünteti, hogy mily nagy rész jut ebből a diphtheritisre; de szerző azt hiszi, hogy most nagyobb jogosultsággal mint valaha

<sup>1</sup> Lásd az „Orvosi Hetilap“ 1893. 20. számát.

mondhatja ki azt, hogy „a diphtheritis kikerülhető betegség“. Bár ezt már a *toursi Bretonneau*, századunk első felének kitünő diphtheriologia is sejtette, sőt ki is fejezte, de nem rendelkezett oly pozitív adatokkal, mint a milyenek birtokában szerző van. *Bretonneau* egyénisége, mint egy üstökös az égbolton, végig vonul *Behring* egész munkáján; több mint ötven helyen hivatkozik nevére, számtalan idézetet merít 1826-ban megjelent munkájából, s az ő nevével kezdi meg a diphtheritis történetének megírását is. A nyílt levél, melyet *Bretonneau* 1855-ben *Blache* és *P. Guersant*-hoz intézett, s melynek egy részét *Behring* műve kezdetén közli, teljesen meggyőz bennünket *Bretonneau* genialitásáról. Pontosan leírja a diphtheritis terjedési módját, melynek főfeltétele a közvetlen érintkezés, s nagy éles látással megállapítja hogy az *Angina diphtheritica* és a *Larynx-croup* aetiologiailag egy és ugyanaz a megbetegedés. *Behring* könyvének második fejezete *Bretonneau*-nak 1826-ban megjelent munkájának tartalmát tárgyalja, mert nézete szerint most majdnem 70 év után sem vagyunk képesek a diphtheritis neve alatt összefoglalt kórképről exactabb leírást nyújtani. Közbeszúrja saját megjegyzéseit, melyek különösen a *Bretonneau* kora előtti és az azt követő időszakban felmerült, s a diphtheritis epidemikus terjedését magyarázni akaró gyakran tisztán a légből kapott teoriákra vonatkoznak. Teljesen jogosulatlanul tartja, hogy *Gerhardt* 1883-ban a wiesbadeni belgyógyászati congressuson a croupot és angina malignát ismét elválasztja egymástól, számba sem véve *Bretonneau* munkásságának eredményét, valamint helyteleníti azt is, hogy az 1818-ban először *Bourbon-Vendée*-ben megfigyelt ú. n. „gangrène scorbutique“-et kiragadja a diphtheritis néve alatt összefoglalt betegségek csoportjából, ellenben a scarlat után fellépő „nekrotizáló torokgyulladást“ (*Henoch*) a diphtheritishez számítja, holott magának *Löffler*-nek legújabb aetiologikus kutatásai e betegségeket egymástól szorosan szétválasztják. *Bretonneau* már több mint félszázaddal ezelőtt, részint diphtheritis járványok lefolyásának megfigyeléséből, részint speculativ úton oly eredményekhez jutott, minőket ma exact állatimmunizáló kísérletek útján értünk el.

Feltűnő a diphtheritis irodalmában, hogy míg az epidemiológiával inkább a francziák, addig az aetiologikus kutatásokkal a németek foglalkoztak legnagyobb eredménnyel. Amazok között *Bretonneau*, ezek között *Löffler*-é az első hely; a két buvár működési kora közé azonban egy félszázad esik. *Löffler* legtekintélyesebb előde a diphtheritis tanulmányozása terén *Oertel*, ki bár az aetiologit, a kórokozó mikroorganizmust illetőleg tévúton haladt, mégis arra nézve, hogy a diphtheritis fertőző, állatról állatra átvihető betegség, igen értékes kísérleti sorozatokat nyújtott. Böven foglalkozik *Behring* a mikroorganizmusok által termelt toxinok chemiai tulajdonságával. A diphtheritis bacillusa is tudvalevőleg egy ilyen toxin termelése által válik kórokozóvá. Az orvosi chemia mai állása szerint ezen mérgeanyagokat fehérjeneműeknek, toxalbuminoknak (*Brieger* és *Fränkel*) tartják. Hogy csakugyan fehérjék-e, az mindaddig nem lesz eldönthető, míg maga a fehérje chemiailag pontosan meghatározva nincsen. *Löffler* a diphtheritis mérget enzyminak nevezi, mert hasonló tulajdonságokkal bír, mint a *Jequirity* magvának mérge, melyet *Salomonsen* és *Dircking-Christmas-Holmfeld* enzyminak neveztek.

Szerző ezután áttér a diphtheritis terapiájának történetére, s itt is *Bretonneau* álláspontját ecseteli. E szerző hatékonynak találta a higanyt, s specifiumnak tartotta a sósavat, általában a chlorvegyeket, mely utóbbiakkal diphtheritikus állatok helybelileg kezelve csakugyan gyógyíthatók, mint azt újabban *Boer* kísérletei is bizonyítják. *Bretonneau* nevével hozza kapcsolatba *Behring* a tracheotomiának szélesebb körben való elterjedését is. Ezzel befejezi szerző a diphtheritis történetére vonatkozó adatok felsorolását, s áttér munkájának legfontosabb részére: saját immunizáló kísérleteivel és vérsavó-gyógymódjával mostig elért eredményeinek ismertetésére. Kísérleteinek főeredményét a következő három tétel fejezi ki (141. lap):

1. Egészséges egyén szövetnedve egy más egyénbe átolva, ebben nem képes betegséget létrehozni.

2. Beteg egyén szövetnedve egy másik egyénbe oltva ennek hasonló megbetegedését okozza, még akkor is, ha élő kórokozó csirok jelenléte ki van zárva.

3. Meggyógyult egyén szövetnedve, különösen vére azon tulajdonsággal bír, hogy más egyénbe átvive, ama bizonyos infectio



ellen immunizálni, sőt az előrehaladt betegségből kigyógyítani képes.

Kimerítően tárgyalja Behring azon módszereket, melyekkel kísérleteit végezte, felsorolja azon körülményeket, melyek a siker feltételeit képezik, s a melyek elhanyagolása tétlenül vezet a vizsgálatot. Főtörvénye az, hogy minél előbb nyerhessen olyan gyógyysavót, melylyel az emberi diphtheritist legalább az esetek legnagyobb számában gyógyítani lehessen, s ezzel kapcsolatban kifejti azon körülményeket, melyek az immunizálásnak nagyobb elterjedését, a vérsavó-gyógymódnak a praxisba való átvitelét lehetővé fogják tenni. Mindezeknek kivonatolt ismertetése csak hézagos képét nyújthatná Behring intetiőinak, azért erre ki sem terjeszkedünk, de felhívjuk a szakkörök figyelmét ezen érdemes munkára.

Beck S.

## II. Lapszemle.

### Gyógyszer-tan.

**Exalgin-mérgezés** egy esetét közli *Gillepsie*. A 23 éves férfi fogfájás megszüntetésére délután 2 órakor 30 centigramm exalgint vett be; minthogy javulás nem állott elő, még aznap délután kétszer megismételte ezen adagot és este 11 órakor is bevett még ugyanannyit. 9 óra alatt tehát összesen 12 gramm exalgint fogyasztott el. Nemsokára az utolsó adag bevétele után hirtelen elvesztette öntudatát, de csak rövid időre; a pupillák tágak, a tarkóizmok erősen összehúzódtak. Beteg erős fejfájásról panaszkodik és ismételten jelentkeztek általános convulsiók. Érlökés és légzés alig mutattak változást. Bor és opium alkalmazására csakhamar visszatért a rendes állapot. A mérgezés egész tartama alatt általános bőrérzékenység volt jelen. (Bulletin général de thérapeutique, 1892. 42. sz.)

A **digitalinum verum**-ról tesz közzé előleges közleményt *Pfaff*. Szerző szerint a digitalinum verum állandó összetételű egységes anyag, a mi a digitalin elnevezés alatt eddig forgalomban volt anyagokról nem volt mondható. A digitalinum verum úgy a szívre, mint a vesére éppen olyan hatást gyakorol, mint a digitalis-levelek, a melyek fölött az az előnye van, hogy pontosan adagolható. Cumulativ hatást nem tapasztalt. Az adag nagyságát illetőleg biztos adatokkal még nem szolgálhat; egy esetben 24 óra alatt 48 milligramm használtatott el, egy másik esetben pedig hosszabb időn keresztül vett be a beteg naponként átlag 11 milligrammot, összesen 40 centigrammnál többet, a nélkül, hogy mérgezési jelek észleltettek volna. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, XXII. 1892.)

### Belgyógyászat.

**Az albuminuria és a Bright-kór** című, mult számunkban megjelent lapszemle vége tévedésből elmaradván, azt a következőkben pótoljuk. 4. Fontos a latens Bright-kór megállapítására a húgy toxicitásának a vizsgálata (Bouchard). A kiküszöbölésre szánt toxikus termékeket nem vivő húgy rosszat sejtet, a vesék functionális erőtlenségét mutatja. 5. A vesebajosnál a tápláló anyagok resorptiója gyenge lábon áll és a bélésecretio több N-t foglal magában, e miatt a N, illetve a húgyanyag kevesebb a vizeletben. Nemsak kisebb mennyiségű a húgy útján kiválasztott N, hanem valóságos retentiója a N-nek a szövetekben és szervekben jó létre. 6. A N később jelenik meg az öt tartalmazó anyagok evése után a vizeletben, mint normalis körülmények között. Néhány óra helyett 1—3 napot is vehet igénybe a húgyban való feltűnése. A tejkúra nem bírja a fehérjevétel csökkentését előidézni. A minő általánosan elterjedt, oly rosszul értelmezik, kivéve egy sajátságát, hogy cukortartalmánál fogva diuretikum. (Gazette méd. de Paris. 1893. 29. juill.)

Kathy dr.

A **primaer gégeorbáncz** ismeretéhez járul egy közlésével *Herzfeld* (Berlin). A 25 éves nőbeteg egynehány nappal a vizsgálat előtt volt már torokfájás s addigi kezelője szerint angina lacunaris képét mutatta. Ez a kórkép utóbb eltűnt, a lélekzés és nyelés nehézségei ellenben fokozódtak. Az egyén ekkor már súlyos betegnek imponált, hőm. 39,8, pulsus 125, folyadék nyelése is a legnagyobb fájdalommal jár, a hang gyenge, de nem rekedt (következtetés: a hangszalagok szabadok!). A garat inspectiója teljesen

normális nyálkahártyát mutat, a bal tonsillán van csak egy kis fehér pont, a gége vizsgálata azonban a baj nyitjára vezet. A gégefedő és a kannaporczok, valamint az aryepiglottikus redők nyálkahártyája erősen oedemás, duzzadt, piros, a betekintés a gége üregébe lehetetlen. Két nap mulva jég alkalmazására a duzzanat valamicskét enged, de a regio praelaryngea fájdalmas, az állalatti mirigyek beszűrődtek. Az epiglottis ovalis felszínén superficialis fekély. Harmadik nap beteg láztalan, a lélekzés, nyelés könnyebb; 11 nap mulva gyógyulás, a gégefedő fekélye helyén heg. Ha az oedema laryngis az anginától eredt volna, akkor a garat nyálkahártyájának is részt kellett volna venni a folyamatban, továbbá a mandolákon székelő bántalom már csaknem lefolyt, mikor még mindig jelentékeny láz volt jelen, egyszerű oedema laryngis nem jár ily nagyfokú fájdalommal nyomásra és végül a secundaer gégevízenyő okai közül egy sem forgott fenn. Az esetet tehát elsődleges erysipelas laryngis körjelzéssel kellett ellátni és azok közé sorozni, a melyek természetét eléggé megvilágítja, hogy az esetleges tracheotomia bőrsébén gyakran jelenik meg utánuk a bőr orbáncza is. (Virch. Arch. B 133. H. 1.)

K-y dr.

### Gyermekgyógyászat.

**Leánygyermek vulvo-vaginitisénél** bacteriologiai vizsgálatokat végzett *Berggrün* és ezek alapján arra a következtetésre jut, hogy a leggyakoribb ok a gonorrhoeikus infectio. 31 eset közül 11-ben volt képes a Neisser-féle gonococust mikroskoppal kimutatni és a Winkler-, valamint Wertheim-féle módszerrel tisztán is tenyészteni. Genyes vulvitist csak 7 esetben talált; az ok nagyon sokszor trauma; a genyesztő bacteriumok (staphylococcus és streptococcus) nagy mennyiségben voltak kimutathatók. Catarrhalis vulvitis 10 esetben nagy számú különböző sarjadzó- és hasadó gomba találtatott a hüvelynyakban, valami jellegző, specifikus fertőző esira azonban nem volt kimutatható. A baj nagyon gyakori kórházakban, iskolákban és nevelő intézetekben és nagyon nehezen írható ki. (Archiv für Kinderheilkunde, 1893. XV. kötet, 321. lap.)

**Gyermekkori malaria** eseteiben nagyon gyakori *Clemente Terreira* (Rio Janeiro) szerint az albuminuria, a mely nem csupán a lázrohamok alatt jelentkezik — mennyiséget illetőleg gyakran együtt emelkedve vagy esökkenve a lázzal —, hanem néha kifejezett malaria-nephritisek is fordulnak elő oedemákkal stb. Ezen alakok néha a malaria latens szakában is fennállanak és chinin által megszüntethetők. (Revue mens des maladies de l'enfance, 1893. Mars.)

### Apróbb jegyzetek az orvogyakorlatra.

1. **Szív-bajosok oedemás alsó végtagjait**, mikor a végső periódusban a digitalis már hatástalan, az alsó végtagok szinte elefantiasisos külsőt mutatnak, *Huchard* óta drainezni szokás. Ekkor a digitalis is jobban tehet még valamit a beteg előnyére. Gréquy újabban ez eljárást nem tapasztalván eléggé célravezetőnek, más módot választ. Az előzőleg 5%-os cocain-oldattal lecsökkentett érzékenységi bőrön több helyütt punctiót végez fehér izzó thermo-cauterrel. Az eredmény nem haemostasis, hanem a vérerek valószínű átmetése és vérzés. Körülbelül 500 gm. vért nyert ilyenformán szerző és másnap a beteg jelentékeny könnyebbéget érzett. (Bullet. Gén. de Thér. 8 juill. 1893.)

K-y dr.

2. **Tiszta cathartinsavat** állított elő *Gensz Dragendorff* laboratoriumában senna-levelekből, sárgásbarna, hideg vízben kevésbé, meleg vízben könnyebben oldódó, gyengén savanyú kémhatású por alakjában. A Dehio, Stadelmann és Krüger által e szerrel embereken végzett kísérletek szerint az acidum catharticum 5—15 centigrammos adagban kintinó hashajtó, a mennyiben erőlyesen, biztosan és aránylag gyorsan (5—7 óra mulva) hat, kolikát nem okoz, nem kellemetlen ízű. Gyermeknek 5 centigrammos, felnőtteknek 10—15 centigrammos adagban rendelendő. (Wiener mediz. Presse, 1893. 35 sz.)

3. **Terhesek csillapíthatlan hányása** ellen *Randolph* a következő orvosságot rendeli: Rp. Kreosoti guttas 20; Acidi acetici guttas 40; Morphii sulfur. 0,12; Aquae destill. 60,0. 1/2 óránként 2—3 kávéskanálnyit. (Le mérecredi médical, 1893. 33. sz.)

4. **Lágy fekély gyógyítására** *Gamel* 10 rész kristályos karbolsav és 25 rész kámfor elegyének alkalmazását ajánlja. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893. 34. sz.)



## TÁR C Z A.

## III. congressus a gümőkór tanulmányozására.

(Folytatás.)

Landouzy és Martin a következő kívánságukat fejezik ki: Tekintve, hogy a gümőkórral fertőzés főokát a kiszáradt és poralakúvá lett köpet képezi: az összes iskolákban köpödények állítassanak fel elegendő számmal, hogy a gyermekek ne legyenek kénytelenek a földre köpni.

A gümőkórosak eltemetésére vonatkozólag Petit és Salomon abból kiindulva, hogy Lortet vizsgálatai szerint a giliszták a föld felszínére hozzátják a gümőkórosak tetemeiben levő gümöbaccilusokat, azon kívánságot nyilvánítták, hogy a gümőkórosak hullái az eltemetés előtt fertőtleníttessenek. Ezzel kapcsolatban szóba került a halottégetés is, melyet Verneuil is nagyon alkalmasnak tart ugyan a fertőzés veszélyét magukban rejtő hullák ártalmatlanná tételére. A halottégetés azonban nagyon drága módszer és nem is állíthatna és tarthatna fenn minden község halottégető kemenczét. Verneuil tehát azt ajánlja, hogy a hullákat mészbe tegyék, mint a mely erős antisepticum és 6—8 hét alatt a hullák mumificatióját idézi elő, minek következtében a közönség elöitételével sem kellene küzdeni, mint a halottégetésnél. Különös előnye volna azonban ezen eljárásnak még az, hogy nagyon olcsó: hulláknént 1—2 frank.

A penis gümőkórjának két esetét ismertette Poncet, melyekben a kóros elváltozás a periurethralis szivacsos szövet nagy részét elfoglalta. Utalt a bántalom ritka voltára és az ilyen esetekben szükségessé váló műtéti eljárásokat is szóba hozva, röviden leírta a saját módszerét, melyet „urétrostomie perinéale“ elnevezés alatt az utolsó francia sebész congressuson is ismertetett. A műtét lényege a következő: minthogy a kóros helyek egyszerű eltávolítása mellett a húgycső is tetemes hosszúságban tönkre menne, a minek gyógyíthatlan strictura volna a következménye: a perineumon művi nyílást készít és azután a kóros részeket elpusztítja, lehetőleg conserválva a penist.

A prostatitis tuberculosa-ról szólva Desnos mindenekelőtt fel- említi, hogy a prostatitis blennorrhagica-nak van egy alakja, mely- nél a mirigy rendes nagyságú vagy kissé atrophikus és több meg- keményedett helyet tartalmaz kicsiny hosszúságú, a mirigy egy vagy mindkét szélén elhelyezett göbök alakjában; e baj tehát könnyen összeeserélhető gümőkórral; a vesiculák megbetegedésének hiánya, a göbök lateralis elhelyeződése és a nyomásra fájdalomtalan- ság azonban megkülönböztetik az utóbb említett bántalomtól. A mi a prostatitis tuberculosa kezelését illeti, különbség teendő tekintet- ben, vajjon önként keletkezett-e vagy pedig blennorrhoea után. Ez utóbbi eset fenforgása esetén meg kell szüntetni a húgycsőben a genyes folyamatot, mely kedvező talaját képezi a gümőkóros megbetegedésnek; a helyi kezelésre ilyenkor használni szokott szerek közül az argentum nitricum kerülendő, mert könnyen necro- sist idéz elő; a sublimat azonban akár becsipegetés, akár kiöblít- és alakjában jól használható. A spontán keletkezett prostatitis tuberculosa-nál szabály gyanánt állítható fel, hogy minden intra- urethralis kezelés mellőzendő és csupán általános orvoslás veendő igénybe. Egyébként megkísérhetőnek véli a Lannelongue által kezdeményezett úgynevezett sclerogen módszert (zinkchlorür befecskendezése) is, a mirigybe fecskendezést legezélszerűben a perineum felmetszése útján végezhetni.

A herék gümőkórjánál Ozenne több esetben látott jó ered- ményt a zinkchlorür befecskendezésétől. Hasonlóan nyilatkozik Desnos is; minthogy azonban a 10%-os oldat nagyon erős, néha tűrhetet- len fájdalmakat okoz, újabban csak 5%-osat használ; felemlíti továbbá, hogy két esetben a befecskendezés után tályog képződött.

Aubeau olyan egyéneknek, kik gyanusak voltak gümőkórra, helybeli megbetegedés azonban még nem volt található: a vérben és az ondóban úgy bacteriologiai vizsgálat, mint állatra átoltás útján gümöbaccilusokat volt képes kimutatni.

A tüdőgümőkór korai felismeréséről Arthaud tartott előadást. Nagyon sokszor találkozunk betegekkel, a kiknél a láz, étvágy- talanság, nehézlégzés stb. alapján tüdőgümőkórra gyanakszunk, physikalís vizsgálat módszereinkkel azonban semmi kóros elválto- zást nem vagyunk képesek kimutatni a tüdőben. Az ilyen esetek-

ben előadó szerint erősen nyitott szájjal mélyen és lassan légez- tetjük a beteget, a mikor is tüdőgümőkór jelenlétének esetén a vesicularis légzés eltűnik, míg egészségeseknél ugyanilyen viszonyok között a vesicularis légzés erősböve hallható.

Ugyancsak Arthaud a tüdőgümőkór prognosizáról is szólt. A prognosiz felállításánál főleg a denutritiót, továbbá a tüdőbeli kóros folyamat kiterjedését kell tekintetbe venni. Az elsőt illetőleg a súly- fogyás szolgálhat mértékül. Felnőtt egyén normalis súlyát annyi kilogrammnak kell felvenni, a hány centiméterrel magasabb az illető egy méternél; így például egy meter és 70 centimeter magas ember normalis testsúlya 70 kilo. Ezt véve alapul, szerző azt tapasztalta, hogy az olyan tüdőgümőkóros, a ki normalis súlyának egy harmadát elvesztette, közel áll halálához, egy negyedrészt súly- vesztés pedig már nagy veszedelmet jelent. A tüdőbeli kóros folyamat kiterjedésének megítélésénél a kopogtatás és a hallga- tódzáson kívül még az érlökések száma is szolgálhat útmutatón, a mennyiben vizsgálatai szerint az érlökések száma arányos a beteg- ség kiterjedésével; ha az egyik egész tüdő átjárhatatlan: az ér- lökések száma percenkint 120; ha  $\frac{3}{4}$  része: 110; ha fele: 100; ha  $\frac{1}{4}$ -e: 90. Ha egy beteg súlyának  $\frac{1}{3}$ -át elvesztette és a tüdő- beli kóros folyamat oly kiterjedt, hogy egy egész tüdőnek megfelelő rész átjárhatatlan: az illető nem gyógyulhat meg.

Gümőkóros cavernák bacteriumait tették vizsgálat tárgyává Morau és Lannois. A gümöbaccilusok közül a gyakoriság szerint fel- sorolva, a következő mikrobákkal találkoztak: streptococcus pyogenes, staphylococcus pyogenes, pneumococcus, Friedländer-féle diplobacillus, bacillus pyocyaneus, micrococcus tetragenus, egy szerfelett kacsú, a gelatinát folyosító és megzöldítő bacillus, proteusok, sárga és fekete aspergillus, sarcinák, leptothrix, oidium albicans, rózsaszínű élesztő, citromsárga telepeket képező, a gelatinát folyosító vékony bacillus és egy ritka hálózatból álló, helyenként ovoid duzzadások- kal bíró, szürkés fehér telepeket képező, erős büzt árasztó mikroba. Leírják továbbá az ezen bacteriumokkal végzett állatkísérleteket is.

Babes négy esetet ír le, melyek alapján arra a következtetésre jut, hogy még a lappangó, progressióra hajlamot nem mutató gümö- kór is szolgálhat a fertőzés kapuja gyanánt a typhust, genyes entero- hepatitis és septicaemia haemorrhagicát okozó bacteriumok számára. (Vége következik.) Székely Ágoston dr.

## Heti szemle.

Budapest, 1893. szeptember 21-dikén.

A cholera állása. Hazánkban a vidéken a cholera-nak mult számunkban említett csökkenése örvendetes módon e héten is foly- tatódott, a mint azt az alábbi számok mutatják:

IX/14—15.	14 helység	21 betegedés	14 haláleset
IX/15—16.	18 "	18 "	8 "
IX/16—17.	13 "	" "	" "
IX/17—18.	7 "	6 "	4 "
IX/18—19.	22 "	26 "	19 "
IX/19—20.	9 "	7 "	9 "
IX/20—21.	10 "	14 "	6 "

Szeptember 14-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú megbetegedések (zárjelben halálesetek) fordultak elő: Békés- megye, 1 helység, 2; Máramaros-megye, 3 helység, 6 (4); Jász-Nagy- Kún-Szolnokmegye, 1 helység, (2); Szolnok-Dobokamegye, 1 helység, 1 (1); Ungmegye, 1 helység, (1); Bács-Bodrogmegye, 3 helység, 8 (4); Beregmegye, 3 helység, 2 (2); Pestmegye, 1 helység, 2.

Szeptember 15-dikének déli 12 órájától másnap délig az esetek száma következő volt: Békésmegye 2 helység, 1 (1); Jász-Nagy-Kún- Szolnokmegye, 2 helység, 2; Máramarosmegye, 2 helység, 5 (1); Szatmár- megye, 3 helység, 3 (2); Szabolcsmegye, 1 helység, 1 (1); Beregmegye, 1 helység, (1); Kolozsmegye, 1 helység, 1; Torontálmegye, 3 helység, 2 (2); Zemplénmegye, 1 helység, (1); Bács-Bodrogmegye, 1 helység, 1; Fehérmegye, 1 helység, 1.

Szeptember 16-dikének déli 12 órájától másnap délig összesen 13 helységben fordultak elő cholera-esetek.

Szeptember 17-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Bács-Bodrogmegye, 2 helység, 1 (1); Csongrád- megye, 1 helység, 2; Békésmegye, 1 helység, (1); Kolozsmegye, 2 hely- ség, 2 (2); Pestmegye, 1 helység, 1.

Szeptember 18-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő megbetegedésekről érkeztek tudósítások: Bács-Bodrogmegye, 6 helység, 5 (3); Csongrád-megye, 3 helység, 1 (3); Kolozsmegye, 1 helység, 2 (1); Máramarosmegye, 3 helység, 4 (3); Szabolcsmegye, 1 helység, (1); Sáros-



megye, 1 helység, (1); Szatmármegye, 6 helység, 1 (6); Torontálmegye, 1 helység, 3 (1).

Szeptember 19-dikének déli 12 órájától másnap délig következő számú eseteket jelentettek be: Máramarosmegye, 5 helység, 6 (5); Beregmegye, 1 helység, (1); Bihar megye, 1 helység, (1); Pestmegye, 2 helység, 1 (1); Szabolcsmegye, 1 helység, (2).

Szeptember 20-dikának déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Alsó-Fehérmegye, 1 helység, 2; Bács-Bodrogmegye, 4 helység, 6 (5); Kolozsmegye, 1 helység, 1; Pestmegye, 1 helység, (2); Pozsonymegye, 1 helység, 1 (1); Torda-Aranyosmegye, 1 helység, 1; Szatmármegye, 1 helység, 1.

Budapesten hosszabb szünet után e hó 15-dikén ismét történt egy megbetegedés a pestvidéki törvényszék fogházában és azóta naponként előfordulnak újabb megbetegedések, így szeptember 16-dikán 1 eset (király-utca); szeptember 17-dikén 2 eset (mindkettő a kecskeméti-utcában); szeptember 18-dikán 2 eset (Kneziech-utca és állatkert); szeptember 19-dikén 2 eset (dob-utca és óvoda-utca); szeptember 20-dikán 3 eset (kender-utca, szív-utca és Lónyay-utca); szeptember 21-dikén 4 eset (Bulcsu-utca, gyár-utca, nádor-utca és szigony-utca).

A megbetegedések közül eddig 4 halálosan végződött.

Szeptember 1-sejétől 14-dikéig összesen 741 megbetegedés és 468 haláleset, vagyis maponta mintegy 53 megbetegedés és 33,5 halálos fordult elő. A számszerinti fluctuatio successiv csökkenést tüntet fel: IX/1. 115 (61); IX/2. 97 (66); IX/3. 94 (47); IX/4. 91 (60); IX/5. 55 (29); IX/6. 60 (41); IX/7. 36 (29); IX/8. 55 (33); IX/9. 32 (15); IX/10. 30 (29); IX/11. 19 (13); IX/12. 15 (11); IX/13. 30 (17); IX/14. 12 (17).

A külföldi choléráról szóló hírek röviden a következőkben foglalhatók össze: Oroszországban a járvány múlt heti tudósításunk óta alig mutat változást. Szent-Pétervárott szeptember első hetében 59 (21) eset fordult elő, Moszkvában pedig augusztus 31-dikétől szeptember 3-dikáig 82 (38). Augusztus 27-dikétől szeptember 2-dikáig a következő kormányzóságokban a megbetegedések száma a következő volt: Vladimir 385 (148); Volhynia 228 (72); Voronesh 431 (186); Grodno 247 (70); Kiew 789 (297); Minsk 329 (102); Mohileff 642 (224), Nisni-Novgorodban augusztus 13-dikától szeptember 9-dikéig 1465 ember betegedett meg cholérában és 728 halt el, Podoliában pedig augusztus 20-dikától szeptember 2-dikáig 1722 (653) volt az esetek száma. Krimióban állítólag szintén nagy mértékben dühög a járvány. Németországban a császári egészségügyi hivatalnak szeptember 1-étől 9-dikéig 17 cholera-esetet jelentettek be, melyek közül Berlinre 5, a Rajna mellékére 11, Hamburgra pedig 1 esik. Ez utóbbi városban e hó 15-dikétől 18-dikáig 9 megbetegedés és 5 haláleset történt; szeptember 19-dikén 6 (1), szeptember 20-dikán 10 (2), szeptember 21-dikén pedig 12 (3) eset fordult elő. A szomszédos Altonában e hó 20-dikán szintén történt 2 megbetegedés. Olaszországban az állapot nagyjából változatlan. Nápolyban szeptember 4-dikéig összesen 424 megbetegedés és 360 haláleset fordult elő; Palermóból és Cassinóból még mindig nagyobb számú megbetegedésekről érkeznek hírek; hasonlóképpen Pettoranóban is több eset fordult elő, úgyszintén Rómában is. Németalföldön némi csökkenést mutat a járvány. Franciaországból újabb tudósítások nem érkeztek. Angolországban a legtöbb eset eddig Hullban, Grimsbyben és Cleethorpes-ben történt; ezeken kívül szórványos esetek előfordultak Londonban, Bradfordban, Rotherhamban, Leedsben, Duncasterben, Retfordban, West Hartlepoolban, Bostonban, Gainsboroughban, Leicesterben, Herefordban, Middletonban és Ashbourneban. Konstantinápolyban a naponkénti megbetegedések száma 20 és 30 között ingadozik. New-Yorkban szeptember 2-dikán 5 eset fordult elő, melyek közül egy halálosan végződött. Galiciában még mindig változatlan az állapot. Bécsben e hó 20-dikán megint történt egy gyanús megbetegedés.

\*\*\*

Kivonat a hivatalos „Egészségügyi Értesítő“-ből. 1893. 6. sz.

I. Körendeletek:

1. Bmkr. 76,125/93. sz. Szerbia határán a cholera-mentesség igazolandó.
2. Bmkr. 76,510/93. sz. A máriacelli bucsú betiltatik a cholera miatt.
3. Bmkr. 79,706. sz. A bolgár beviteli tilalom tárgyai közöltnek.
4. Bmkr. 77,606/93. sz. Közöltetik, hogy a román kormány a cholera miatt a Romániába való utazást korlátozza.
5. Bmkr. 79,707/93. sz. Sziléziában tilos a bucsújárás.
6. Bmkr. 77,146/93. sz. Betiltatik a bucsújárás az összes alsó-ausztriai helyeken.

7. Bmkr. 63,003/93. sz. A trachomás betegek szállítására nézve elrendeltek, hogy ha azok a folyó évi 6414. sz. rendelet értelmében külön kocsiszakaszban szállítandók, erről az illető hatóság a vonat induló állomását legalább 12 órával a vonat indulása előtt értesítse; gyorsvonatokon a trachomás betegek nem szállíthatók.

8. Bmkr. 70,935/93. sz. A bielizti „Kaiser Franz Josef Spital“ ápolásdíjai tárgyában; a napi ápolásdíjak az I. osztályban 3 frt 50 krral, a II. osztályban 90 krral, a III. osztályban 50 krral állapították meg.

9. Bmkr. 77,609/93. sz. A staravicsi bucsújárás betiltatik.

II. Rendeletek:

10. Bmkr. 80,833/93. sz. A cholera-járvány alatt szerzett tapasztalatok és észleletek bejelentése tárgyában. Közöljük.

11. Bmkr. 49,392/93. sz. Utasítatik Ada község, hogy a járványbizottság által az orvosoknak ígért jutalomdíj a község által kiutalványozandó.

12. Bmkr. 57,264/93. sz. A pályaorvosi és körorvosi állás összehárthatatlan. Közöljük.

13. Bmkr. 77,773/93. sz. A sertésragya szállítása cholérától fertőzött vidéken tilos.

14. Bmkr. 73,499/93. sz. Az országos vásárok betiltása tárgyában.

15. Bmkr. 73,376/93. sz. A járványkórházak számára beszerzendő szükségletek tárgyában. Közöljük.

16. Bmkr. 52,405/93. sz. Hubert Albertnek fogházás gyakorolhatása iránt benyújtott kérvénye visszautasított, mert a kért engedély a hivatkozott svájci fogorvosi oklevél alapján nem adható meg, mivel a magyar orvosi oklevél Svájcban orvosi gyakorlatra nem jogosít s így kölcsönöség esete nem áll fenn.

17. Bmkr. 68,134. sz. Kustár Gyula dr.-nak a deési járásorvos helyettesítésével történt megbízatása alkalmával kimondatik, hogy a helyettesítésnél a minősítésre nézve ugyanazon szabályok tartandók meg mint a végleges kinevezésnél, s így ez esetben az orvosdoktori oklevélén kívül még két évi orvosi gyakorlat is volna követelendő, melytől csak a mostani rendkívüli egészségi viszonyokra figyelemmel tekint el a minister.

18. Bmkr. 70,593. sz. Békés várm. közönsége a járásorvosi állások mellőzését határozta el. A minister e határozatot feloldotta, mintán az 1876. XIV. t.-cz. 155. §-a a járásorvosi állások rendszeresítését elrendelte és felszólítja a megyét, hogy ezek rendszeresítése iránt legközelebbi gyűlésén határozzon, és az a fedezet megjelölése mellett felterjesztessék.

\*\*\*

Budapest fő- és székvaros közegészségi állapota az 1893. évi I. felében. A fő- és székvaros közegészségi állapota, viszonyítva az elmúlt év megfelelő feléhez, általában nézve kedvező volt, mert úgy a betegedési, mint a halálozási esetek száma javulást tüntet fel, még akkor is, ha tekintetbe vesszük az elmúlt év szeptember hó utolsó napjaiban fellépett cholera-járványt, mely ezen év első két hónapjában is benyúlt, s csak február hó 8-dikán fordult elő az utolsó, még biztosan megállapított cholera megbetegedési eset. A születési esetek is tekintélyes összeggel (mintegy 500 esettel) szaporodtak. A fő- és székvaros összes nyilvános- és magánkórházaiban az elmúlt félévben összesen 38,736 fekvő és 41,996 járó beteg gyógykezeltetett. A kerületi orvosok által összesen 13,628 részint járó, nagyobb részt fekvő beteg gyógykezeltetett. Különösen figyelemre méltó betegedések a következő arányban fordultak elő: gyomor-bélhurut 1954, tüdővész 615, váltóláz 363, bujakkór 336. A fertőző betegségek aránya a következő adatokból tűnik ki: himlő 25, állhímélő 42, bárányhímélő 365, hagymáz 159, vörheny 579, ronsoló toroklob 835, torokgyík 160, kanyaró 2726, hőkhurut 401, trachoma 391. Ezen adatok szerint tehát a heveny ragályos megbetegedési esetek közül a súlyosabb természetűek lényeges apadást mutatnak; így a hagymáz, főleg a vörheny és diphtheritis. A kanyaró ugyan tekintélyes számmal fordult elő még mindig, mindazonáltal az apadás el nem vitatható, hozzájárul még azon körülmény, hogy enyhe lefolyású volt. A himlő csekély emelkedést mutat; a hőkhurut esetek száma ezen félévben szokatlan nagy volt. Élve született a félév folyamán 9925, meghalt pedig 7125 egység; a születési esetek tehát 2800-zal mutták felül a halálozásikat. A gyermekhalandóság mintegy 31%-kát képezte az általános halálozásnak. A különösen figyelemre méltó halál-okok a következő arányban fordultak elő: hagymáz 33, himlő 5, vörheny 53, kanyaró 98, ronsoló toroklob 276, torokgyík 67, hőkhurut 24, vérhas 4, tüdővész, tüdőgümő 1225, tüdőlob 941, bélhurut 422, veleszületett gyengesség 307, görsők 363, gyermekaszály 108, aggkór 287, gutaütés 166, elmebajok 120, véletlen esemény általi halál 113, gyermekágyi láz 13, öngyilkosság 83, cholera 26. Az elmebetegek közül a lipótmezei országos rébolydában ápolottatott havonként átlag 823; az angyalföldi elmebeteg-ápolóban 305; az irlalmasoknál 183; a fő- és székvarosi megfigyelő osztályon 116; a Dr. Schwartz-éle ideggyógyintézetben 125. Öngyilkosság 83 esetben fordult elő; ezek között volt lövés 35, akasztás 21, mérgezés 19, egyéb mód 8. A Dunából 24 hulla fogatott ki. Erbmarás 19 esetben fordult elő, veszett eb nem volt, macskaharapás 3. Orvosrendőri boncolás végeztetett 289, orvostörvényszéki 108. Lelenez és dajkaságban adott árva gyermek a félév végén volt a fővárosban 778. Ezeken kívül az első gyermekmenhelyben ugyancsak a félév végén volt összesen 384 gyermek, ezek közül a hatóság által elhelyeztetett 239 gyermek. A jótékony intézetek közül a „József“ fiárvaházban a félév végén volt 106 gyermek, az egész félévben 19 megbetegedés fordult elő köztük. Az „Erzsébet“ árvaleányháza a félév végén volt 106, a félév folyamán beteg volt 7. A „Mayer“-féle árvaházban a félév végén volt 75 gyermek, köztük ezen félév alatt beteg volt 18. A „Klotild“ szeretetházban a félév végén 59 gyermek volt, köztük 17 betegedés fordult



elő. A fővárosi „Erzsébet” szegényházban havonként átlag 990 egyén volt elhelyezve, elme- és eskóros átlag 135. A betegedési havi átlag 387-et tesz ki. A közegészségügyi közigazgatás menetében akadály nem fordult elő. A személyzet január hóban 5, február hóban pedig ismét 2 ellenőrző orvossal szaporított. Ezen félév folyamán oklevélét bemutatva szabályszerű kihirdetés végett 61 orvos, 33 szülésznő és 10 állatorvos. A tiszti főorvosi hivatalba érkezett 27,416 hivatalos ügydarab, ezek közül elintéztetett 27,373, vagyis összesen csak 43 hátralék maradt a félév végén a hivatalban. A köztisztaság kielégítő volt, bár a nagymérvű építkezések által előidézett por sok helyen nagy hátránya volt a köztisztaságnak, eltekintve azonban a külteleki közvetlen részekről, a köztisztasági viszonyok haladást mutatnak. Az ivóvíz ezen félév utolsó hónapjaiban a IX. és X. ker. külső részeiben zavaros, ihatatlan volt; április hóban a VII. kerület külső részein, főleg az emeleteken vízhiány tapasztaltott. A természetesen szűrt víz kifogástalan; közutak jó minőségű vizet szolgáltatottak. Látélet és orvosi bizonyítvány a ker. orvosok által kiállított 3114, s általuk elintéztetett 15,678 hivatalos ügydarab. A ker. orvosok által beoltott 2277, ezeken kívül újraoltott 1855 egyén. A rendőrorvosok által nyilvántartott kéjnök létszáma a félév végén 1088; ezek közül bordélyos 481, magán 483. A fő- és székvárosi ideiglenes központi fertőtlenítő intézetben a lefolyt félév alatt a következő fertőtlenítések végeztek: fertőtlenítés történt az intézetben kívül 1257 esetben, magában az intézetben 124 esetben. Vegyszerekkel fertőtlenített összesen 165,684, gőzzel pedig 59,370 tárgy. Az állategészségügy a félévben nem volt kedvező, a mennyiben a fő- és székváros egyes kerületeiben, habár nem is járványosul, de szörványosan úgy a ragályos tüdőlob, mint a takonykór esetei mutatkoztak. Ragályos betegségek a következő arányban fordultak elő: takonykóros ló 14, lépfene ló 1, lépfene tehén 1, ezek valamenyen a gypmesteri telepen szabályszerűen megsemmisítettek.

### Vegyesek.

Budapest, 1893. szeptember 21-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. szeptember 3-tól szeptember 9-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 385 gyermek, elhalt 222 személy, a születések tehát 163 esettel múltak felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 1916 beteg, szaporodás 615, csökkenés 664, maradt e hét végén ápolás alatt 1867. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1893. szeptember 10-től szeptember 16-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 14, bárányhimlőben 6, vörhenyben 29 (meghalt 1), kanyaróban 29 (meghalt 3), ronsoló toroklobban 23 (meghalt 8), torokgyíkban 6 (meghalt 2), trachomában 16, hökhurutban 23 (meghalt 1), orbáncban 5, gyermekági láz 1 (meghalt 1).

— Angolország 33 legnagyobb városában 10.188,449 lakó közül az 1892. évben 209,985 haláleset fordult elő, az újszülöttek száma pedig 324,190 volt; a mortalitás tehát 1000 emberre 20,7, a nativitás pedig 31,9. Fertőző betegségekben meghalt 1000 ember közül 264; 1000 újszülöttre 164 haláleset jut egy éven aluli gyermekeknél.

— Gáger Károly dr., a gasteini fürdőből e hó végén *Arcoha* teszi át lakását és ott folytatja fürdőorvosi működését.

— Egyetemes orvosdoktori felavatások 1893. szeptember 16-dikán. Antal János, Győr (Györm.), f. a. Hőgyes tanár; Tordai Torday Ferencz, Budapest (Pestm.), f. a. Ajtai tanár; Orocsán Ede, Nagy-Bittse (Trenosésm.), f. a. Kélli tanár; Neumann Salamon, Zenta (Bácsm.), f. a. Bókai tanár; Markovics Vilmos, Miskolc (Borsodm.), f. a. Laujenauer tanár; Longauer Lajos, Bezdán (Bácsm.), f. a. Réczey tanár; Barta Gusztáv, Budapest (Pestm.), f. a. Korányi tanár.

— Orvosi kinevezések. A m. kir. belügyminister ifj. Siklósy Gyula dr. budapesti gyakorló orvost a fő- és székvárosi m. kir. államrendőrséghez fizetés nélküli rendőrorvossá nevezte ki, továbbá Purjesz Zsigmond dr. egyetemi ny. r. tanárt ministeri biztosi minőségben Kolozsvárra, Dumitreanu Agoston dr. rendőrorvost ugyanoly minőségben Máramaros vármegyébe, Téri Ödön dr. közegészségi felügyelőt Szolnok-Doboka vármegyéből Bács-Bodrog és Torontál vármegyébe, továbbá járványorvosok gyanánt kiküldettek: Goldberger Jenő dr. Sósmezőre, Roth Mihály dr. Jász-N.-K.-Sz. vmegyébe, Goldberger Miksa dr. Jász-N.-K.-Sz. vmegyébe, Wallon Gyula dr. Szatmár város, Markus Mór dr. és Dénes Mihály dr. Jász-N.-K.-Sz. vmegyébe, Fischl Manó dr. Máramaros vmegyébe, Somogyi Sándor dr. Jász-N.-K.-Sz. vmegyébe, Bukovszky Endre dr. Máramaros vmegyébe, Schwarz Samu dr. Bereg vmegyébe, Vajda Vilmos dr. Heves vmegyébe, Antal Illés dr. Szabolcs vmegyébe, Wilhelm József dr. és Dóbray Béla dr. Jász-N.-K.-Sz. vmegyébe, Mezei Izso dr. Petrovoszelora, Pirót András dr. Bács vmegyébe, Butyka Dezső dr. Kolozs vmegyébe, Leederer Ede dr. Bács vmegyébe, Godán Ferencz dr. Tiszastilyre, Révai Manó dr. T.-Versenyre, Steinhart Samu dr. Kis-Körére, Mautsch Mór dr. Albertfalva, Glass Rezső dr. Sz.-Margitára, Goldsticker Béla dr. Jász-N.-K.-Sz. vmegyébe, Schaffer Samu dr. Csunogra, Darányi Árpád dr. Tiszaluczra, a megjelölt helyeken való orvoshiány pótlására s az elrendelt óvintézkedések ellenőrzésére; s megengedte továbbá, hogy a helyszínen közvetlenül alkalmazott: Kassa dr. Heves vármegyében, Kerekes István dr. Csapon hason szolgálatot tehesse.

— A belügyministerium bacteriologiai intézete augusztus 1-étől szeptember 10-dikéig 59 esetben vizsgált cholera gyanuja miatt beküldött béltartalmat, melyek közül 13 esetben mutatta ki a cholera-bacillust.

○ A tiszti orvosi vizsgálat október 1-én már életbe fog lépni.

## „Szt. Lukács-fürdő” részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg ásványvízzel, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság.

### Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és üllői-úti kórházban 1893. szeptember 14-től egész szeptember 20-ig ápolott betegekről.

1893.	Felvett			Elbocsátott			Megtelt			Maradt			Az ápoltak közül			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban			
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		beteg	szülendő	heveny fertőző	az üllői-úti kórházban
Szept. 14	47	33	80	36	25	61	4	8	12	903	836	1739	931	40	32	736
" 15	43	35	78	30	31	61	2	1	3	914	839	1753	954	41	36	722
" 16	36	37	73	77	41	118	2	2	4	871	833	1704	937	35	35	697
" 17	41	32	73	41	30	71	1	4	5	870	831	1701	946	33	38	684
" 18	63	50	113	51	30	81	5	1	6	877	850	1727	977	35	38	677
" 19	50	35	85	25	33	58	3	3	6	889	849	1738	969	35	43	691
" 20	41	34	75	28	30	68	3	2	5	899	851	1750	985	38	41	686

## Dr. Dollinger Gyula TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

37

## Dr. Grünwald sanatoriuma

nők számára.

Budapest, VII. ker., városligeti fasor 15. sz.

(A király-utcai villamos vasút mentén.)

Minden komforttal ellátott magángyógyintézet. Két teljesen aseptikus műtőterem, sterilizáló-, műszer-, altató- és vizsgáló szobák, fürdők, Thurtfield-féle gözdesinfector, tágas folyosók, társalgó-terem stb.; kitűnő ventiláció; árnyas park. Gyógykezelés bármely professor vagy szakorvos által. Állandó orvosi felügyelet. Kitűnő ellátás. Telefon. Kivánatra prospectus. 8

## WESZELY ISTVÁN orvos-sebészi mű- és kötszerek

Budapest, IV., muzeum-körút 37. sz.

Gummiárú-üzlet: IV., váczi-utca 22. szám.

☛ Telefon-összeköttetés! ☛

Ezennel van szerencsém jelenteni, hogy a váczi-utca 22. számú üzlethelyiségemből az orvos-sebészi mű- és kötszereket áttettem a muzeum-körút 37. szám alá, hol nagyszabású, a mai igényeknek teljesen megfelelő, kizárólagos orvos-sebészi mű- és kötszer-üzletet létesítettem.

Hogy a mai kor minden igényeinek megfelelhessenek, elváltam „Reiner H.” (Bécs, Van Swieten-Gasse) gyároscéggel képviselőt a magyar korona országai részére.

A legjobb munkásokat alkalmaztam, különös gondot fordítva a javítás és köszörművekre és hiszem, hogy rövid idő múlán sikerülni fog a tanár és orvos urak bizalmát kiérdemelnem. Végül van szerencsém ezen újonnan berendezett üzletem megtekintésére felkérni.

Kiváló tisztelettel  
WESZELY ISTVÁN.