

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A magaslati égélj hatása Basedow-kórnál.

Stiller Bertalan tanárnak a balneologiai congressuson tartott előadása.

Valamely betegség sikeres gyógykezelése első sorban attól függ, hogy a fennforgó boncz- és élettani zavar lényegét ismerjük. Első sorban, mondom, de korántsem kizárólag. Mert akárhány bántalom létezik, melynek kórtana világos, de gyógyszere ismeretlen. Másrészt az orvostan története mutatja, hogy az empiria, sőt a véletlen hatásos szereit találta oly bajoknak, melyeknek kórlényegét homály fedte.

A Basedow-kórnak, annyira szembeeszkő jelenségei daczára, valódi forrása még nagyon vitás; nem ismerjük a gyökeret, melyből sarktünetei kiágaznak. Mig sokan functionális idegbajnak tartják, különösen a sympathikus területén, mások ezen functionális zavart a nyultagyba helyezik, míg mások szöveti változásokat vesznek fel a nyultagyban, újabban oly vélemény merült felszínre, hogy a golyva az egész kórságnak a forrása, arra támaszkodván, hogy a paizsmirigy vértisztító szerv, melynek kiirtása általános testi és lelki senyvet, atrophijája myxoedemát, túltengése Basedow-kórt szül.

Ezen különböző kórtani felfogások a változó gyógy módokban tükröződnek vissza. Foganatba vétettek a nervinák és roborantiák egész sorozata, a különféle szívszerek, a villamoság minden módozatai, a vasas fürdők, a vízkúra, a massage, a klimatikus kúrák, s végre legújabbán a golyvának, mint állítólagos kórgócnak kiirtása.

Már most a gyógytan terén csalhatatlan tapasztalat az, hogy valamely betegség kezelésének sikertelensége egyenes arányban áll az ellene alkalmazásban levő szerek számával. S csakugyan biztos vagy csak megközelítőleg hatásos szerünk a Basedow-kór ellen nincsen. A golyvakiirtásnak nagy garral hirdett alapos sikerei sem állnak helyt a józan bírálatnak, mely kiderítette, hogy az illető gyógyult esetek nem is Basedow-kórt, hanem egyszerű golyvákat képviseltek; a kísérő nyomás szülte tünetek csak színlelték a Basedow-kórt.

Hat év előtt közöltem a wiesbadeni congressuson 2 esetet, melyek a magaslati levegőnek fényes, sőt egyenesen meglepő hatását tanúsították. A kezelés ezen módjára eredetileg azon felfogásom vezetett, hogy a Basedow functionális idegbaj; ezeknél pedig a magas levegőt már régóta becsülni tanultam. Utóbb azonban félig-meddig a kedvező esetlegnek tulajdonítottam a döntő sikert.

Ezen esetek méltó feltűnést keltettek. A siker az adott viszonyok közt oly rendkívüli volt, hogy gyanakodóvá tett olyannyira, miszerint az első esetet teljes 8 évig hallgatással mellőztem, míg egy másodikra tehettem szert, mely az elsőnek sikerét a kivételesség és esetlegesség ködéből kibontván, a post hoc gyanuját határozottan a propter hoc ténye által eloszlatta.

Legyen szabad ezen eseteket csak néhány vonásban feltüntetni; az első nőbeteg 1872 óta szenvedett Basedow-kórban. Középmagasságú hegyi vidékekre szoktam volt küldeni, a hol gyengébb vízkúrákat is használt, de eredmény nélkül. 1874-ben elküldtem az izgatott beteget a csöndes Preblaura, 1000 meter-

nyi helyre, a hol ugyanazon nyáron én is megfordulván, örömmre tapasztaltam, hogy rendszeren 120 pulsusa 70—72-re esökkent, a golyva és exophthalmus javulása mellett. Következő nyáron szintén ott volt ép oly kielégítő eredménnyel. A tél és a családi kör azonban mindig megsemmisítik a javulást. A következő nyarakat a preblauri rossz ellátás miatt újra alacsonyabb tájakon töltötte, s ott határozottan rosszabbul érezte magát.

1879 telén már régen tágult szíve annyira elgyengült, hogy pangási tünetek léptek fel. Eleinte sikerült lektüzdeni, de tavasz felé az oedema már a törzsig haladt. Felküldtem a Svábhegyre, de ott csak fokozódott a baj, nemsokára a has- és mellüregek, valamint szívburok vízkórja fejlődött nagyfokú albuminuriával. A megfelelő cardialis és húghajtó kezelés teljesen eserbbe hagyott. A calomel és diuretikum akkor még nem ismerték; melyek által, mint egy újabb kórházi betegem mutatja, ily stadiumban is nagy javulásokat lehet elérni. Az állapot kétségbeejtő lett. A betegnek ép oly gyengéd mint erélyes férje nyilvánított reménytelenségünkbe sehogy sem tudott bélenyugodni, s bámulatos kitérésül ősztokélt, hogy valami mentő tette határozzam magamat. Erre emlékezvén Preblaur hatására, de minden remény és bizalom nélkül, azt javasoltam, hogy vigye el nejét a legközelebbi magaslati helyre, Tátrafüredre, de saját felelősségére, ha az úton meghalna. A tántoríthatlan ember a Svábhegyről nagy kísérettel s még nagyobb bajjal elvitte betegét a Kárpátokba. Ott Jármay tagtárs javaslatomra minden gyógyszert mellőzött. S ime a beteg 2 hó mulva vízkór és Basedow nélkül jött haza. Azóta részint a Tátrában, részint Tyrolban tölti nyarait, szívtágulata megvan, de mai napig sem Basedow-, sem vízkór nem mutatkozott.

Képzhetni, mily várva vártam egy új alkalmas esetet, bizonyítandó, hogy a csodással határos eredmény nem ámitó esetleg volt. Láttam ugyan elég esetet, de vagy kórházi betegeket, kiknek úti pénzük nem volt, vagy könnyebb eseteket, melyeknek javulása nem nagy ritkaság.

Vége 1886-ban került elélem az óhajtott eset minden megkívánt kellekekkel. Ismét nőbeteg, kit évek óta ismertem. Nagy fokban neurasthenica, a ki azonban vasakarata által idegeinek mindig ura maradt. Télen-nyáron órákig sétált, évente maga Helgolandba ment. Nevezett év elején egyszerre Basedow-kórba esett, s már néhány hét mulva nemesak a szívnagyobbodás volt nyilvánvaló, hanem csakhamar vízkór is fejlődött. Hogy mihamarább szabadba jusson, kellő orvosi felügyelet mellett, kívánatára elküldtem egy Graz melletti sanatoriumba, azon utasítással, hogy a nyár elején onnét azonnal menjen Toblachba. Azonban ott tartották szeptember végeig, a midőn rendkívüli szívtágulattal, kiterjedt oedemával, mell- és hasvízkórral került haza. Némi csekély javulás után a szívszerek eserbbe hagytak. A bal szív tágulata által a bicuspidalis relativ elégtelensége állott be, csakhamar hozzá a tricuspidalis insufficienciája is, mint a jobb szív szertelen tágulatának következménye.

Ezen állapotban küldtem el Új-Tátrafüredre, hogy ott töltsen a telet. Kérdésére, hogy ott mit tegyen, azt mondtam, hogy minél több szabad levegőt szívjon. Ezt szokott erélyével meg is tette. Egész nap bundákba burkolva szabadban feküdt,

később órákon át szánkázott. Szontagh collega jól fog reá emlékezni. 1887 áprilisban tért vissza oly viruló állapotban, mint még soha sem volt; s azóta mérsékelt szívnagyobbodása mellett mai napig egészen jól érzi magát. A nyarakat többnyire Tyrolban tölti 1300—1500 meter magasságban, s ott ép úgy mint itthon órákra terjedő sétákra képes.

Nem lehet szándékom ezen eredménynek elméleti magyarázatát adni, nem is adhatom. Majdnem valamennyi bűvár, a ki a ritkított levegő hatását tanulmányozta, abban, az egy *Waldenburg* kivételével, nem talál erősítő befolyást a szívre nézve. Azonban a magaslati levegő hatása bizonyára sokkal bonyolódottabb, mintsem hogy azt a ritkított levegő befolyásával egyszerűen azonosítani lehetne. Így pl. újabban bizonyított, hogy a magas levegőben a piros vértestecsek igen gyorsan megszorodnak. Szóval nem vagyunk még azon helyzetben, hogy az ily gyógytani eredményt élettani alapjára visszavezethetnők.

Ámbár csupán ezen két esetre szorítkozott a magaslati égalj ezen sikere, s a mellett egyenes ellentétben állott azon általánosan elfogadott elvvel, mely szerint incompenzált szív-bajokat nem szabad magas levegőbe küldeni, mégis az eredmények oly elvitázhatlanok voltak, hogy közleményem nagy visszhangra talált. Mannheim is csak az imént megjelent monographiájában azt mondja, hogy javaslatom óta az alpesi levegő különös hírnévnek örvend, s a mellett enyhén ironizálja Tátrafüred prospectusát, mely gyógyhelyének specifikus hatását hirdeti Basedow ellen. De noha külföldön ezen gyógy-módot nagyban felkarolták, mégis sajnálattal tapasztaltam, hogy kimerítő és bizonyító kórtörténetek nem lettek közölve. Pedig csak ezek által lehetne a tárgyat véglegesen tisztába hozni.

Saját tapasztalatom első közleményem óta megerősített bizalmamban a hegyi levegő iránt. Egy betegem teljesen meggyógyult; háromban, melyet alaposan s néhányban, melyet csak futólag észleltem, a lényeges javulást nem nélkülöztem. De ezek mind egyszerűbb, nem régen fennálló esetek voltak. Vízkóros Basedow-beteg azóta nem került elém, kinek tehetsége lett volna a hegyekbe küldetni. De összes észleleteimből csaknem azon paradox eredményt kell levonnom, hogy az alpesi levegő alaposabban hat az incompenzált Basedow-kórra, mint a betegség korábbi szakára. Hiszen már első betegem vízkórja előtt kétszer volt magas helyen, a hol megjavult ugyan, de nem gyógyult; míg épen a vízkórnak majdnem terminalis szakában gyógyult meg véglegesen a magas levegő által. Azért már első közleményemben félénken rántaltam, hogy talán nem csak a Basedow vízkórja gyógyulhat így, hanem eddigi orthodox nézeteink dacára talán egyéb incompenzált szív-bajokkal is — kivéve csak az arteriosclerotikus eseteket — érdemes volna a kísérletet megtenni.

Én ugyan eredetileg csak azon alapon küldtem betegeimet a hegyekre, mivel a Basedow ideges forrására vártam hatást, s csak ez által közvetve pangási következményeire is. De végre nehezen érthetem, hogy a hegyi levegő csakis a Basedow-kór eredetű szívelgyengülésre hatna, mely ideges alapon fejlődött ugyan, de végeredményében önálló szív-bajjá vált, és nem egyéb incompenzált szív-betegségekre is. Különben magára a Basedow-kórra nézve sem vagyok oly elfogult, hogy a hegyi levegőt minden esetben megbízható specifikus gyógyhatásának tartanám. De elég az, hogy valamennyi szereink közt a legértékesebbnek tartom. Még igen csekély az anyag annak eldöntésére, vajjon a hegyi levegő, feltéve, hogy hosszabb ideig hat, és legalább 1000 méternyi magasságú: 1. a még compenzált Basedow-kórt átlag meggyógyítja-e; 2. mennyiben válik be ezentúl is az incompenzált betegségben; 3. mennyiben értékesíthető egyéb incompenzált szív-bajokban is.

Jelen felszólalásom célja a mellett, hogy híressé vált két esetem további sorsáról beszámoljak, különösen az, a kartársakat arra buzdítani, hogy ezen nagy horderejű kérdések tisztázására pontos észlelések és közlemények által közreműködni sziveskedjenek.

A syphilis gyógykezeléséről.

Marschalkó Tamás dr., lipiki fürdőorvostól.¹

Mélyen tisztelt orvosegyesület!

A thema, melylyel foglalkozni akarok, és melyhez az adatokat részben egy — *Neisser* tnr. kórodájáról az „*Archiv für Dermatologie und Syphilis*“ egyik legközelebbi számában megjelenendő — a tertiaer syphilisről szóló munkámból veszem, első pillanatra talán nagyon elesépeltnek látszik, ha azonban közelebről vizsgáljuk a dolgot, látjuk, hogy a legnagyobb aktualis fontossággal bír.

Hisz maga a syphilis egyike a leggyakoribb és társadalmi szempontból is legfontosabb és legveszélyesebb betegségeknek, és azt hiszem nem tévedek, ha azt e tekintetben mindjárt a gümőkór mellé helyezem, s így a kérdés, hogy miképen kell azt helyesen és észszerűen gyógyítani, annál fontosabb, mert míg egyrészt egy betegség sincs, a hol annyit lehet célszerűtlen vagy plane rossz kezeléssel ártani, addig másrészt dacára az óriási irodalom, és az utóbbi időben a congressusok által megkönnyített szóbeli értekezés és diskussiónak, ama nagy problema, hogy miképen kell hát a syphilist nem csak kezelni, de még gyógyítani is, még ma sincs teljesen megoldva.

Nem szabad azonban azt hinni, tisztelt orvosegyesület, hogy miután a syphilist a régiek higanynyal kezelték s mi is azzal kezeljük, a syphilis therapiája ezért évtizedek, sőt ennél is hosszabb idő óta nem mutat fel haladást. Igaz, hogy dacára a számtalan kísérletezésnek, sőt a bacteriologia nyújtotta legújabb felfedezéseknek is, a melyek a fertőző betegségek kezelését egy új mederbe terelni vannak hivatva, csak megerősödöttünk azon meggyőződésünkben, hogy az egyedüli szer, a melylyel mai nap a syphilis ellen rendelkezünk, a higany, és hogy valószínűleg még hosszú ideig az is fog maradni, és az a pár ellentétes hang, a mely a szakemberek részéről a higanykezelés ellen itt-ott még felemelkedik, már számba se jöhet: azonban az utolsó évtizedek alatt az egész higanykezelés nagy átalakuláson ment keresztül; különösen pedig ismereteink tökéletesedése a higany hatásáról, és tapasztalataink, egy új, modern syphilis-therapiát alkottak meg, melylyel mai előadásomban óhajtok részletesebben foglalkozni. Megjegyzem azonban, hogy semmiképen sem lehet céltom s nem is férne egy előadás keretébe a syphilis gyógykezelésének részletes tárgyalásába bővebben belebocsátkozni, csak egy pár fontosabb kérdést fogok e tekintetben röviden érinteni, főczéлом nem lehet más, mint kifejtetni és megjelölni azon általános irányelveket, a melyek minket a syphilis gyógyításánál kell hogy vezéreljenek, és azok helyességét lehetőleg be is bizonyítani.

Maga a syphilis, tisztelt orvosegyesület, főképp két irányban veszedelmes. Az egyik a syphilisnek azon tulajdonságához van kötve, hogy az egy fertőző betegség, és azonkívül öröklékeny is. A fertőzés többnyire tünetekhez van kötve, azonban, mint ez ma már ki van mutatva, hosszabb érintkezésnél, különösen házastársaknál tünetek nélkül is, lappangó syphilisnél is előfordulhat, hisz ma már tudjuk, hogy a syphilis korai időszakában a vér, nyirk és ondó is ragályoz, s így ebben nem találhatunk semmi rendkívülit; a fertőző képesség évekig tarthat, és nagy jelentősége van; az öröklékenységről pedig ma már biztosan tudjuk, hogy egyáltalában nincs tünetekhez kötve. Bár tagadni nem lehet, hogy különösen társadalmi szempontból, ezen két körülmény is a legnagyobb fontossággal bír, de a syphilisnek legnagyobb veszélyeit még sem ezek képezik. Mert a fertőzés és átöröklés veszélye csak a syphilis korai időszakában acut, és habár ritkább kivételék előfordulnak, a hol különösen az átöröklési képesség 5—6, sőt 8—10 év mulva az infectio után is fennáll, mégis, különösen higanykezelésre, úgy a fertőző mint az átöröklési képesség legtöbbnyire már az első 3 egészen 4 évben az infectio után megszűnik.

¹ Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület február hó 17-dikén tartott rendes ülésén.

A syphilisnek legnagyobb veszélye abban rejlik, tisztelt orvosegylet, hogy ismereteink mai álláspontja mellett egyetlen egy syphilitikus infectiónál sem vagyunk képesek biztosan előre megmondani, hogy milyen lesz a betegség lefolyása, a vége. Míg ugyanis a legtöbb syphilis eset csak az infectio utáni első években mutat tüneteket és az úgynevezett másodlagos időszakban kigyógyul, addig a syphilis esetek egy, szerencsére sokkal kisebb száma az úgynevezett tertiaer stadiumba megy át, kórtüneteket mutat, a melyek ismét úgy kiterjedésük és a localisatióra nézve a legnagyobb atypicitást, mint fellépési idejükre nézve sokszor évtizedekre terjedő különbözeteiket mutatnak fel.

Mindjárt megjegyzem azonban, hogy ismereteink mai állása mellett csak hiányos definitióját vagyunk képesek adni annak, a mit mi tertiaer képződmény, tertiaer megbetegedés alatt értünk. Csak annyi tény, hogy e felosztás manap nem vehető chronologikus értelemben, mert azt egész biztosan tudjuk, hogy tipikus tertiaer tünetek sokszor igen korán, néha plane a syphilis legkorábbi időszakában felléphetnek; de a morphologikus és szövettani tulajdonságok szerint nem vagyunk képesek éles határt vonni a papulosus és gummosus képződmények között, és csak egy kevésbé atypikus esetről is sokszor igen nehéz megmondani, hogy másodlagos vagy harmadlagos tünetekkel állunk-e szemközt. A legnagyobb különbséget még a lefolyás mutatja, a mennyiben a másodlagos papulosus tüneteknél tökéletes restitutio ad integrum jó létre, legalább a legtöbb esetben, a gummosus képződmények pedig szétesésre hajlandók, s destructiv folyamatokat hoznak létre, és így talán még leghelyesebb *Leloir*-ral resolutiv syphilomákról, erythematous laesiókról szólni, a mi megfelel a másodlagos, és non resolutiv vagy destructiv syphilomákról, a mi megfelel a harmadlagos képződményeknek. Igaz, hogy még mindig fennmarad egy sereg bántalom, a melyeket ma a tertiaer megbetegedésekhez számítunk, a hol azonban tulajdonképeni gumma-képződés nincs jelen, csak egy egyszerű interstitialis sclerotizáló kötőszövetlob; habár tehát, mint látjuk, a felosztás meglehetősen hézagos, mégis a legtöbb esetről meglehetősen élesen lehet a destructiv tertiaer tüneteket a másodlagos tünetektől elkülöníteni, és ezen felosztás mellett, a mit a syphilidologok túlnyomó száma acceptál, meg kell maradni.

A tertiaer megbetegedés fellépésének lehetősége képezi tehát a legnagyobb veszélyt a syphilissnél, annál is inkább, mert míg a másodlagos tünetek majdnem mindig könnyű megbetegedést képeznek, addig a tertiaer tünetek kivétel nélkül súlyosabb bántalmak, melyeket ha sokszor sikerül is befolyásolni és meg is gyógyítani az antisiphilitikus kezelés által, de a melyek tagadhatatlan igen gyakran gyógyíthatatlan, sőt direct halálos megbetegedéseket képeznek; nem bocsátkozhatom itt ezen bántalmaknak, a melyek közül a legfontosabbak, mert legveszedelmesebbek kétségtelenül az ideg-megbetegedések, részletesebb tárgyalásába, csak annyit említek meg röviden, hogy mindinkább szaporodnak az adatok, a melyek azt bizonyítják, hogy a leggyakoribb és súlyosabb idegbántalmak, pl. a tabes és a paralysis progressiva kór-oktanában is a syphilisnek jut a legnagyobb és legfontosabb szerep.

Ennélfogva természetes, hogy a syphilis kezelés főcélját, azon sokszor már rövid idővel az infectio után, sokszor azonban csak hosszabb idő, sőt évtizedek múlva beállható veszély kikerülése vagy legalább ezen bekövetkezés eshetőségének a minimumra való leszállítása kell hogy képezze, hogy a beteg ne essék a tertiariusmusnak áldozatul, mert — és ezt különösen hangsúlyozom tisztelt orvosegylet — nagy és veszedelmes balhít az, melyben az orvosok egy része még ma is leledzik, hogy t. i. ha a syphilis manifest tünetei a kezelés alatt visszafejlődtek, hogy akkor már a syphilis gyógykezelésének is elég van téve, e között, és a syphilis gyógyítása között, azon újabb irány nézete szerint, a melyet bátor leszek bővebben kifejteni, óriási különbség van.

És ha az utolsó időben a tertiaer syphilis kórtana és kóroktana oly sokszor képezte vita tárgyát, az nem annyira azon reményben történt, mintha ez által a tertiariusmus lényegét

sikerülne megállapítani, ezen munkálatok és discussiók főrugóját azon gyakorlati kérdés megoldása képezi, hogy *mily módon kell is hát a syphilit kezelni?*

A vita sarkpontja azon kérdés, vajjon a higanyban csak egy egyszerű, symptomatikus szerrel rendelkezünk-e, a melynek segítségével a jelenlevő syphilitikus tüneteket sikeresen lehet eltiúntetni, vagy pedig az, egy magát a syphilis vírusát befolyásoló gyógyszerrel képez-e, a melynek czélszerű alkalmazása e szerint nemcsak a syphilitikus tüneteket, hanem magát a betegséget is megszüntetni, illetőleg az egész alkati bántalom lefolyását befolyásolni képes lenne.

Ezen utóbbi tételt a francia iskola nagymestere *Fournier* állította fel ezelőtt 20 évvel, és annak nyomán egy új syphilitictheraphiának veté meg alapját, a mely eleinte ugyan inkább csak saját honfitársai körében talált nagyobb visszhangra, de újabb időben, különösen mióta *Neisser* már circa 10 év előtt *Fournier* tanait magáévá tette s propagálja, mindinkább több és több syphilis-orvos jön reá saját tapasztalása folytán is, hogy *Fournier*-nek igaza van, és e tan s vele együtt a modern syphilitictheraphia mindinkább tért hódít.

Ezen tan, tisztelt orvosegylet, röviden a következő:

A higany nemcsak symptomatikus, hanem egy praeventiv, a syphilis vírusára magára ható szer; csak hosszabb ideig folytatott higanyszerelés által vagyunk képesek a syphilit mint alkati bántalmat befolyásolni, és a syphilisnek a tertiaer stadiumba való átmenésének a főoka a korai időszak elégtelen vagy egészen hiányzó higanykezelésében rejlik. Kezdetben egyetlen syphilis-esetről sem lehet a későbbi lefolyást megjósolni, és ezért, sőt épen miután súlyos tertiaer megbetegedések igen gyakran, sőt előszeretettel egy kezdetben egészen jóindulatú és könnyű, ennél fogva rendszeren épen nem vagy hanyagul kezelt syphilitikus megbetegedés folyamán lépnek fel: azért minden syphilis esetet gondosan és lehetőleg egyformán kell kezelni a kezdeti időszakban.

A mai syphilibuvárok tehát — eltekintve a pár antimercurialistától, a kik mint már említém, manap már oly elszigetelten állanak, hogy számba sem jöhetnek — főképp a következő két nézetet követik:

1. csak akkor kell kezelni, ha tünet van jelen; az úgynevezett *opportunistá* vagy *symptomatikus kezelés* hívei;

2. akkor is kell kezelni, ha tünet nincs jelen a *Fournier-Neisser*-féle értelemben, tehát hosszú ideig, évekig; itt schemát felállítani bajos; *Fournier* szerint a kezelésnek legalább 3 évig kell tartani, *Neisser* ezt annyiban módosította, hogy míg *Fournier* inkább huzamosabb, de gyengébb kurákat csináltat és a fősúlyt inkább a higanykészítmények belső adagolására fekteti, addig *Neisser* minden évben egy, és az első évben két erősebb úgynevezett *főkúrát* végeztet, melyekhez, különösen az első gyógymódhoz, hosszú ideig és gondosan végzett higany-só-befecskendezéseket alkalmaz, és a kezelést lehetőleg még a negyedik esztendőre is kiterjeszti; e mellett az első és második évben enyhébb gyógymódokat, úgynevezett *mellékúrát* végeztet, úgy mint befecskendezéseket oldható higany-sókkal, higanykészítmények belső adagolását stb.

A főelv, a melyet úgy *Fournier*, mint *Neisser* hangsúlyoz: hogy ne ártsunk a betegnek, tehát ne járjunk el eháblonszerűleg, hanem individualizáljunk, és különösen gondoskodjunk a megfelelő számú hosszú szünetekről az egyes kúrák közt. Különben azon, ma már jelentékeny számú bűvár majdnem mindenikének, a kik ezen iránynak követői, megvan a maga különös módszere vagy schemája, ha így szabad mondani, és majdnem mindenik módosított valamit, úgy a kezelés időtartama, valamint minősége tekintetében részint felfelé, részint lefelé; az elv azonban, a mi nézetem szerint a legfontosabb, ugyanaz, t. i. sokáig kezelni, és akkor is, ha nincs semmi tünet.

Ezenkívül vannak még néhányan, a kik nem ellenségei ugyan a higanynak, de azt csak súlyosabb kezdeti syphilissnél használják, a könnyebb eseteket vagy egészen expectative, vagy tisztán joddal kezelik, vagy pedig itt is alkalmaznak higanyt, de csak akkor, ha az említett kezelésre a tünetek nem mulnak.

Azt lehetne tehát mondani, hogy e csoport hívei a facultativ exspectativ kezelést követik, és hisznek az úgynevezett „concordantia” törvényében, t. i. könnyű kezdeti syphilis után könnyű syphilis, és megfordítva. Hogy mennyire nincs igazuk, előadásom folyamán remélem lesz szerencsém kimutathatni.

Nézzük most már, tisztelt orvosgyelet, hogy melyik tábornak van igaza.

Először is, igaz-e az alaptétel, a melyből a Fournier-féle tan kiindul, hogy a higany egy praeventiv szer, tehát oly időben is hat, a midőn semmi tünet sincs jelen, a midőn tehát a hatás csakis magára a syphilis vírusára történhet.

Ennek legközvetlenebb bizonyítéka a higanynak hatása a syphilis átöröklésére.

Azt mai nap biztosan fel lehet venni, hogy ezen átöröklés, mint már említém, abszolút független a körtünetektől, és éppen ezen átöröklési képesség befolyásolható, mondhatni majdnem matematikai pontossággal a higanykezelés által, mint talán egy más tünet sem; akármelyik nemével az öröklött syphilisnek akár atyai, akár anyai, vagy vegyes örökkeléssel állunk szemközt, a higanykezelésnek, még oly egyénknél is, a kik éveken keresztül teljesen mentek voltak syphilis-tünetektől, és különben látszólag teljesen egészségesek, biztos hatása van úgy a magzatra, mint a terhesség lefolyására nézve; ezen esetekben — ismétlem — csak a higanynak a syphilitikus vírusra való direkt hatásáról lehet szó; ezen hatás sokszor már egyszeri higanykúra után maradandólag nyilvánul; még bizonyítóbbak azonban azon esetek, a hol az átöröklés egyszeri higanykezelés által csak mulékonyan befolyásoltatik; legszöbben illusztrálja ezt a Fournier által citált, Tuhrmann által közölt eset: egy syphilitikus asszony, a ki addig nem volt kezelve, 7-szer jó teherbe, mind a hétszer syphilitikus vagy halva született a gyermek, a 8-dik és 9-dik terhesség alatt higanykezelés, mind a két ízben egészséges érett gyermek; azt hiszi, hogy már egészséges és a 10-dik terhesség alatt nem kezelte magát, ismét syphilitikus gyermek, a mely nemsokára elpusztul, a 11-dik terhesség alatt ismét higanykezelés, ismét egészséges érett gyermek.

Ilyen példákhoz, tisztelt orvosgyelet, nem kell kommentár.

Ugyanezt bizonyítja a hereditaer syphilitikus gyermekek halálozási arányszáma tekintettel a szülők higanykezelésére; nem akarom önöket ennek részletes tárgyalásával fárasztani, csak annyit említek meg, hogy pl. Étienne szerint a nem kezelt syphilitikus asszonyok gyermekeinek 95%-a pusztul el (ebből 76% azonnal), míg a kezelt asszonyoké közül csak 11 egész 16%.

Egy másik bizonyossága a higany praeventiv hatásának azon körülmény, hogy mindenütt, a hol a syphilis endemikusan lépett fel és hosszú ideig magára volt hagyva kezelés nélkül, ott a betegség súlyos lefolyást vett; így ma már tudjuk, hogy egy egész csomó bántalom, a melyek egyes országokban endemikusak és a legkalandosabb nevek alatt voltak még csak rövid idő előtt is ismeretesek, így az úgynevezett *Radesyge* Norvégiában, *Skerljevo* Dalmáciában, *Sibens* Skóciában, *Morbis Dithmarsikus* Holsteinban, *Frenja* Szerbiában és még nem tudom hány és hogyan hívják, nem egyéb, mint évtizedeken keresztül magára hagyott tertiaer syphilis.

Ide tartoznak pl. az Oroszország egyes kormányzóságai-ban még most is dúló súlyosabb syphilis-járványok.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Sclerosis polyinsularis három kóresete.¹

Közli: *Takács Endre* dr.

A három kóreset, melyet szerencsém van bemutatni, mintegy egymást egészíti ki a körkép tekintetében. Az első túlnyomólag a gerincezvelő megbetegedését tünteti fel, a másodiknál már agyi

¹ Előadott a székes fővárosi kórházi orvostársulat 1894. február 22-dikén tartott ülésében.

tüneteket is látunk, míg a harmadikban az agyi tünetek lépnek előtérbe.

I. Sz. Anna, 32 éves, hajadon, 1892. február 13-dikán lett felvéve; ugyanazon év szeptember 22-dikén jött osztályomra, s innen 1893. május 15-dikén bocsátott ki, hogy 1893. október 10-dikén ismét felvétessék.

Beteg családjában idegbaj általán nem fordult elő; 7 éves korában himlőt állott ki; egyéb baja nem volt; havi vérzése rendszeresen jelentkezett. Hat év előtt — előtte ismeretlen okból — járása kezdett nehéz lenni. Négy év előtt a gyengeség annyira fokozódott, hogy a beteg munkaképtelen lett, s a gyengeséghez remegés is társult, mely lassan a törzsre és felső végtagokra is elterjedt. Fokozatosan beszéde is nehéz lett; — mint mondja — egyes szavakat elharapott.

Felvételekor az alacsony nő jól táplált volt, bőre barna, himlőhegekkel fedett. Nyugalomban nála rendellenesség nem mutatkozik. Szemekben és fejen rendellenes mozgás nincs. A láték fényre jól hatnak vissza. Mindkét szemfenék rendes. A látóidegek korongja vérdús. Csekély hypermetropia van jelen, és látási alkalmazkodási zavar. A nyelven kisebb fokú fibrillaris rángás észlelhető. A felső végtagok, törzs és alsó végtagokon az akaratos mozgásoknál inkább hullámos ingás, mint remegés mutatkozik; de az ingás a mozgás kezdetén feltűnően nagyobb. Minden mozgás ataetikus jelleggel bírt. Állásnál és járásnál a beteg mindig széles alapot vesz. A járás nem kaszáló, hanem czammogó. Állásnál zárt szemnél kifejezett Brach-Romberg tünet van. Az izmok elég tömegesek; zsongjuk mérsékelt. Érzés-vezetés lassudáson kívül más érzési eltérés kimutatható nem volt. Börreflex megyan; *inreflex* nincs. Hólyag és végbél kiürítése rendes. Belső szervek épek.

Kedélyi izgalom jelenlétében minden mozgásnál fellép az intentionalis remegés; sőt a beszéd is scándáló, szakgatott lesz. Ugyanezt látjuk, ha a beteget járattuk és kifárasztjuk némileg. (Mint elérünk már akkor, ha a beteg a kórtermen kétszer végig megy.)

Strychninnel való kezelés mellett az első kibocsátásnál 1893. május 15-dikén a beteg lényegesen javultán távozott. A czammogó járás, a mozgások ingása, ataxiája, intentionalis remegése, megszakgatott beszéd egészen eltűntek, és csak a jobb felső végtag mozgásain lehetett a kezdeti ingást még kivenni. A Brach-Romberg tünet alig volt meg; de az inreflexek hiányoztak.

1893. október 10-dikén ismét felvétetett; s ekkor már a szemben is mutatkozott a nystagmus; a beszéd scándáló jellegű; a mozgások intentionalis remegése sokkal feltűnőbb, valamint azok összrendezetlensége is. Az érzés kisebb foltonként már csökkent. Az inreflexek felfüggesztvék.

Mint már fentebb jeleztem, e betegnél a tünetek túlnyomólag a gerincezvelő megbetegedésére mutatnak. Sőt kezdetben a mozgási összrendezetlenség, a Brach-Romberg-féle tünet, az inreflexek teljes hiánya és az érzés-vezetés-lassúdás a gerincezvelő hátsó fehér kötegeinek bántalmára mutattak. És a kórismei tévedéstől a járás czammogó jellege, kedélyi izgalomnál a mozgások kifejezett intentionalis remegése és a beszéd scándáló volta óvta meg. Újabbban e utóbbi tünetek mindinkább kifejezettek lettek és hozzájuk még a szemek nystagmusa is társulván, a kórismét teljes bizonyossággal sclerosis polyinsularisban állapíthattuk meg.

II. B. Hermina, 24 éves, előbb pénztárosné volt.

Egészséges családból származik, hasonló vagy más idegbaj tudomása szerint rokonainál elő nem fordult. 1888. év közepe táján vette észre, tehát 17 éves korában, hogy kezei — ha valami után nyult — ingadoztak; de még 1889. év elejéig foglalkozását kellően végezhetette; ekkor vétetett fel először az üllői-úti új kórházba és némi javulással 1889. július hó 28-dikán ment ki. 1891. május 19-dikén ismét felvétette magát osztályomra s innen 1891. június 27-dikén lett áttéve a VIII. orvosi osztályra. Havi vérzését 13 éves korában kapta s azóta elég rendszeren is jelentkezett.

A bántalom folytonos súlyosbodása mellett már 1891. május 19-dikén a jelen állapot következő volt:

Alacsony, jól táplált, halvány, szöke nőbeteg egyedüli panasztát a mozgásaiban mutatkozó ingadozás képezi. Minden akaratos mozgás megindításánál ingás, remegés áll be. Szemmel való rögzítésnél a szemek harántirányú nystagmust mutatnak. A látás mind-

két szemem gyengült, mindkét szem hypermetropiás. Szemfenék rendes. A fej majd előre és hátra, majd oldalt ing. Beszéde határozottan scandáló. A felső és alsó végtagokon az ismert hullámos ingó mozgás látható. Járásnál az egész test ingó remegésbe jő minden lépésnél, s a járás igen nehezen megy, a beteg mindig fogódzik. Azonban gyengeségnek és izomsorvadásnak nyoma sincs. A felsőbb érzékszervek működése rendes. A bőrön az érzés szigetenként csökkent és pedig minden nemében. A szigetek rendetlenül vannak az egész testen elszórva, és tallérnél nagyobb területet nem foglalnak el. A felületes és mély reflexek mindenütt fokozták. El- és kiválasztások rendesek. Hólyag és végbél rendszeren működnek.

Ily állapotban távozott az osztályról 1891. június 27-dikén.

1893. május 3-dikán ismét visszajött és ekkor a mai teljes kórképet észlelhetők. Az intentionális remegés lehető magas fokot ért el. A nystagmus, a scandáló beszéd nagyon kifejezett. De e mellett már az izomerő is jelentékenyen csökkent. Kezeivel szilárdan fogni képtelen; állani és járni csak úgy képes, ha két oldalról támogatva lesz. Az érzéstelen bőrszigetek terjedelmesebbek. Az alsó végtag mozgásaiban az összerendezetlenség kifejezett. Felületes és mély reflexek fokozottak.

Mint láttuk, ez esetben a kórkép teljes. Megvan nagy fokban az intentionális remegés, a szemeken a nystagmus; a beszéd kifejezetten scandáló jellegű; az izomerő igen csökkent; a bőrérzés foltonként hiányzik; a felületes és mély reflexek fokozottak. Kétség sem fér tehát ahhoz, hogy itt is sclerosis polyinsularissal van dolgunk.

III. M. Teréz, 44 éves, hajdon 1892. szeptember 5-dikén vétetett fel a vezetésemre bízott VII. orvosi fiókosztályra.

Beteg családjában hasonló vagy más idegbaj elő nem fordult; atyja erőszakos halállal mult ki, anyja még él; betegsége nyolcz év előtt kezdődött és pedig nagyfokú aluszékonysággal; lassanként kezeiben, majd lábaiban, végül törzse és fejében remegés és gyengeség léptek fel. Az utóbbi tünetek már három év óta oly fokot értek el, hogy beteg ágyban fekvő lett. Így került már az osztályra.

Míg a beteg ágyában nyugodtan fekszik, jól táplált, egészséges egyén benyomását teszi: mihelyt kérdést intézünk hozzá és szemeit felénk irányítja, már a szemek nystagmusa elárulja betegségét. A jobb szemben choroiditis disseminata van, két nagyobb folt a macula lutea táján foglal helyet. A látóideg korongja vérbő, szélei elmosódottak. A bal szemben a lelet negatív, csak a macula luteában van egy pontszerű festenyfolt világos udvarral. A látás mindkét szemmel igen homályos. Nincs a betegnek egy izma sem, mely ingórángásba ne jönné, ha vele a beteg mozgást akar — még csak akar — kivinni. Tehát a legkifejezettebb intentionális remegés van jelen az egész testen. A beszéd egészen scandáló. A szellemi körben is jelentékeny eltérés van. Gyakran már az egyszerű kérdéseket sem érti meg; máskor megérti és felel is reá, de csakhamar össze-vissza hadar mindenféle, a tárgyhöz nem tartozó dolgot. Könnyen változik kedélyhangulata. Látszólagos ok nélkül egyszer sír, máskor nevet. *Legújabb időben* már üldözési téveszmék is mutatkoznak a betegnél. Az érzési körben szintén jelentékeny kóros tünetek vannak. A testen alig egy tenyérnyi összefüggő területen találunk biztosan érző felületet. A legsajátosabban foltokban látjuk egymás mellett az érző és érzéstelen bőrfelületeket. Hely és helyzetérzék egészen bizonytalan. Úgy a felületes mint mély reflexek fokozottak. Belső szervek épek. El- és kiválasztások rendesek. Hólyag és végbél kiürítése rendes.

Ez esetben is a tünetek annyira kifejezettek, hogy alig szükséges a különzési kórismére kiterjeszkednem. Csak a szellemi körben mutatkozó kóros tünetekre való tekintetből kell hogy ezekre visszatekintsünk s hogy a bántalmat a tébolyodottak általános hűdésével szembeállítva, ez utóbbit kizárjuk. Ismert dolog, hogy a téboly azon alakjánál, mely általános hűdésbe megy át, e betegnél mutatkozó psychikus tünetek mellett néha mozgási remegés, ingás is áll fenn. De e remegés sohasem bír azon jelleggel, melyet betegünkönél oly classikus módon kifejezve láttunk, és a tébolynál az elmebeli zavarok képezik a kezdeti tüneteket; míg itt — mint azt elmondottam — csak az utóbbi időben léptek fel. Míg így egyrészt a kórisme: sclerosis polyinsularis; addig másrészt kétségtelen, hogy a bántalom az agyat is igen nagy mérvben lepte el.

Szabadjon néhány szóval még a bántalom kórtanára kiterjeszkednem:

A góczokban a lobos tünetek egész sorozatával találkozunk, a mint azt az idegrendszer idült lobos folyamatainál találjuk akkor, ha a lob genyedésbe nem megy át. Minden esetre a kötőszövet elemeinek szaporodását látjuk, s ez elemek nyomása okozza az idegrostok és idegelemek tönkrehúzását. Ezt Charcot, Gowers, Erb és mások is elismerik. Ha így, miért kell e folyamatot a kötegrendszerek sclerosisával összehasonlítani, vagy épen egy-neműnek venni? Ez utóbbi bántalomnál mindig az idegelemek mennek előbb tönkre s a helyüket foglalja el azután a kötőszövet (kötőszövet által megvastagodott véredényekkel egyetemben). Még Berlinben megejtett vizsgálataim, és a fentebbiek alapján teljesen elfogadhatónak tartom azt, hogy a sclerosis polyinsularisnál szigetes idült lob képezi a bántalom lényegét.

Hogy e szigetes, góczos megbetegedés miképpen idézi elő az intentionális remegést? e kérdésre szabadjon azzal felelnem, a mit már évekkor elelőtt az atactikus mozgások létrejöttének elemzésénél épen az intentionális remegésre vonatkozólag elmondottam.

Charcot nézete, hogy a góczokban egyenlőtlenül megbetegedett rostok egyenlőtlen ingerület vezetési képessége adna okot a remegésre, sem akkor, sem most nem elégített ki. Mert az még távolról sincs bebizonyítva, hogy az ép idegrost másképpen vezesse az ingerületet mint a meztelen (ideghüvelyétől megfosztott) tengelyszál. Még kevésbé találok elfogadhatónak Erb és követői azon magyarázatát, hogy a gerincezvelő és agy összerendezést intéző elemeinek megbetegedése okozná az intentionális remegést, mert ez elemek hollétének megjelölésével adóság maradtak.

Mint talán méltóztatnak emlékezni: törekedtem akkor azt kimutatni, hogy az aggyal analog, a gerincezvelőben is vannak úgynevezett associáló rostok, melyek a gerincezvelő szürke állományának különböző helyeit kötik össze, és hogy e rostok a mellső és oldalsó fehér kötegek alapi részletében, valamint a Burdach-féle kötegekben helyezték el. Kétségtelen, hogy e rostok közvetítik az agyból jövő mozgási akaratos ingerületeknek a szürkeállomány megfelelő sejtjeihez való elvezetését, melyekből azután a mellső gyökökön keresztül az illető izmokhoz jutnak és azokat összehúzódnásra indítják. Míg e rostok épek, az ingerületek a szokott, megjárt úton haladva rendes mozgást hoznak létre. Ha közülük csak néhány is elveszti vezető képességét, az ingerület egyöntetű szétosztása meg lesz zavarva, s az izmok nem egyszerre, nem rendszeren húzódnak össze. A legközelebbi eredmény ingás, remegés lesz.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1894. márczius 7-dikén.)

Elnök: Schwartzter Ottó; jegyző: Mohr Mihály.

(Vége.)

Kraurosis vulvae (Breisky) esete.

Róna Sámuel dr. *Breisky* írt le először 1885-ben e név alatt egy a felnőtt és idősebb nők vulváján igen ritkán észlelhető kóros állapotot. A szeméremtest és a gát bőre hegszerűen sorvad, mi által a normalis ránczolttság hiányzik, a nymphák elsimulnak és e részek szárazak, merevek, szakadékonyak és a megvastagodott hámtól féhéresen fénylők lesznek. A merevség annyira fokozódhat, hogy a hüvelytornác és bemenet megszűkül és nemcsak a szülés, hanem a legkiméletesebb vizsgálat által ujjal vagy tűkörrel beszakadások keletkeznek. *Breisky* 12 esetet észlelt, de a bántalom aetiologiáját nem tudta kideríteni. 4 esetében pruritus vulvae, 3-ban leukorrhoea ment előre. 1886-ban *Fleischmann* közölt 8 hasonló esetet, de csak 4 mutatta a fent vázolt teljes képet, 4 partialis volt. Az aetiologijára ő sem vetett világosságot. 4 esetében sohasem volt pruritus jelen, 1-ben a nagy ajkak furunculosisa, a legtöbben nyálkás hüvelyfolyás volt megállapítható. *Janovsky* (1886) 6 esetet ismertetett és néhány esetben aetiologiai momentum gyanánt a genitalis tractus veleszületett hibás képződéseit veszi fel. Szerinte az idült gonorrhoea is szerepelhet okul, és nem zárközhatik el

azon felvétel elől sem, hogy egyes esetekben a kraurosis vulvae alapja ugyanaz, mint a *Schwimmer* által behatóan tárgyalt leukoplakia buccalis. 1886-ban *Heizmann* 4 esetet ismertetett az amerikai bőrgyógyászati társulatban, megannyinál pruritus volt jelen. *Bernays* esetében rendkívül heves pruritus volt jelen. 1890-ben *Dusmenil* is közölt 3 esetet. Végül 1890-ben *Ortmann* (*Martin* osztályáról) közölt 5 esetet, és észlelete alapján nem tartja lehetetlennek, hogy a gonorrhoea e baj keletkezésére befolyással bírhat. Mind az 5 esetben nagyfokú viszketés és égetés volt jelen, főleg vizezés alatt.

Ha az összes közölt eseteket figyelmesen végig olvassuk, már most is kiderül, hogy az esetek különfélék, hogy nem egyöntetű betegséggel állunk szemben, hanem valószínűleg különböző okokból eredő és többé-kevésbé hasonló tünetcsoport iratott le e név alatt, de hogy az esetek bizonyos számában a kraurosis a pruritus következménye. A pruritus által kiváltott vakarás okozza a bőrnek és a nyálkahártyának hasonló átalakulását. Ezt a férfiaknál a borék, gát és végbélnyílás körüli pruritus kifolyásaképpen elégszer észleljük. Ilyen alapra visz a bemutatandó eset is vissza. Az esetek többi részének aetiológiájában teljes homály uralkodik, melynek kiderítése a jövő feladata. Ezért szükséges minden esetet közölni. A baj orvoslására csak a thermokauter, vagy a kiirtás *Martin* módszere szerint indicált. A jelen eset tipikus képét nyújtja a *Breisky*-féle kraurosisnak. A 49 éves, egy év óta özvegy varrónőnél a nagy ajkak belfelülete, a vestibulum, a gát szürkés-fehéres, helyenként vastag szarúrteggel van borítva. A nymphák elsimultak, a praeputium elitoridus tetemesen túltengett és baloldalt két helyen a nagy ajkhoz odanőtt, a vestibulum és a hüvelybemenet tetemesen szűkült, a nyálkahártya száraz, merev, könnyen szakad, hegszerűen atrophias, pokoli, különösen éjjeli viszketés kinozza a beteget, mely őt vakarásra, súrolásra ingerli. Az anamnesisből kiderül, hogy 18 év előtt gonorrhoeát és syphilit szerzett férjétől és az utóbbinak nyomai még ma is fennállanak. Pruritusban 6 év óta szenved. A hüvelyben kevés vaselinszerű váladék észlelhető, de ebben nincsenek gonococcusok. A pruritus alapja valószínűleg neurosis. A vizeletben sem fehérje, sem cukor nincs, carcinoma uteri nincs jelen.

Elischer Gyula. A most bemutatott beteg eredetileg a szóló osztályára került, de helyszíne miatt át kellett helyeznie a bemutató úr osztályára. A betegnél szóló leukorrhoea chronica vetularumot és lues talált; ezt fontos aetiologiai körülménynek tekinti. A kraurosis vulvae igen ritka, körülbelül 1500 ambulans betege közül ez volt az 1-ső ilyen eset. A kraurosis vulvae nézete szerint analog kóros állapot a leukoplakiával. Gátrepedések után a végbél körül gyakran fejlődik pruritus kapcsolatosan hasonló állapot, melyet kraurosis ani névvel lehetne jelölni. Ez esetekben a gátképlés mütéte van indicálva.

Schwimmer Ernő. A kraurosis vulvae neve alatt leírt kóros állapot, valamint a végbél körül észlelhető hasonló elváltozás, nemkülönben a *Grünfeld* által leírt xerosis urethrae tényleg analogok a leukoplakiával, és ezért fogalomzavarok kikerülése végett czélszerű lenne a közös folyamatot, bármely szervben is fordul elő, mindig egy névvel, a leukoplakia névvel jelölni, hozzátéve az előfordulása helyét. A leukoplakia vulvae kórokának a pruritust tartja.

Róna Sámuel. A betegnél most blennorrhoeáról nem lehet szó, mert a váladékban gonococcusok nincsenek. A kraurosis oka gyanánt ez esetben a pruritus tekintendő. Férfiaknál pruritus scroti et ani esetében hasonló consecutiv bőrelváltozások észlelhetők.

Lupus vulgaris ritkább esete.

Róna Sámuel m.-tanár. A 38 éves, nős, földmives férfinál a lupus 10 éves korában az arcban kezdődve, most elfoglalja a bal alszár jó részét, a bal térdhajlatot, a jobb vállat egészen, részben a bal is, a tarkón, a nyakon a bőrt már heggé alakítva át, lekerült a sternumra.

Legnagyobb intenzitását az arcban érte el. Az orrsücs elpusztult, a fülek, az egész bal arcfél, a homlok lupus-göbökkel sűrűn behintett vagy hegesen átalakult. A legsúlyosabb elváltozás a bal arcfélen, a bal állalatti tájon van, mert itt óriási, helyenként túlbujánzás látható, mely szakadatlanul genyed, büzt terjesztve, elfedi a bal szemet, elfoglalja az áll és ajkak bal felét, óriásilag megduzzasztva azokat.

A bal arcfélen elüt a folyamat a *framboesia luposa* képétől és azon benyomást ébreszt bennünk, hogy egy luposus alapon fejlődött óriási *carcinomával* állunk szemben, de hogy ez tényleg úgy van-e, így klinice nem lehet biztosan eldönteni, csak a kimetszett részek szövettani vizsgálatának pozitív eredménye után.

Az orvoslás ez utóbbi területeken tisztán sebészi lehet és az egész terület kiirtásából fog állani, utólagos transplantációval.

Justus Jakob. A betegnél a tumorból egy darabot kivágtak és a szövettani vizsgálat kiderítette, hogy a betegnél a lupus mellett nem carcinoma, hanem nagysejtű *alveolaris sarcoma* fejlődött.

Leukoderma syphiliticum.

Róna Sámuel. Multkori bemutatásához pótlólag bemutató még 4 leukoderma syphiliticum esetet annak illusztrálására, hogy milyen szoros összefüggésben van a typosos leukoderma a syphillissel.

Az I. eset egy kéjnt illet, a kinek nyakán múlt évi november hóban elmosódó leukodermát észlelt, és a ki daczára, hogy 3 év alatt 6 ízben volt kórházban, még soha syphilis ellen nem kezelte. A tüzetes vizsgálat nem derítvén ki nála biztos jelt, december 28-dikán kibocsátott.

Ez év január 23-dikán bejött, és ime a cervicalis gonorrhoeán kívül a felső ajkon 2 tipikus papula és az orrsövényen baloldalt egy babnyi fekély volt jelen, melyek lokális szerekre csak javultak, ellenben három 5%-os sublimat-injectióra teljesen gyógyultak.

A II-dik eset egy kéjnt, a kit gonorrhoeával és papillomákkal küldtek be a kórházba. A nemi részeken és környékén tüzetes vizsgálatnál a syphillissnek semmi jele. Az inguinalis mirigyek azonban mogyorónyira megnagyobbodtak. A hüvelyvizsgálat után szokás szerint a köztakarót vizsgálta meg és rögtön feltűnt a tipikus nyaki leukoderma, mire syphilis tünetre keresvén, mindkét tenyérben hasonló papulákat és vörös foltokat, a törzsön muló roseola foltokat lelt, a nyakon polyadenitist, különösen nagy mirigyeket az állzugokban, továbbá az arcus palato-glossuson, valamint a felső ajk nyálkahártyáján kifoszlott papulákat.

A III-dik eset szintén kéjnt, ki syphillissel lett beültetve, a kinél a klasszikus nyaki leukoderma mellett általános, helyenként annularis foltos syphillid papulák a tenyereken és állon, a jobb ajkzúgban, a tonsillákon és ezenkívül polyadenitis volt jelen.

A IV-dik eset azon szüz nő, a kit itt gingivalis sclerosissal, általános foltos syphilliddel bemutatott, a kinél eddig öt 5%-os sublimat-injectiót alkalmazott és a kinél a nyakon és tarkón a gyógyulás folyamán tipikus leukoderma van fejlődőben.

A syphilis első nyilvánulása a bal czombvágányban.

Róna Sámuel m.-tanár. A 25 éves bérkocsis nagyfokú állandó fejfájásai és egy laesio miatt, mely épen a bal czombvágányban fészkel, kereste fel a kórházat f. hó 3-dikán.

Ekkor a beteg lázas volt, köztakaróját nagy számú foltos syphillid lepte el; polyadenitis volt jelen és a bal inguialis tájon legnagyobbak (mogyorónyiak) a mirigyek. A monyon és borékon azonban semmi kiütés vagy fekély nyoma. Ellenben a bal czombvágányban egy krajezárnyi, livid, porczkemény, lapszerű, épen a vágányban ketté repedt beszűrődés látható, mely a repedést kivéve mindenütt szürkés-fehér, friss hámmal borított és a mely a syphilis első nyilvánulását képviseli.

Urethritis gonorrhoeica acuta, prostatitis suppurativa és spermato-cystitis acuta esete.

Róna Sámuel m.-tanár. Az önálló, epididymitis által nem kísért spermato-cystitis a legritkábban észleltetett eddig, bemutató véleménye szerint azért, mert a legritkábban kerestetett. Saját vizsgálatairól, melyeket most is folytat, más alkalommal fog szólni és itt csak azt akarja felemlíteni, hogy ő maga már 1885-ben közölt két ide vágó esetet. Az egyik esetben a bántalom kétoldali volt és egyáltalán nem, a másikban 12 nappal az egyoldali spermato-cystitis kórisme felállítása után lépett fel azon oldali mellékherelob.

A most bemutatandó beteg 25 éves nőtlen czimfestő, ez év január 27-dikén közöszült utoljára és február 2-dikán vette észre a húgyesőfolyást. Ez első enemü betegsége volt. Február 6—7-dikén lymphangioitis penis miatt ágyban feküdt. Eddig copaiát használt baja ellen, ezentúl azonban orvosa befeeskenéseket végzett. Február közepe táján, tehát a húgyesőkánkó 3-dik hetében gyakori vizezési inger (1/2 óránként) lépett fel és a beteg minden vizezés végén az utolsó sphincter contractionnál még néhány csepp híg váladékot látott és érzett eltávolodni, miközben az ejaculatiohoz csatlakozni szokott kéjhez hasonló viszketést érzett a húgyesőben.

Öt napig tartott ezen vizelésinger és kéjes érzet. Február 22-től egész február 27-ig görcsös fájdalmak jelentkeztek a segpfőákban a perianalis tájon, különösen járásnál és ülésnél annyira, hogy pl. csak egyik, vagy másik segpfőáján tudott ülni. Egyidejűleg gyakori székingere volt, a nélkül, hogy székelni tudott volna. Ugyanezen idő alatt teljesen étvágytalan volt, felbőgőzése volt, lázas volt. Az egész betegség tartama alatt gombóc vagy idegen test érzése a végbélben nem volt, és a szokásos értelemben vett pollutiói nem voltak.

Február 27-dikén jelentkezett bemutatónál. Ekkor a húgycsőből bő genyes váladék jött; a prostata mindkét lebenye mintegy kétszeresen megnagyobbodott, erősen kidomborult, fájdalmas volt, a jobb lebeny felső része nyomásra lassanként süpped és az újjnyomás helyét megtartja, mi alatt a húgycsőből, dacára hogy közvetlenül a vizsgálat előtt vizelt a beteg, 10—15 csepp sárgás, sűrű geny ömlött ki. A két lebeny közt nincs vályú. E mellett a bal ampulla és vesicula seminalis tájéka ujjvastagságyira élesen kiemelkedik, porczkemény, kiemelkedett a jobb vesicula seminalis is, de nem oly élesen. Nyomásra e tájon beteg nem érez fájdalmat.

Február 28-dikán beteg láztalan, étvágya jó. A prostatára gyakorolt nyomásnál ismét 10—15 csepp geny ürül ki és ismét besüpped a nyomás helye. A vesicula lelete olyan mint előbb volt. Márczius 1-én status idem; 2-dikán a bal ondóhólyag tája olyan mint volt, a jobb oldalon szintén kissé göröngyösen kiemelkedik; 4-dikén a prostatára gyakorolt nyomásnál 2 csepp erősen genyes váladék jelenik meg a húgycsőnyílásban.

7-dikén a prostata bal lebenye a rendesnél kisebb, a jobb féldiónyi, porczkemény és felső és bal segmentumára gyakorolt nyomásnál a húgycsőből 2 csepp genyes váladék jön ki. A jobb ondóhólyag tája elsimult, a bal már kevésbé kidomborodó, de göröngyös kemény. 8-dikán status idem, vizelési nehézségek nincsenek jelen.

Encephalocèle esetének boncztatni készítménye.

Elischer Gyula m.-tanár. Az összeköttetés rendellenességei közül a hézagképződések rendesen torzképletekhez vezetnek. Ilyen e leánygyermek is, ki egy 28 éves férjezett nőnek második születtje. Az anyja előadta, hogy első gyermeke rendesen született, él és egészséges; gyermekágya jól folyt le és mult év május havában esett ismét teherbe, a terhesség ideje alatt egészen jól érezte magát. Február hó 3-dikán történt felvétele alkalmával a magzat nála I. koponyafekvésben találtatott. Február 17-dikén reggel a magzatvíz lefolyása után jelentette a bába, hogy az elébb jelzett koponyafekvés helyett most oly tünetek vannak, mintha farfekvés volna jelen. Az ügyelő orvos által megejtett vizsgálat szerint akkor a méhszáj majdnem eltűnt, a medence-bemenetben pedig egy puha elastikus, gömbölyű, hajzattal fedett daganat volt jelen, mely vastag kocsánnyal csontos részletekbe ment át, mely utóbbiakon varrat volt tapintható. A diagnosist ezek alapján a fejen levő torzképletre tette, és miután a daganat szülési akadályt nem képezett, minden beavatkozástól tartózkodott. Egy órával később, néhány erős szülőfájdalom alatt az anya gyermekét megszülte volt. A méhlepény 5 perczezel később spontan eltávolodott. A 48 cm. hosszú és 2350 grammnyi súlyyal bíró leánygyermek teteme a kórboncztatni intézetben pontosan megvizsgáltatott. A bonczleletből kivonatosan a következőket említi fel:

A homlokcsont alig 1 cm. magas, ezen magasságban halad a fejtető egyenesen hátra felé a fülkagyló felső magasságában. A nyakszirtesontnak megfelelő tájból pedig egy gyermekfejnyi, gömbalakú, lágy, 30 cm. kerületű képlet indul ki, melynek alapja mintegy 20 cm.-nyi kerületű kocsánnyal a nyakszirttájékkal függ össze. Ezen kiemelkedés közepén egy rhomboid-alakú területen a kiiltakaró helyét elszínesedett, sötétvörös, nyálkahártyaszerű szövet foglalja el, melynek közepén ismét két diónyi, széles alapú, másodlagos kiemelkedés látható. Ezen kiemelkedés az elvékonyodott, de különben rendes sorrendben következő burkoló részletek által takartatik, üre egy 4 cm.-nyi nyílás által összeköttetésben áll a lelapított koponyafürrrel. Tartalma az egészen szabálytalanul képződött agy, melynek lobi frontalesi két ujjvastagságú rövid nyútvány alakjában mutatkoznak. A többi agyrészletek bár megkülönböztethetők, de szabálytalanok és hátra a kiemelkedésbe terülők.

A pons, a pedunculi cerebri, a kis agy teljesen hiányzanak; a nyultagy a halántéklebeny mellső szélének irányában kezdődik. A fossa rhomboidea alá felé nyitott. A tekervények mindenütt szabálytalanok és inkább papilloma-szövethez hasonlóak. A koponya-alap majdnem teljesen megvan, épen így a szemek is jól fejlettek. A többi szervekben különös eltérés nincs. Ha nem is tartozik ezen torzképlet a nagy ritkaságok közé, a hemicephalia példányaként igen jellegzetesnek és a kiemelkedés nagyságára nézve kiválónak mondható. Szülészeti tekintetben az encephalocélék nem jönnek különös tekintetbe. A képlet puhasága folytán a szülés elé akadályt nem szokott gőrdíteni. Fontosabb azon körülmény, hogy ily esetben jó, ha az orvos eleve tájékozott és a környezetet a torzszülöttre és ennek életképtelenségére előkészíti. Kóroktani tekintetben ezen hézagképlődés nincs felderítve. Vajjon az amniotikának a primordial koponyával való összenövése és következetes agygyomrocs vízkór által képezeték-e, vagy bizonyos, eddig még nem ismert tényezők hatnak-e az ébrény fejlődésének visszamaradására, ez idő szerint még nyílt kérdés, melynek megoldása a kórboncztan körébe tartozik. Érdekes, hogy újabb időben, a IV. dimensio hazájában, Amerikában egyesek által oda történtek felszólamlások, hogy az anya lelki állapotát érintő behatások elegendők lennének, ily és másnemű torzképletek létrejöttére.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Az orr, száj, garat, gége és légső klinikai vizsgáló módszerei. Irta **Vas Bernát** dr. Budapest. Dobrowsky és Franke. 1893.

Ezen munka a **Tauszk Ferencz** dr. szerkesztésében megjelent *Klinikai diagnostika* egyik része és útmutatást nyújt az orvostan-hallgatóknak és a gyakorló orvosoknak, hogy magukat a czímbe felsorolt szervek betegségeinek felismerésébe begyakorolhassák. Szerző nagy szorgalommal és sikerrel rendezte tárgyát azon czélből, hogy művében az egyes szerveknél mutatkozó elváltozásoknak bárki gyorsan utána lapozhasson és ezen czélját tökéletesen el is érte.

A munka részleteit tekintve, örömmel tapasztaljuk, hogy felöleli a váladékok chemiai és mikroskopi vizsgálatát is. A vizsgáló módszerek leírása mindenütt rövid, de szabatos és könnyen érthető, a műszereknél azonban szívesen láttuk volna, ha szerző czélszerűbbeket mutat be, így például a 7. oldalon látható *Fränkel*-féle orrtüköröt már maga *Fränkel* sem használja, hanem helyette egy sokkal czélszerűbbet szerkesztett. Az 57. oldalon ábrázolt reflectornál is minden tekintetben czélszerűbb a *Fränkel*-féle aluminium reflector. A mellső orrtükörzés leírásánál jó lett volna egy pár olyan tükrökép rajzát is mellékelni, a minőket *Schech* használt. Az orrban talált hegek közül hiányzanak a galvanokaustika után keletkezők, pedig ezek a leggyakoribbak; a hurotos fekélyek között pedig a fémporok oxydálása folytán és a chromsóktól keletkezők nincsenek megemlítve. A száj nyitását megakadályozó tényezők közül a tonsillitis phlegmonosa hiányzik, mely helyett a 46. oldalon nyilván csak tévedésből csúsztat be a tonsillitis parenchymatosa elnevezés. A nyelv színének elváltozásai leukoplakiánál és a *Moeller*-féle glossitissnél szintén elmaradtak, utóbbiról tévesen említi a szerző, hogy fekélyképződéssel jár, mert *Moeller* és *Michelson* csak excoariatiókról tesznek említést. Jó lett volna a hátsó garatfalán előforduló fekélyek között a felnöttek retropharyngealis tályogjainak áttörése után, továbbá a széteső gummáknál előfordulókat is felemlíteni, melyeknek felismerése sokszor igen nehéz. Hiányos a pachydermia laryngis és a heges gégeszükületek leírása is; azon fejezet pedig, mely a papillomát és a pachydermia verrucosát ugyanev bántalomnak mondja, nem fogadható el, mivel a kettőnek histologiai és klinikai képe egymástól lényegesen eltér. Az eversio ventriculi Morgagnit nem találtuk felemlítve, úgyszintén nélkülöztük gégeráknál a szövettani vizsgálat fontosságának kiemelését.

Mindezen apróbb hiányok azonban mitsem vonnak le a munka értékéből, mely a czélnek különben teljesen megfelel. Az egyetlen lényegesebb hiány csak az, hogy a tonsilla praecipitotica vizsgálata és elváltozásainak felsorolása elmaradt, mit a következő

kiadásban szerző bizonyára pótolni fog. Hogy a kis keretben oly sokat bírt szerző összefoglalni, az teszi a munkát különösen becsessé, mert így a kezdő kezében, főleg ha mellé a *Krieg* vagy *Schnitzler*-féle atlasokat használja, kitűnő beosztása és világos tiszta nyelvezete folytán nagyon hasznavehető segédkönyvet képez, melyet e célra a legmelegebben ajánlhatunk. *Polyák.*

II. Lapszemle.

Kórtan.

Az epehólyag-kiirtás befolyása az emésztésre. Tekintve, hogy újabban az epehólyag kiirtását mind gyakrabban végzik, *Rosenberg* gyakorlatilag fontosnak tartotta kísérlet tárgyává tenni azon kérdést, hogy milyen befolyást gyakorol az epehólyag hiánya az emésztésre. E célból kutyánál meghatározta, hogy a nitrogentartalmú tápláléknak és a zsírnak hány százaléka szívódik fel ép viszonyok mellett és azt találta, hogy az előbbinek 95%-a, a zsírnak pedig 98%-a szívódott fel. Ekkor kiirtotta a kutya epehólyagját és ugyanazon táplálkozás mellett újból meghatározta a felszívódott nitrogentartalmú táplálék és zsír mennyiségét, a mely most szintén 95, illetve 98%-ot tett. Az epehólyag kiirtása tehát nem volt befolyással az emésztésre és bélfelszívódásra. A 24 órás éheztetés után leölt állat bélnyákhártyája egész terjedelmében fedve volt barna-sárga epével, az epeömlés a bélbe tehát nem volt megakadályozva. (*Pflüger's Archiv*, 53. köt. 389. l.)

Az anyagcsere a láz alatt. Mivel a láznak nevezett tünetcsoport legkiválóbb tünetének, a hőemelkedésnek okával az 1854 óta tett számos kísérlet ellenére még mindig nem vagyunk tisztában, mivel még mindig szemben áll a két tábor, a melyeknek egyike a csökkent hőkiadásban, másika a fokozott hőtermelésben keresi a hőemelkedés okát, azért *May* a modern technika segítségével újra tanulmány tárgyává tette a lázas egyén anyagcserejét, chemice vizsgálván egyidejűleg a bélsarat, a húgyot és a kilélegzett levegőt. *May* tengeri nyulakkal kísérletezett, a melyeket éheztetés alatt disznó-orbánczezal tett lázasokká. Meghatározta a 24 óránként katheterrel kiürített húgy N és C foglalatját, a kis Voit-féle készülékkel pedig egyidejűleg a kilélegzett levegőt elemezte. Mínt hogy a lázas éhező nyulak anyagcserejét normalis éhező nyulak anyagcserejével kellett összehasonlítani, azért szükséges volt előbb ez utóbbiakét közelebről szemügyre venni.

A kiválasztott N mennyisége a második napon fogy, a harmadikon kissé emelkedik, hogy azután a negyedikről kezdve folyton apadjon. A kiválasztott C, a melynek egy része a N-foglalatú tápanyagok, másik része a szénhidrátok és a zsíradékok elégségéből származik, szintén fokozatosan kevesbedik. A CO₂-kiadás és az O-felvétel lassan és egyenletesen fogytak, a hőtermelés hasonlóképen napról napra alábbszált.

Lázás éhező nyulaknál az ugyanolyan irányú kísérletek a következő eredményekhez vezettek. A N-kiválasztás mindig fokozódott volt. Ez megegyezik lázas embereken és kutyákon tett tapasztalatokkal. Mínt hogy egészséges állatnál szénhidrátok nyújtása által a fehérje elégsége csökkenthető, érdekes volna tudni, hogy a lázas nyúl kórosan fokozott N-kiválasztása is kevesbithető-e N-mentes anyagokkal? Ezen célból több lázas és egészséges nyúl per os 30 gm. chemice tiszta szőlőcukrot kapott. A N-kiválasztás mindnyájuknál 15—46%-kal megesappant. Ebből következik, hogy a láz alatt a disponibilis C-foglalatú anyagok megfogytak, a mi a fehérjének nagyobb mennyiségben való elégségét vonja maga után. Miért kevesbedett meg a disponibilis N-mentes anyag? *May* szerint azért, mert a láz alatt a sejtek több szénhidrátot bontanak szét és ezen feltevését oly kísérletekkel igyekeznek bebizonyítani, a melyeknél egészséges és lázas nyulak glycogen-foglalatját határozta meg, mintán azokat nádcukorral bőségesen táplálta. Kitűnt, hogy a lázas nyulak májában csak 1/4—1/2 annyi glycogen rakódott le, mint az egészségesekében. A lázas nyulak mája nem vesztette el glycogen-képző erejét, hanem a glycogen gyorsabban elhasználtatott, a mi által a fenti hypothesis valószínűvé van téve.

A hőtermelés körülbelül arányos volt a hőemelkedéssel. Legnagyobbrészt, ha nem kizárólag, a N-foglalatú anyagoknak nagyobb mennyiségben való elégsége okozza a hőemelkedést. Az O-felvétel

és a CO₂-kiadás a láz által nem változott meg nagyon, vagy legalább is nem állandóan. (*Zeitsch. f. Biologie*, XXX. 1. — *Allg. med. Central-Zeitung*, 1894. Nr. 1.) *W—dt.*

Gyógyszertan.

A trionalról. (*Dr. Beyer.*) Kellő dosisokban nyujtva majdnem kivétel nélkül álmodást hoz létre, mely már alig 1/2 óra után álomképektől nem zavart, nyugodt, üdítő álomba megy által. E hatás azonban testi fájdalmak, a környezet lárma által könnyen megakadályozható; ugyancsak könnyen fel is ébreszthető a már alvó beteg környezetének lármas viselkedése által. *Jól lemért és megállapított adagjai semmiféle kellemetlen mellékhatásokat nem provokálnak.* A szernek megszokásáról mitsem tud a szerző, s e részben egyebütt sem talált irodalmi feljegyzéseket. Elővigyázatlan s túlságos nagy adagjainál a felébredést követő álmodást észlelt, továbbá szédülést, bizonytalan, támolygó járást, hasonlóan a cerebralis ataxiához; 2 esetben pedig, hol többször egymásután adagolta a dosis totalist: általános rosszullét, cyanosis, hányás, gastrikus zavarok stb. is mutatkoztak. Szerző mindazon esetekben óvatosságot ajánl, hol a felébredés után még álmodás állana fenn, szerinte ezen állapot jelzi, vajjon túlságos volt-e az adagolt trional-mennyiség vagy nem?! A trionalnak ugyan nincsen felhasználható — s így a therapiában értékesíthető — *sedativ* hatása, de mint *kiváló álomhozó* minden esetre ajánlható: kis adagokban, egyszerű neurastheniás álmatlanságnál, melancholiánál opiummal; testi fájdalmaknál a morphin-nal egybeköve. Hallucináló elmebetegnél és maniasoknál már nagyobb adagokat is adhatunk belőle. *Hatékony dosisa individualis és így 0.5 gm. egész 4.0 gm. között változik.* Általános érvényű maximalis dosisról épen olyan kevéssé beszélhetünk, mint maximalis napi dosisról. A trionalt csak *egyszer ajánlja adagolni pro die*, még pedig este. *Esetleges kellemetlen mellékhatásai* könnyen elkerülhetők kis óvatossággal, és a szer kihagyásával bizonyára azonnal elmúlnak. (*Therap. Monatshefte* 1894, Nr. 1.) *Rottenbiller dr.*

Gyógyulás egy theáskanálnyi amylnitrit lenyelése után. (*G. Ercy Schoemaker M. D. Philadelphia.*) Egy 60 éves, erőteljes férfi, bőséges ebédje után — tiszta véletlenségből — egy theáskanálnyi, hígítatlan amylnitritet kebelezett be. Az azonnal elhívott orvos a pulsuszt igen szaporának, az arcot kipirultnak találta ép öntudat mellett. Több rendbeli hánytató ismételt alkalmazása után bőséges hányás állott be, s a hányadék erősen amylnitrit szagú volt. Később egyszerre cyanotikus lett az arc, a végtagok hűvösek, a pulsus kicsi, kihagyó, a légzés pedig egész felületes. A symptomák digitalis, strychnin és alkohol rendelése után kezdenek visszafejlődni; a pulsus már 2 óra múlva rendes, s a beteg másnap teljesen egészséges. Sch. a tünetek gyors javulását a méregnek a szervezetből való gyors eltávolításából magyarázza. (*Med. News* 1893. Bd. 72. S. 544.) *Rottenbiller dr.*

Élettan. Belgyógyászat.

A rhodan előfordulásáról a gyomorbennekben ír *Kelling György dr.* Az *Uffelmann*-féle reactióval akárhányszor sárga szín helyett sötétebb barna árnyalat áll elő; ennek oka az eddigi vélemény szerint zsírsavak, vajsav és ecetsav. Ha azonban ezen szín erős ásványsav hozzáadása után nem tűnik el, akkor rhodan van jelen, melyet a *Colosanti*-féle kémlelssel ki lehet mutatni. A rhodan által okozott szín 10%-os sublimáttal való elegyítés után tűnik el. Előfordul igen gyakran egészséges embernek gyomorbennekében s mindenféle gyomorbetegségnél. Szerző szerint valószínű, hogy a rhodan a gyomor nyálkahártyájának productuma. De a nyálból való odajutást nem tudta kizárni, s ezért ennek még lehetősége sem fogadható el. *D—ny.*

A gyomortágulat orvoslása. *Rössler* abból indul ki, hogy minden beteg szerv gyógyulásánál a nyugalom rendkívül fontos tényező és azért gyomortágulátnál is arra iparkodott, hogy a gyomorműködést kirekesztve, e szervnek nyugalmat biztosítson. Ezt oly módon érte el, hogy az első 4—5 napban a táplálékot (a folyadékot is) a végbélen keresztül juttatta a szervezetbe, azután lassan fokozva a szájon át is adott táplálékot és végül a táplálást per rectum egészen beszüntette. E mellett naponként gyomormosásokat is végzett. Ily módon eddig négy beteget kezelt szerző

Schrötter tanár klinikáján, és pedig jó eredménnyel. A betegeknek nem csupán testsúlya növekedett tetemesen, hanem a gyomor állapotában is feltűnő javulás mutatkozott, a mennyiben a gyomor motorikus ereje növekedett, a gyomoredv-elválasztás javult, a tágulat pedig tetemesen megkisebbedett. Különösen alkalmas e módszer könnyebb esetekben, kevésbé azonban előrehaladt marantikus esetekben. A lehetőleg magasan bevezetett tápláló csőrök 250 gramm tejből, 2 tojásból, 50 gramm borból és egy kevés sóból állottak; a tisztító csőrök vízresorptio céljából lehetőleg sokáig tartattak vissza. Csupán egy esetben jelentkezett kistökü hasmenés; kismérvű felszívódások nem képeznek ellenjavallatot; ha erősebbekké válnak, 1—2 napig szünetelni kell a csőrökkel. A tisztán végbélen át tápláláskor jelentkező éhségérzet cocainnal csillapítható volt. (Wiener klin. Wochenschrift, 1893. 40. sz.)

Congenitalis tuberculosis ritka 3 esetét közli *Goldschmidt F. dr.* Első esetében $1\frac{1}{4}$ éves gyermek szülei tüdővészesek, a gyermek phthisis tünetei közt meghal. A bonczolat alkalmával miliar tuberculosis s a májon a lig. teres betérési helyénél málna-nagyságú — kis csomókból álló — gócz. Második esetben tuberculotikus anyának 7 hónapos gyengén táplált gyermeke nagyfokú infiltratio, cavernák s igen magas remittáló láz tünetei közt halt meg. Bonczoláskor tüdőkben megfelelő elváltozás, s a máj állományában a lig. teres betérési helyénél cseresznyemag-nagyságú tubere. csomó. E csomónak helye jelöli az ébrényi vérkeringés folytán létrejött infectiót. Jóllehet a második esetben előrehaladottabb a tüdőbeli elváltozás, mégis a rendkívüli hely miatt és mert a májban másutt elváltozás nincsen, a májbeli góczot tartja elsődlegesnek. Harmadik esetében a tüdővészese anya öthetes gyermekét magával hozta a klinikára. Utóbbinak tüdejében bonczoláskor nagy sajtos góczokat találtak, azonkívül miliaris csomók máj, lép s vesékben. A bronchialis, mesenterialis mirigyek sajtosan infiltráltak. Az elváltozások hosszabb tartam mellett tanuskodván, mint a milyen idős a gyermek: az intrauterinális fertőzés kétségtelen. (Münchener med. Wochenschr. 1894. 1. szám.) *D—ny dr.*

Sebészet.

A fagydagatok gyógyítására Pilatte dr. a digitalist ajánlja. Fagydagatokkal bíró egyéneknél rendszeren a esőkent véredényfeszülés oka a peripherikus edények kitágulásának, a vérpangás a szövet mortificatiohoz vezet és így az illető szövetrészteteken berepedések és fekélyek keletkeznek. Azért első sorban igyekeznünk kell a circulatiót javítani, miért is gyenge szív működéssel bíró egyéneknél hetenként 2 napon keresztül 0:50—1:50:200-hoz infus. digitalist vétet. Minden esetben száraz ledörzsöléseket rendel, a ledörzsölések előtt gyakran hideg leöntéseket is végeztet. Helybelileg repedések és fekélyek képződésénél a fagydagatokra következő oldatot applicál: Rp. Tinet. digital. 6'0, Thymol 3'0, Alkohol, Glycerin aa 150'0 A viszketést gyenge jódtintura-cseleteléssel enyhíti. Meleg fürdők és zsiradékok ártalmasak. *Hasenfeld dr.*

Az aranyeres csomók orvoslása. *Trzebicky* eljárása már csak annyiból is érdekes, hogy 121 betegénél — kivéve egyet, ki szívszélhűdésben halt el — minden esetben gyógyulást ért el. A beavatkozás előtt való napon a beteg ricinus-olajat kap, s mintán széke volt, opium tincturát. Elaltatás után Langenbeck-féle fogóval erősen leszorítja a visszeres csomókat s thermocauterrel a csomót teljesen leégeti, úgy azonban, hogy a leégetés után keletkező hegek *sugárirányt* vegyenek. A leégetésnél akként kell eljárni, hogy a pörkölési vonalak között nyálkahártya maradjon, midőn tehát azt nyerjük, hogy a sugaras hegek között ép nyálkahártya lesz. Ha esetleg igen sok csomó van a végbél körül, csak a nagyobb csomókat kell elpusztítani a thermocauterrel, mert az égési seb gyógyulásával a hegek erősen *zsugorodni* szoktak s így a sugaras hegek között lévő visszeres csomók rendszeren *eltűnnek*. Az égetés után a sebfelületek jodoformmal lesznek behintve. A teljes hegesezés a harmadik vagy negyedik héten áll be; de hogy szép, sugaras hegek képződjenek, azon kell igyekeznünk, hogy a pörkök ne vongáltassanak. A beteg tehát hét napig nagy diatán él s belsőleg opiumot kap s csak ez idő elmúltával vesz hashajtót. Az első székelés fájdalommal jár, mely csakhamar múlik. A műtét után azonban csak az első órákban van jelen gyenge fájdalom. A hőmérsék a

műtét után ritkán emelkedik 38° -on felül. Ezen műtét azonban már nem alkalmazható, ha *gyulladás és genyedés* van jelen. Minden esetre a műtét körül a legnagyobb *tisztaságra* kell törekednünk. A beteg az operatio előtt fürdőt vesz s jól megmosakodik. Úgy-szintén megtisztítatik gondos figyelemmel ama részlet is, melyen az operatio végre lesz hajtva. A műtétet így végezve, az teljesen *veszélytelennek* mondható, ha csak azt nem veszszük kellemetlen szövödménynek, hogy olykor az első napokban a sphincter reflexorikusan összehúzódik. (Przepl. Lekarski 1889.) *Novotny dr.*

Czombsérvek radikális orvoslására új műtési módot ajánl Fabricius. Eleinte hullákon tett kísérletei alapján arra az eredményre jutott, hogy czombsérvek műtévesénél, a czombsérv kapujának egyszerű elzárása után visszamaradt töleseralakú ürt mindenáron ki kell küszöbölni, s hogy a Fallopp-szalagot a szeméremcsont vízszintes ágához kell rögzíteni. Ezen célú tartva szeméremcsont előtt, műtési módhoz mindazon czombsérvek eseteiben használandónak tartja, valahányszor a sérvkapú legalább ujhegynyi. A Fallopp-szalag alatt közvetlenül, azzal párhuzamosan haladó, 10—12 cm. hosszú börmetszéssel a felületes pólyát is átmetszi. Ha a sérvtömlő a sarlóalakú nyulvány alatt volt, ilyenkor már kibukkan, míg ha a foramen ovale áttört lemeze alá ért, előbb még a széles czombpólyát is át kell hasítani. Felnyitva a sérvtömlőt, tartalmát visszahelyezzük. Ha a sérvgyűrű nem engedné azt, akkor bemetszhetjük a Fallopp-szalagnak a szeméremcsont gumójához tapadó részletét. Lekötve és visszasüllyesztve a sérvtömlő csomját, egy ollócsapással átmetszhetjük a széles czombpólyának a Fallopp-szalaghoz tapadó felületes lemezét, hogy a czombesatornába jobban betekinthessünk, és hogy a Fallopp-szalagot lehető nagy terjedelemben oda varrassuk a szeméremcsont vízszintes ágához, illetőleg a Cooper-szalaghoz. Újjal szétválasztva a czombesatorna laza kötőszövetét, a nagy edényeket felkampóztatja és felhúztatja az eminentia ileopectineára. A Fallopp-szalagot úgy varrja oda a szeméremcsont vízszintes ágához, hogy abba a esonthártya és a fésüs izom kezdőrostjai is bele foglaltassanak. Az edények közelében lévő varrat alkalmazásánál figyelni kell, hogy a felhúgó hasi vivőér vagy ütőér meg ne sérüljön. 5—6 varrat teljesen elzárja a czombgyűrűt. A czombpólyának a felületes részét igen észszerűen varrja a fascia pectineához. E varratok semminemű zavart sem okoztak a czombvivőér keringésében, a mint azt várni lehetett volna. Ajánlatosnak tartja ilyenkor még a külső lágyékgyűrű szárait 2—3 varrattal egyesíteni. $1\frac{1}{2}$ év óta végzi ilyen módon a műtétet, de az időt még rövidnek tartja arra vonatkozólag, hogy végleges véleményt lehetne felőle mondani. (Centralblatt für Chir. 1894. Nr. 6.) *Ch. dr.*

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Felületes égetéseknél** jó eredménnyel használja *Thiery* a pikrinsavat. 5%-os oldatba mártott, jól kifacsart gaze-kompresszket tesz az égetett helyekre és ezeket eleinte 3, később 4—5 nap mulva újítja meg. A kompresszket impermeabilis anyaggal kell befedni. A pikrinsav antiseptikus és gyógyító hatásán kívül még fájdalomcsillapító hatással is bír. Mérgezés veszélye nem forog fenn, a bőr részéről sem jelentkeznek kellemetlen melléktünetek. Az egyedüli kellemetlenséget a pikrinsav-okozta sárga szineződése a bőrnek képezi. (Sem. méd. 1894. 7. sz.)

2. **A natrium benzoicum** therapeutikus jelentőségéről ír *Liègeois*. E szer nagy adagokban (naponként 5 gramm gyermekek-nél, 10—15 gramm felnőtteknél) nagyon jó hatást gyakorol toroklob, valamint gége- és hörgőmegbetegedések eseteiben. Bright-kórnál jó szolgálatot tesz tanninnal egybekötve: Rp. Natrii benzoici, Tannini aa 5'0. Extr. gentianae qu. s. ut fiant pil. Nr. 100. Naponként háromszor két labdacot bevenni. Hasonlóképen kis adagokban használva, az oldhatlan húgsavas sók hyppursavvá változnak át és ily módon a vizelettel kiüríttetnek. Végül nagyon jó eredménnyel használható a natrium benzoicum az epeelválasztás fokozására; ilyenkor szerző rheummal és natrium salicylicummal rendeli együtt a következő módon: Rp. Natrii benzoici, Natrii salicylici, Pulv. rad. rhei aa 6'0; Pulv. nucis vomicae 2'0. M. f. pulv. Div. in dos. Nr. XX. Naponként 2 port bevenni. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 10. sz.)

TÁRCZA.

Az első magyar orvosi könyv.

Irta *Moldoványi István* dr.

A reformatio hódításának s a hitújításból folyó, a nép felvilágosítására irányuló törekvésnek köszönjük hazánkban a realis tudományoknak nemzeti nyelven való művelését. Az új tan apostolai hiveikben, kik túlnyomóan a szegény, elmaradt földmivesosztály sorából valók, nemcsak a vallásos szellemet ápolják, hanem művelődésük előmozdításán is fáradoznak, s terjesztik a világosságot az újkor két leghatalmasabb eszközével, a sajtóval és iskolával, melyek ez alkalommal először bizonyultak elsőrangú kulturális tényezőknél. Protestans papok s tanítók írják s az első magyar természetrajzi munkákat, s így jönnek létre e században a népszerű orvosi tanácsadók, nem ugyanilyen cím alatt, hanem mivel azon korban a vegetabiliák még mindig előkelő szerepet játszanak a gyógyászatban s a classikus ókor természettudósai még mindig nagy tekintélyben állanak, főképp a Plinius s Galenus műveinek magyar utánzatai: az első botanikai munkák, mint a milyen a Horhi Juhász Péter Herbariuma, vagy a Beythe Fűves köntve. Alárendelt szerepet játszik még ezekben a növénytan; a növények leírását is csak azért közlik, hogy a köznép ismerhesse az orvosi használatra értékesíthető fűveket, s maga gyűjthesse. Ezért van, hogy nem is említnek más növényt, csak hazait, melyek könnyen hozzáférhetőek s megszereshetőek. Ma már egyiknek sincs tudományos becsese, s egyetlen érdemük, melyért még ma is emlegetik őket, a kezdeményezés dicsőségén kívül még az, hogy honos növényeink régi magyar neveit hagyták az utókorra.

Ebbe az időbe esik az első magyar orvosi könyv keletkezése is. Épen 10 évvel később jelent ugyan meg, mint a Melius Herbariuma (1578), melyet a botanikai irodalomtörténet különben is magának igényel, de azért tartom a legelső magyar műnek, mivel tisztán ilyennek készült, s czélját a könyv címe is jelzi: *Hason Es Fölötte Szikseges Könyv, Az Isten fainak es otet felő hiveknek lelki vigasztalásokra és testi epöletökre szerzettető Francovith Gergely D. által. Melyben sok rendbeli betegségek ellen való orvosságok is be vannak írva, mellyeket Isten az o nagy io voltatubul es ajandekabol, Embörök egessegökre rendölt. Ecclesia. 38. Tiszteld az orvost az sziksegest. Monyorokerek 1588 nyomtatot Maulius János által.* Ennél korábban csak *Balsarati Vitus János*, V. Pál pápa udvari orvosa írhatta az *ö Magyar Chirurgiáját*, azaz négy könyvét a seb gyógyításának mesterségéről; mely azonban Toldy véleménye szerint nyomtatott könyvalakjában sohasem látott napvilágot.¹

Francovith könyve ma már unikum; egyetlen példánya a Magyar tud. akademia könyvtárának képezi tulajdonát, hová *Stáhl Ignác egykori protomedikus* áldozatkészségéből került. Hihetőleg a második kiadásból való, bár ezt a czímlapon nem találtam feljegyezve; de erre engednek következtetni a könyv bevezető sorai, melylyel az „*Elöl való intést*“ kezdi: *az minemü szentírásbeli igék elmaradtanak volt az másik könyvemtől, ebben azok is be vannak írva, az orvosságok is meg vannak jobbitva*; továbbá így az előszó után következő *In editionem secundam operis* címet viselő tetrastichon.

Szerzőjéről alig maradt más életrajzi adat reánk, mint az, mit saját maga mond el személyes vonatkozásokkal telt könyvében. A Sopronban keltezett előszó, mely után *Szigethy Francovith Gergely doktornak* írja magát, s az, hogy könyvét Nádasdy Ferenc udvari főlovászmesteren kívül Sopron vármegyének, s Megyeri Imrének, Sopron megye akkori alispánjának ajánlja, azt sejtették velem, hogy e város, vagy megye levéltárában valamelyes feljegyzés található róla; de sem az egyik, sem a másik helyen még csak a nevére sem lehetett akadni.² Átkutattam Magyarország egész bibliographiáját, a könyvnyomdászat kezdetétől egész

¹ Szinyei, Magyarország természettudományi és math. könyvészete. Bpest, 1878. 36 l.

² Levélteli megkereséseimre Nagy Miklós sopronmegyei és Kugler Alajos sopronvárosi levéltáros urak szivesek voltak *Francovith Gergely* után kutatni; azonban sem a megyei, sem a városi archivumban, melynek pedig kimerítő repertoriuma, s az időből való Bürgerbuchja is áll rendelkezésére, még csak a neve sem fordul elő.

a jelenkorig, még a hazánkra vonatkozó külföldit is, de így sem jártam nagyobb sikerrel. Az egyetlen tanu, ki talán némi felvilágosítást nyújthatna az első magyar orvosi könyv szerzőjének származásáról, az, e misztikus embernek a mult század elején élt egy, látszólag papi tisztet viselt névrokona, *Francovith Ignác*, ki két lengyel nyelven írt s Krakkóban kiadott theologiai munkája révén mentette meg nevét a feledékenységtől.¹ De hát bajos volna közte s XVI. századbeli hasonló elöde között valami összefüggést megállapítani.

Hogy orvosdoktor nem volt, bár könyvének indokolatlanul sok helyén ennek nevezi magát, azt bizonyossággal lehet róla állítani, mert másképen alig érthető, miért maradt *Weszpréminek* annyi gonddal készült nagy munkájából épen *ö* ki, holott abban nálánál jelentéktelenebb nevek is fordulnak elő. De még maga is bevallja elleneivel folytatott polemijában, melyet könyvének egy fejezetében közöl, hogy deákul nem tud, s tagadja azon nézetet, mintha a könyvszerzéshez e nyelv ismerete szükséges volna. *Én azt mondom, — írja, — hogy az Isten olyan módon tud magyarul, mint szintén deákul.* S ezzel azt is elárulta, hogy egyetemet sem látogatott soha; mert képzelhető-e a XVI. század közepén iskolázott ember általában, különösen egyetemet járt orvos, ki *ne beszélt volna latinul.*² Pedig Magyarországon ez időben nem volt oly főiskola, melyen orvosokat képeztek volna; csak a külföldi egyetemek, s ezek közül sem valamennyien voltak már ekkor is orvoskarral ellátva; ezekben pedig, de még a XVI. századbeli hazai akademiáinkon is kivétel nélkül latin volt a tanítás s tárgyalás nyelve.³ Ezért felel üldözőinek a képesítés hiányát illető vádjára oly szerény s kitérő hangon, *ö*, ki egyebekben annyi dicsérrel s önteltséggel emlegeti magát.

Hogy mi vitte *Francovithot* erre a tudományos pályára, ki, mint maga is bevallja, 15 éves korában még lópásztor volt, azt így meséli el: Hat esztendő korában álmában könyvet látott, melyet reggelre ébredve, valójában meg is talált; ez követendő életére nézve utasítja, hogy a szentírás tanulása által megismerve Isten igéit, orvosságaival s Isten segítségével az emberek testi bajain könnyítsen. Nyilván ezért mondja egy későbbi helyen, hogy az Úr erővel terelte *öt* e tudományra, jól lehet azt is erősíteni, hogy az álomképeknek nem kell hinni. Hogy *ö* ennek dacára hajtott e jelenségre, az onnan van, mert Isten igazában megjelent nála. Szerinte tudniillik háromrendű álomképek idézhetőek fel: az egyik Istentől van, igen ritka s nem mindenkinek adatik; a másik az ördög álnoksága által támad; a harmadik pedig a természettől származik. *Francovith* álma természetesen az első kategoriából való.

Életének ez az elmondott epizóda feltűnően hasonlít Galenus álomképéhez, kinek maga Aeskulap hagyta meg, hogy az orvosi tudományoknak szentelje életét; csak épen életkorukban van némi eltérés, a mennyiben Galenus 18 éves korában lett az orvosi pályára praedestinálva.³ Mindazonáltal nem lehetetlen, hogy *Francovith* ismert e momentumot a pergamosi híres orvos életéből, s mert egyebekben is követte, ebben is hasonlítani akart hozzá.

Megtudható továbbá a könyvében közölt s már előbb is említett polemijából az is, hogy világi bölcsek emberek avatták be az orvostudományokba; én azonban erősen hiszem, hogy ezeknek a világi bölcsek embereknek aligha nem valami falusi borbély-officina volt a műtermük; s hogy közel járok az igazsághoz, abban egy későbbi vallomás erősít meg, melyben *Francovith* nála meglepő őszinteséggel azt is elárulja, hogy borbélynak készült ugyan, de azután Isten az *ö* tudományát öregbítette, sőt nagyobb hivatalra, tisztre s méltóságra érdemesítette, miután még korábban szentírásbeli dolgokat is engedett megtudnia. Hogy ez így volt, azt szégyen nélkül mondja el, hiszen szt. Dávid is pásztor volt ifjú korában, a mint az a királyok könyvének 16. részében írva van.

Mindössze ez az egész, a mit a könyv írójának életéről, saját elbeszélése alapján következtetni lehet.

¹ Petrik, Magyarország bibliographiája. 1712—1860. Bpest, 1876. I. köt. 824.

² Fraknoi, A hazai és külföldi iskolázás a XVI. században. Bpest, 1893. 31. l.

³ Sprengel, Geschichte der Medizin. Halle, 1804. I. 138. l.

Francovith az Élet és igazság könyvének mondja munkáját, melynek célja, hogy felebarátai életük meghosszabbításának módját tanulják belőle. Nem is mulasztja el ezért mindjárt a legelején — amolyan előszóféleiben — a jámbor és együgyű embereket az orvos tanácsainak szükségéről meggyőzni. Mert három dolog teszi — úgy mond — az ember életét: az Isten félelme, mely minden jónak eredete s fundamentuma, a tisztességes élet s az egészség oltalmazása. Ennek azután meg is felel a könyv szerkezete, ha egyáltalában szerkezetnek lehet nevezni az oly felosztást, melyben szónokló hangon evangéliumi szakaszokat magyaráz, erkölcsi fejtegetésekbe bocsátkozik, orvosságok készítmódját írja le, a betegségek okairól értekezik, dogmatikus vitatkozásokat közöl pl. a szent háromság egységéről, s mindezt a maga össze-visszaságában, azon idők elfogult álláspontjáról, a theologia uralma alatt, néhol a kor színvonalán állva, de általánosságban a középkori scholasticismus módjára, a mysticismus titokszerűségével. Egyáltalában jellemző az a bibliai színezet, mely előadásán végig vonul; egész könyve telve van a szentírásból, nevezetesen az ó-testamentumból vett idézetekkel s a szöveget kísérő ily tárgyú illusztrációkkal. Ez is mutatja, hogy jól megfogadta az álmóltás első pontját, s alaposan ismeri a szentírás. Az a mély vallásosság s az az alázatosság, melylyel Isten nevét s hatalmát emlegeti, a meggyőzés erejével bírnak; ezzel is hatni kívánt a köznépkedélyére, mely minden valószínűség szerint egyedül vette igénybe orvosi tanácsát. Sőt ajánlja is olvasóinak, hogy az orvosság használata mellett az Isten igéivel is vigasztalják magukat, mert a ki a lelki életet adta, mely által Istent megismerjük, ugyanazon Isten adta az orvosságot is az emberek életére és hasznára.

Körülbelül harmincz orvosság készítmódját írja le. Ezek között különösen nagyszámú az akkori háborúság és éhség által sújtott országban gyakran dühöngő pestis elleni tanácsadás; sőt van köztük egy, mely már a hagymáz ellen szól, a mit pedig kevéssel e könyv megjelenése előtt, 1542-ben észleltek először.¹

Orvosságainak alkatrészei túlnyomóan az állat- és növényvilágból valók, „mert fivekben, fákban s egyéb rendbéli állatokban vagon orvosság“. Első helyen említ egy *serapium*nak nevezett kenetet, melyről dicsekvőleg jegyzi meg, hogy az élet meghosszabbítására fedezte fel. Ez volt az ő panaceája; 32 nyavalyát sorol fel, mely ellen ez a csodaszer sikerrel használható; de nyomban hozzá teszi, hogy csak azok érzik hasznát, „a kiknek Isten, a főorvos, orvosság által akarja, hogy legyen könnyebbségük, és épületjük“. A *serapium* alkalmazásának módja akár külső, akár belső, de ez esetben egy-egy napra sohasem több, mint a mennyit „két felér pénz megnyomna“. Érdekesnek tartom még az alkatrészek mennyiségét is megemlíteni, melyekből ez a hathatós kenet készült: 123, többnyire igen elterjedt s könnyen megszereshető gyökér és fű, 20 mag és virág, s végre 10 magnak az olaja szolgáltatja az ingredientákat, miket 16 részint szelid, részint vadállat hájában kell megfőzni. Az egész recipe hosszas leírása s az alkatrészek véget nem érő elsorolása után bizony sok oka volt oda tenni: Ha szent György havában elkezded az gyökereknek s fiveknek szedését, elvégezheted Mindszent hóban; ha pedig ezeknek a megszámlált fiveknek és gyökereknek, hájaknak és olajoknak mindenestül egészen szerét nem teheted, ha csak felének avagy harmadrészenek teszed is szerét és úgy csinálod, alkalmas leszön.

A növények nevei latin s magyar nyelven vannak feljegyezve; az egyetlen a miért a Francovith könyvét még manapság is emlegetik néha; orvosi tudományát amúgy sem tudja méltányolni ma már senki. Az sem érdektelen, hogy az állatok között a hód (*castor fiber*) is szerepel, jeléül annak, hogy ez a faj ekkortájt még nem halt volt ki egészen hazánkban.

Hogy mily nagy fontosságot tulajdonított Francovith e mindenható kenetnek, azt eléggé jellemzi a készítés és használatánál követendő eljárás kimerítő, részletekbe menő leírása, mely a 119 lapra terjedő könyvnek majdnem negyedrészt veszi igénybe. Ez a könyv legérdekesebb része, mert élénk világitásba helyezi a könyv szerzőjét, és némileg a kort is, melyben élt. Csak némileg mondom, mert a nyelvezet fejlettségén s a vitatkozás szenve-

délyén kívül alig találunk e könyvben mást, mi a leáldozó XVI. századra emlékeztetne; a mi azonkívül benne van, az mind az elmúlt középkor kolostori észjárására s gondolkozásmódjára vall. Így többek között szigorúan meg van hagyva, hogy a növényeket csak jó planeta alatt szabad gyűjteni, mert az emberi test és természet úgy tartja magát, a mint az égnek forgása és természeti vagon. S ez a nyilatkozat annál feltűnőbb, a mennyiben nem egy helyen erőlyesen kel ki a babonások: a bájolás, varázslás s bővölés ellen, mint a melyek Istennek igen ellene vannak, mert a bálványozásnak jelenségei. Egyébként nem csodálom, ha Francovith is hajt az astrologiára, erre a scholastikus középkorban viruló álútra, mely oly nagy és tartós befolyást szerzett a gyógytudományra; nincs ezen miért csodálkozunk, mikor komoly s felvilágosodott tudósok nagy buzgósággal művelik az égi testek állásából való jövendölést, s ha Kepler, ennek a szegény, korlátolt látkörrel bíró s nevelés nélkül maradt falusi orvosnak legtudósabb kartársa is, horoskoppal kedveskedik a friedlandi herczegnek. Hiszen a magyar kalendáriumoknak még a XVII. században is meg volt a rendes rovatuk, melyben meg van jelölve, mikor tanácsos eret vágatni, vagy hashajtó szereket használni.

A sok obsolet orvosság között akad e könyvben olyan is, mely elvéte még manapság is használatban van. Ilyen a *castoreum*, melynek rutavízzel készült tincturáját nehézkór, a rózsavizet szemfájás s az örvényport (*Inula Helenium*) hurut ellen ajánlja.

A cél, mi végből e könyv készült, leginkább a betegségek idejére adott orvosi tanácsadások árulják el, melyek nyilvánvalóan csak a köznépknek szólhatnak. Járványok idején, melyek pedig akkor gyakoriak voltak, egész falvak üresedtek meg; lakosságunk félelemből elszéledt minden irányba, magával hurcolva s terjesztve a kórt mindenfelé, a merre megfordult. Erre terjed ki főképp Francovith figyelme, s ennek megakadályozására segítségül kéri ismét a szentírás: Isten utóléri, kit a hol akar, a kit pedig Isten meg akar tartani, azt megtartja, a mint Lothot kiszabadította Sodomából s Noét a vízözönből. Ez a fatalistikus felfogás azután élénk ellentétben áll az utána következő oktatással, melyben a rögtöni orvosi segély szükségéről szerezhetünk meggyőződést; durva darabos nyelven szidja az indolentiát: némelyek nagyobbra becsülik marhájukat s gazdaságukat, hogy sem egészségüket; eféle miatt sokaknak történik halála avagy hosszú ideiglen való betegsége.

A könyv felosztásában harmadik helyet a Természetiek foglalják el. Ezeket tárgyalja legbővebben. Tartalmukra nézve üres, a szentírás alapuló iskolás ethikai fejtegetések, többnyire elvont fogalmakról: a rágalmazás, czivakodás, háladatlanság s a felebaráti szeretetről, melyeket végtelen hosszú dialektikával s annyi szószaporítással kezel, hogy nem egyszer esik ismétlésbe. Hiányával vannak minden gondolkodásnak s önálló véleménynek; minden kérdésre egyedüli feleletet csak a szentírás szavai adnak: Mert a miképen hogy sokféle fivek és fák a napnak melegétől vesznek erőt, azonképen a hivek is Isten igéitől világosíthatnak és erősödnek meg az örök életre.

A „Példa és tanúság tobzódó és részeges embereknek“ még a legtöbbet érő fejezete ennek a moralkáténak. Elitéli a részegséget, melyet még a paráznaságnál is nagyobb bűnnek tart, sőt annyival nagyobb, mert szerinte a részegség szokott indító oka lenni még a gyilkosságnak is.

Védelmébe veszi a szentháromság egységét, s ez valószínűleg az akkoriban nagyon elterjedt szentháromság-tagadóknak (*unitariusok*) szól. Hogy megmagyarázza nekik, miképp lehessen egy Istenségben három személy egymástól elválaszthatatlan, arra egy eredeti példával él: a miképen a hó vízzel a jéghez fagy, s ezek elválaszthatatlanok egymástól, azonképen egy Istenségben három személy vagon, kiknek nevek ugyan három.

A „Betegségek természetéről való tanúság“ szerint az orvosság csak azoknak használ, kiknek az főorvos, az úr Isten engedi; a kiknek pedig nem engedi, azzal sem az én nevem és tudományom el nem visz, sem az úr Isten jó akarata meg nem szűnik az emberektől. Ebből a tanusból ismerjük meg Francovith physiologiai nézeteit is. Szerinte az aristotelesi négy alaptulajdonság fellelhető ez emberi szervezetben is. Egészséges testben ez elemek: a száraz, a nedves, a hives és a meleg helyes arányban oszlanak

¹ Fekete, A ragályos s járványos kórok történelme. Debreczen, 1874, 23. lap.

meg; betegség alkalmával pedig e négy közül valamelyik túlsúlyra jut s ez képezi a kór okát; ilyenkor a gonosz elem természetével ellenkező orvosság állítja helyre az egyensúlyt. De azért e theoria alól is van kivétel: a pestis például, mely sem a föld nedvességéből, sem a hold fogyatkozásából nem származik; ezt a nyavalyát Isten küldte az emberiségre a bűn büntetése végett; s ennek megfelelően a pestis ellenszere csak az istenfélő élet lehet. Ezért a könyv végéhez, mintegy függelékkül néhány zsoltár és ima van csatolva, azután válogatott részletek szt. Jánosnak evangéliumából, a korinthusiakhoz írt levelekből, s végre a peuseateuchusból.

Nézetem szerint Francovith aligha volt egyéb, mint az orvoslás terén csekély empirikus ismeretekkel bíró kuruzsló, amolyan vándor Aeskulap, a milyen akkoriban nem egy járhatott faluzni; gyakorlata alatt talán tekintélyt s befolyást is szerezhetett a nép körében, s e miatt sok kellemetlensége is akadt a hivatásos doktorokkal; különben alig volna érthető miért ír egy külön fejezetet a patvarkodók és szidalmazók ellen. Könyvét is csak azért ajánlhatta a megye akkori notabilitásainak, hogy Sopron vármegyével — a hol úgy látszik huzamosabb ideig élt — összeütközésbe ne kerüljön, vagy esetleg azért is, hogy egy korábbi összeütközés kellemetlen emlékeit elsimítsa. Talán sikerei is lehetnek praxisában, s ezek kapatták el; végtelen sok önhittséggel beszél magáról s tudományáról, a mint hogy könyvét is csak azért írta, hogy az utódok is lássák, mennyire méltatlanul érte őt a rágalmazás, s azért, hogy tudománya ne csak életében, hanem halála után is tanácsadója lehessen embertársainak. Az orvosságot is maga készítette s ingyen adta betegjeinek, a miért a gyógy-szereszekkel is összetűzhetett, mert ezeket sem hagyja érintetlenül.

Az orvoslás mesterségén kívül nyilván hittérítői munkásságot is fejtett ki hívei között és ennek könyvében is vannak nyomai. Én azt hiszem, hogy működésének ezen részét kívánta Beythe István, a németújvári protestans lelkész s nagyhirű dunántúli superintendens megjutalmazni, midőn a Frankovith könyvébe egy imádságot írt.

S mindezek dacára még sem találok indokoltnak azt az elitelő hangot, melyen Sadler, ki a magyar fűvésztudományról írt tanulmánya keretében néhány sorban róla is megemlékezik e könyvről és szerzőjéről beszél.¹ Jó szándékával, s ha a könyvnek hinni lehet, könyörületességével is, nagy szolgálatot tehetett ama korban a sok táborozástól és inségtől elszegényedett kimerült népek.

Heti szemle.

Budapest, 1894. márczius 29-dikén.

A IV. magyar balneologiai congressus harmadik napján (1894. évi márczius 14-dikén) még a következő két előadást tartották:

3. *Weisz Ede* dr., pöstyéni fürdőorvos: *A Pöstyénben létesített munkás-pensionatusról.* Előadó kötelességet vél teljesíteni, ha a mult évi eredményekről mint az intézet rendelő orvosa jelentést tesz. Az idény alatt az osztrák-magyar monarchia minden vidékéből 42 beteg vétetett fel. Ezek nagyobb része izületi s izomcsúzban, görvélykórban, csontelhalás és csontlágynulásban, csípőizületi lóban, ischiasban, esonttörés és hűdéseken szenvedett. Mint a kórtörténetekből kitűnik, valamennyi beteg javult, a betegek nagy része teljesen gyógyult és ismét munkába állott. A bécsi Stefánia-kórház 1, a Wiedeni kórház 4 beteget küldött. Az egyletek közül a bécsi, gráci s brünni munkássegylet, a bécsi kerületi kőztár, a bécsi szappanosok és asztalosok egyesülete, a gyárak közül a rohrbachi cukorgyár, a hodoninai dohánygyár, a bányák közül a schrambachi bányák voltak képviselve. A mennyiben a mult évben helyszűke miatt több betegnek a felvételt meg kellett tagadni, az intézetet 2 nagy kórszobával bővítették, úgy hogy az idény alatt most mintegy 200 szegényebb sorsú beteg nyerhet

¹ Sadler, A növénytan története honunkban a XVI. században. A M. Kir. Természettud. Társ. Évkönyvei. I. 1894. 1.

felvételt. A kizárólag humánus természetű intézmény a kórházi orvosoknak, iparvállalatoknak és betegsegélyző egyleteknek kiváló figyelmére érdemes. Napi díj s lakás, ellátás s fürdőkért az első osztályban 97, a második osztályban 67 krajczár jár.

4. *Boleman István*, vihyei fürdőorvos: *A magyarországi fürdők forgalmáról és meteorologiai megfigyeléseikről az 1893. évben.* A statisztikai adatok szerint 118 fürdőhelyen volt összesen 58,704 állandó és 63,078 ideiglenes vendég, az összlétszám tehát 121,772 személy. Az állandó vendégek között 48,666 volt belföldi és 9946 külföldi, az ideiglenesek között 45,460 belföldi és 10,293 külföldi.

A magyar fürdők látogatottsága emelkedőben van és viszonyítva az osztrák fürdőkhez, nem kell kétségbe esnünk fürdőink jövője felett, mert ha az osztrák gyógyhelyek közül az egész világ beteget által látogatott három nagy eszországi fürdőt és öt téli klimatikus gyógyhelyet számításon kívül hagyjuk, úgy az osztrák és magyar fürdők látogatottsága majdnem egyforma.

Legtöbb állandó vendége volt Trencsén-Teplicznek (4885), Pöstyénnek (3657) és Herkules-fürdőnek (3045). A külföldi vendégek is leginkább e 3 fürdőhelyünket keresik fel; Trencsén-Tepliczben és Pöstyénben a külföldi vendégek száma jelentékenyen felülhaladja a belföldiekét. Ezeren felüli számban állandó vendég még 11 magyar fürdőhelyen volt. Ha az állandó és ideiglenes vendégeket vesszük számba, úgy a legtöbb vendéget találjuk Siófokon (7931), utána következnek a nagyváradi sz. László-fürdő (7747), Csorbai-tó (7689), Herkules-fürdő (7237), nagyváradi Felix-fürdő (6282), Trencsén-Teplicz (5677), Harkány (5242). Ezekon kívül még 22 fürdőhely mutat ki ezeren felül vendégeket.

Előadó biztosítva látván az új belügyministeri körrendelet által a fürdők látogatottságának megfelelő statisztikai kimutatását, arra szólítja fel a fürdőorvosokat, hogy most már a gyógyhelyek morbiditási statisztikáját is készítsék el.

Végül a meteorologiai megfigyelések összeállítását mutatja be.

Ezután elnöklő *Tauffer Vilmos* összefoglalva a congressus eredményeit és köszönetet mondva az előadóknak, a IV. magy. balneologiai congressust befejezettnek nyilvánította.

A kir. magy. természettudományi társulat február 21-dikén tartott élettani értekezletén *Morelli Károly* dr., szt. Rókus-kórházi rendelő főorvos tartott gastroscopos képek bemutatása kapcsán rövid előadást a gastroscopiáról. *Morelli* két év óta foglalkozik gastroscopiával az egyetemi gyógyszerintézetben, számos kísérletei alapján tett tapasztalatait egy nagyobb szabású, minden igénynek megfelelő munkában kívánja majd az orvosi közönség rendelkezésére bocsátani, jelenlegi bemutatása csak azt célozta, hogy e téren az elsőbbségi jogot magának biztosítsa, de másrészt azért is sietett előleges közlésével, mert pozitív eredményű kísérletei leginkább vannak hivatva tiszta képet nyújtani a gastroscopiáról.

Morelli kísérleteit kutyákon a *Leiter-Mikulicz*-féle módosított gastroscoppal végezte, hol t. i. a platina-sodronyt izzó lámpa helyettesíti mint fényforrás. A 24—36 óráig éheztetett kutyák gyomrát előzetesen (30—35° C.) langyos vízzel kellőképp kimosta, utána középterimére óvatosan felfujta és most a könnyen bevezethető eszközzel tisztán volt megvilágítható a gyomorfal. Az eszköz bevezetését illetőleg kiemelte, hogy az minden esetben könnyen volt kivihető, ha azt úgy eszközölte, hogy a szöglet csúcsa a szájban a felső állkapocs felé, a mellkasban a gerincoszlop felé nézett, de nem volt képes bevezetni az eszközt akkor, ha azt, mint Mikulicz és Oser ajánlották embernél, megfordítva akarta eszközölni. Innen magyarázhatók az eltérő nézetek az eszköz használhatóságát illetőleg is.

Morelli leírta mindenekelőtt a normál-gyomor képét, és ezzel kapcsolatban ismertette azon tüneteket és elváltozásokat, melyeket ily gastroscopikus vizsgálatnál a gyomor falán észlelni lehet. Fontos mindenekelőtt a gyomorfal színe, mely rendszeren rózsavörös, hyperaemiát, illetve anaemiát okozó szereknél ennek megfelelőleg változik. Pontos megfigyelés alá lehet venni a gyomor mozgásait, melyek 3 irányban folynak le: 1. peristaltikus moz-

gások párhuzamosan a gyomor hossz tengelyével; 2. a gyomor hossz tengelye körül és 3. kisebb körkörös mozgások a körkörös haladó izomrostoknak megfelelőleg. Fontosak továbbá azon mozgások is, melyeket a gyomor a diaphragmával kapcsolatban, illetve attól függően végez. Igen jellemző képet nyújtanak maguk a gyomorredők is, melyek a különféle gyógyszerek hatása alatt igen különböző, de az egyes gyógyszerekre nagyon jellemző alakot vesznek fel.

Miután Morelli a normál-gyomor képét röviden vázolta és minden egyes érdeklődőnek kutyán külön-külön bemutatta, a gyógyszeres kísérletei közül is egynehányat ismertetett. Így bemutatta azon gyomor képét, mely 70° C. vízzel (Karlsbadi Sprudel) lett kimosva, kiemelve azon kártékony hatást, melyet ily magas hőfokú vizek ivása a gyomorra gyakorol; bemutatta továbbá a 10° C. vízzel kimosott gyomor képét; demonstrálta a gyomor képét, midőn az állat előzetesen 3 cgm. aurum cyanatum-ot kapott subcutan, egy másik képben ugyanezen gyomrot újabb 3 cgm. adagolása után.

Bemutatta továbbá a karlsbadi Schlossbrunn, a császárfürdői és rudasfürdői vizek hatását, mely utóbbiak hatása, mint azt a gastroszkopikus képek mutatták, teljesen egyenlő, továbbá a trencsén-teplézi-víz, a 2%-os kénhydrogenes víz stb. hatását, a pilocarpin hatását stb.

Morelli a nyert gastroszkopikus képeket le is festette; a festményeket Telegdy ismert rajztanár és festő készítette és pedig természet után; a festmények bámulandó hűséggel mutatják az egyes szerek hatását, mint arról a résztvevő urak egyenként meggyőződhetnek.

Vegyesek.

Budapest, 1894. márczius 30-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. márczius 11-dikétől márczius 17-dikéig kimutatása szerint e héten élye született 448 gyermek, elhalt 281 személy, a születések tehát 167 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 3, roncsoló toroklob 11, hűkhurut —, kanyaró —, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 1, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 13, agyvérömleny 3, rángások 22, szervi szívba 11, tüdő-, mellhártya-s léglob és hűghurut 53, tüdőgümő és sorvadás 47, bélhurut és béllob 15, carcinomata et neoplasmata alia 5, Brigh-t-kór és veselő 9, angol-kór 2, görvélykór 1, veseszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 17, erőszakos haláleset 14. — A fővárosi közkörházakban ápolatott e hét elején 2241 beteg, szaporodás 649, csökkenés 713, maradt e hét végén ápolás alatt 2177. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1894. márczius 19-től márczius 25-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 3, báránymilőben 10, vörhenyben 11 (meghalt 1), kanyaróban 85 (meghalt 4), roncsoló toroklobban 22 (meghalt 5), torokgyikban 5 (meghalt 3), trachomában 18, hűkhurutban 2 (meghalt 1), orbáncban 3, gyermekági lázban 3 (meghalt 1).

— A gyakorló orvosok száma Párisban a legújabb kimutatás szerint 2208. Körülbelül 1000 lakásra esik tehát egy orvos.

— A XI. nemzetközi orvosi congressust márczius hó 29-dikén délelőtt nyitották meg Rómában, az olasz királyi pár jelenlétében, nagy ünnepek között.

— Az aranyos-maróthi megyei közkörházban, a mint azt Lányi Benedek dr. kórházi igazgató jelentésében olvassuk, az 1893. évben összesen 353 beteget (243 férfi és 110 nő) ápoltak. Egy betegre 29-3 ápolási nap esett; egy ápolási nap költsége 58-8 krajczárt tett. A halálozás százaléka 8-5 volt. Nagyobb mütétet 13 esetben végeztek.

—r. T. olvasóinkat figyelmeztetjük Raditz gyógsz. „Tablettae Cascariid. Raditz“ készítményeinek mai számunkban foglalt hirdetésére.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1894. márczius 22-től egész márczius 28-ig ápolat betegekről.

1894.	Felvett beteg			Elbocsátott gyógy.			Mehalt beteg			Maradt beteg			Az ápolat között			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülönő	heveny fertőző	az illői-úti kórházban
Márcz. 22	40	35	75	42	33	75	6	1	7	1137	886	2023	1079	23	35	888
„ 23	37	31	68	19	34	53	7	2	9	1148	881	2029	1076	22	34	897
„ 24	29	28	57	60	48	108	3	—	3	1114	861	1975	1044	21	33	877
„ 25	22	17	39	28	10	38	5	3	8	1103	865	1968	1038	25	32	873
„ 26	25	15	40	36	21	57	—	2	2	1092	857	1949	1036	25	33	855
„ 27	69	50	119	56	49	105	3	3	6	1102	855	1957	1038	26	33	860
„ 28	61	40	101	58	49	107	—	4	4	1105	842	1947	—	26	32	861

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg zuhanyokkal és párolással, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla.

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

13

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnye:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenetlen hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palack címkéjén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

FONTOS! orvos, állatorvos, orvosnövendék urak és betegek részére!

Láz-hőmérő, Pravaz-fecskendő

kipróbált, bizonyítvánnyal, nikkell- vagy kaesuk-tokban, nagy raktár miatt **csak 1 forint.** A legjobb szemüvegek és orrsíptetők, finom prim optikai üveggel mindenféle foglalatban: **már 50 krajczártól kezdve. Recept után fél óra alatt kész.** Vidéki megrendelések pontosan eszközöltegetnek. A legolcsóbb árban ajánlja minden e szakmába vágó ezikkeket.

HELLER ADOLF, optikus
BUDAPEST, KEREPESI-ÚT 27.
A címre kérem vigyázní. ** A címre kérem vigyázní.

Med. univ. Dr. **BÁCSKAY BÉLA**
nyilvános tehénhimlőtermelő intézete

„ARADON“ 13

egész éven át szállít friss és biztos fogamzására nézve mindenkor előzetesen kipróbált oltóanyagot a következő áron:

Egy phioła 50 egyénre (1 gr.)	3.—	100 egyénre való 8—10 phiolába
Két „ 100 „ (2 gr.)	6.—	osztva ————— 7.—
Egy „ 3 „	—50	Saját találmányú szabályozható scartji-
„ „ 15 „	2.—	cator (igen kedvelt oltó-eszköz) 1.25

Lápfürdők a házban.

Az 4



ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka a házban minden évadban.

MATTONI-féle LÁPSÓ száraz kivonat rekeszekben à 1 kiló.
MATTONI-féle LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló.

MATTONI HENRIK, Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

Dr. Temesváry sanatoriuma.

SZÜLŐ- ÉS NŐGYÓGYÁSZATI MAGÁNINTÉZET

Budapest, Városliget, VI., Hermína-út 57. sz.

Terhes, szülő, gyermekágyas és beteg nők felvétele egész éven át. Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus.

Elsőrangú vasmentes savanyúvíz,
szénsavdús, lithium és bornátrium tartalmú forrás

SALVATOR

orvosi tekintélyek által vese-, húgydara-, köszvény- és hólyag-bántalmak ellen, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál rendelve.

Borral használva igen kellemes üdítő italt szolgáltat.

Kapható ásványvíz-kereskedésekben s legtöbb gyógyszerertárban.

A Salvator-forrás igazgatósága Eperjesen.

Budapesten főraktár ÉDESKUTY L. úrnál.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

15

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

Poliklinika: VII., Dohány-utca 31. szám.

Tamar Indien Grillon

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranybántalmak, vértódlás, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekeknek. — Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

A Tamar Indien Grillon Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerertára, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Dr. PAJORSÁNDOR
vezetése alatt

VIZGYÓGYINTÉZET

Budapest, VIII., Szentkirályi-(Ösz-)utca 14.

Egybekötte massage, villanyozással. * Charcot-féle suspensio.

Ugyanitt berendezve Szénsavas aczélfürdők.

LIPIK JÓDFÜRDŐ
SZLAVONIA BÀN.

Kitüntetve: BUDAPEST 1885. LONDON 1892.

Vasuti állomása Pakratz Lipik (d. v.) vagy Okucane (m. á. v.)

Egyetlen jódos alkalikus hőforrás a kontinensen. Állandó hőfoka 64° C. Hegyek által védett égalj. A legnagyobb fénynyel és pompával berendezett és szinpaddal ellátott gyógyterem, valamint hasonló nagy fényüzéssel kiállított új étterem és kávéházi helyiségek és egy nagy új gyógyszálloda. Villamos világítás. Pompás és nagy fedett sétány bazárhelyiségekkel. Porcellán, márvány és izasztó fürdők, új s terjedelmes fürdőmedencék. A fürdő a nyugateurópai nagy fürdők helyére szívesen látásra lett emelve.

A lipiki alkalikus jódos hévíz ivó- és fürdőkurának a legjobb sikerrel használtatik a test nyákhártyáinak mindennemű hurutos bántalmainál (gyomor-, bél-, gégehurut stb.), mindennemű eszós és köszvényes bajoknál, mirigy- és vérbajoknál, görvélykórúknál, izzadmányoknál stb. Mint hivatalos fürdőorvos dr. Marschalko Tamás működik.

Mérsékelt árú menetjegyek a déli vasúton 33% menettérti jegy; a m. á. vasúton zóna.

JÓDVÍZ-SZÉTKÜLDÉS

mindig friss töltésben az igazgatóság által. Főraktár Magyarországon: Édeskuty L., Mattoni és Wille ásványvízkereskedőknél Budapesten. Bármely felvilágosítással készséggel szolgál

a lipiki fürdőigazgatóság.

Hazánk legkedveltebb savanyúvize.

Borral használva kiterjedt kedveltségnek örvend

a mohai

ÁGNES

forrás.

Legjobb asztali és üdítőital. Kifünő szolgálatot tesz az emésztési zavaroknál.

A Kolera-megbetegedés ellen präservatív gyógyszernek bizonyult.

Friss töltésben mindenkor kapható

Édeskuty L.

cs és kir. és szerb kir. udvari szállítónál Budapest.

Ugyiszintén minden gyógyszerertárban, fűszerkereskedésben és vendéglőben.

Vinum sagrae genuinum „Liebe“.

Palaczkok 210, 350 és 800 grammal.



14 érem és oklevél.

A Cascara sagrae jó ízű folyékony kivonata 1:15 fajsúlylyal 42% extractív anyagokkal (1 köbctm. = 1 gr. kéreg) minden nehézmény vagy kár nélkül fokozza a peristaltikus mozgást, mi mellett rendszeres pépes, ritkábban folyékony székelés következik be; szabályozza az emésztést hosszabb időre, jól eltartható és hosszú időn át használható. — Liebe Sagrae-borát a „Sagrae-bor“ név bitorlásával utánozzák; kéretik tehát egyenesen „Liebe“-félét rendelni a gyógyszerertárakban.

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 teljes orrképlésnek egy új módja.¹

Közi *Herzel Manó* dr., a Szt. István-kózkórház rendelő sebésze, egyetemi m.-tanár.

Teljes rhinoplastikáról a szó szoros értelmében csak oly esetekben lehetne szó, a hol az orrból már semmi sem létezik, tehát mindent pótolni kellene. Ez azonban az eseteknek legkisebb számában van így, többnyire fennmaradtak még az orr rudimentaris részletei, melyeket természetesen meg kell tartani és felhasználni a képlésnél.

Ma már rendszeren azon műtéteket nevezzük teljes orrképléseknek, melyeknél mindkét orrszárny, az orresücs és az orrsövény az orr csontos vázának mellő határáig pótlandók. A nagyfokú luposus pusztítások ily eseteket szolgáltatnak, ilyenekre vonatkozik a leírt teljes orrképlések legnagyobb része és a bemutatandó eset is, a mit eleve megjegyezni bátorodom.

Az eddig végzett teljes orrképlések eredményei az első hetekben a végzett műtét után tényleg elég szépeknek voltak mondhatók; a műtők rendszeren siettek is a műtétet közvetlenül követő időtartamot gyorsan felhasználni, a szép eredményt orvostársaiknak bemutatni.

Azonban nagyon helyesen jegyezte meg már *Larrey*, hogy az operáltakat jóval a műtét után kell látni; tényleg akkor az esetek túlnyomó számában tapasztaljuk, hogy tekintve azon körülménytől, hogy az orrlíkok nem maradnak elég tágak és átjárhatók, a minek különben ólomosövek húzamosabb használata által elejét vehetjük, többnyire az orresücs beesik, az orrháttal együtt lelapul. A francia módszerek szerint a pofából képzett orrok még jobban eltorzítatnak a zsugorodás által, mint a homlokból képzett orrok.

Az eltorulás meggátlására különféle módszereket használtak; így első sorban mechanikus módszereket. Ide tartozott az annak idején ismert *Graefe*-féle „eductor“, *Klein* és *Rust* arany-, *Galensowszky* ólom-, *Tirel* platinarácsai; *Leistik* borostyánkőből akart támaszt készíteni; *Krassin* aranygerendezet beferrasztását, *Äyräpää* kaucsuktámaszték alkalmazását kísérlették meg a nyeregornál. Mindezen prothesisek azonban izgatnak és a betegek nem sokáig képesek azokat hordani.

Langenbeck volt az első, a ki osteoplastikus módon iparkodott az orr behorpadásának elejét venni. Ő az apertura pyriformis széleinek szabaddá tétele után kétoldalt szűrőfűrészszel két-két $\frac{1}{2}$ —1 cm. széles csontléczet választott le, úgy hogy ezek a felső állsonttal összefüggésben maradtak; ezeket tetőszerűleg felállította és a csontthártyával bíró homloklebenyt ezen gerendézetre fektette. Ez eljárás a csont megfelelő hajlékonyságát telelezi fel, a mi azonban rendszeren hiányzik, minthogy az eleinte ulceráló és később hegedő folyamatok következtében a csont sclerosál. A készített csontléczek hajlításra betörnek, és ha fel is állíthatók, később nekrotizálnak, míg a homloklebeny csontthártyája, mint azt *Balassa*, *Billroth*, *Bigelow* kimutatták, új csontot alig képez, vagy csak

¹ Betegbemutatással előadatott a kózkórházi orvostársulat márczius 7-diki ülésén és a XI. nemzetközi római orvosi-congressuson.

már olyankor, midőn a lebeny zsugorodásának elejét venni nem lehet.

A zsugorodásnak iparkodtak elejét venni a homloklebeny lágyrészszel való alapárnázásával is. E tekintetben említésre méltó *Thiersch* módszere, ki pofából kétoldalt vett lebenyeket visszahajtván, a középvonalban kötőszöveti felületeikkel egymáshoz illesztette és így orrsövényt is képzett; azután fektette le a homloklebenyt.

Wood az orresücsöt a felső ajkból vett bőrlebenynyel párnázta alá, míg *Hütter* a láb kis újjának leválasztott hegyét ékelte be, hogy az orresücsöt emelje. *Hardy* egy furcsa eszmét vitt véghez; egy 16 éves leánynál a bal mutató ujj felfrissített hegyét a defectus felső széléhez varrta oda és 15 hét után az ujjat a második ujjperc közepén a kéztől lemetszette; igaz, hogy az odaforrt ujj nem nekrotizált, mindazonáltal a műtétnek haszna, mütő saját bevallása szerint, csekély volt, úgy hogy alig fog valaki vállalkozni, hogy az ujjból nagyobb darabot használjon fel, mint azt *Hardy* ajánlja.

Bardeleben 1867-ben és az ő módszerét tovább fejlesztve *Volkman* és *Hütter* a zsugorodás gátlása céljából az orrgyök bőréből képeztek patkóalakban az apertura pyriformis széle körül lebenyt, melyet 180°-ra visszahajtván, a homloklebenyt rá fektették. Tény az, hogy ezáltal, mivel széles seb felületek fektésznek egymással szemben és az orrürr felé is hámfelület tekint, igen jól eleje vétetik a heges zsugorodásnak. Azonban az orrgyöklebeny kicsiny rugalmassága, csekély tendenciája régi helyére visszatérni; nem emeli az orresücsöt annyira, a mennyire szükség volna.

Hogy ezen követelménynek eleget tehessek, a bemutatandó eset műtévesénél oly eljárást projectáltam és vittem ki, melynél kész csontanyagot az apertura pyriformis szélén való rögzítésével képeztek szilárd orrvázat, hogy az orr zsugorodásának és behorpadásának elejét vegyem.

Szemem előtt lebegtek ezen törekvésnél azon műtéti modorok, melyeket nyeregornál *König*, *Israel*, *Czerwinsky*, *Bobroff*, *Diakonoff* és magam is alkalmaztam bőr-, csontthártya- és csontlemezzel által képezett lebeny készítésével és közbetolásával.

Az orrhát és orresücs képzésére a csontos orrfedélből vettem az osteoplastikus anyagot, és mint a bemutatott esetben látni méltóztatnak, a kísérlet kitűnően sikerült.

Eljárásom a következő:

A műtét chloroform-morphium-narcosisban hajtatik végre. A képlendő orr bélésétől mindenekelőtt egy háromszög-alakú orrgyöki lebeny képzése céljából az orr tövétől a középvonaltól kiindulólólag le- és kifelé az apertura pyriformis szélétől $\frac{3}{4}$ cm.-nyire kifutó két metszés ejtetik meg, melyek egyenként $3\frac{1}{2}$ cm. hosszúak; a metszések a csontthártyát is átszelve a csontig hatolnak. Ezután gyenge vésőcsapásokkal le lesz választva a csontos orrfedélnek a háromszögű lebeny alá eső, körülbelül $2\frac{1}{2}$ cm. magasságú részlete. A levéselt részlet egy vékony elevatoriummal kiemeltetik és a vele összefüggő csontthártya és fedő bőrlebenynyel egyetemben 180°-nyira áthajlított olyképp, hogy a hámfelület az orrüreg felé, a csontlapok pedig felfelé nézzenek.

Ezen erőszakszerűleg előugró bőresontlebenyek táplálkozása az apertura pyriformis szélén levő bőrhídon át történik. A

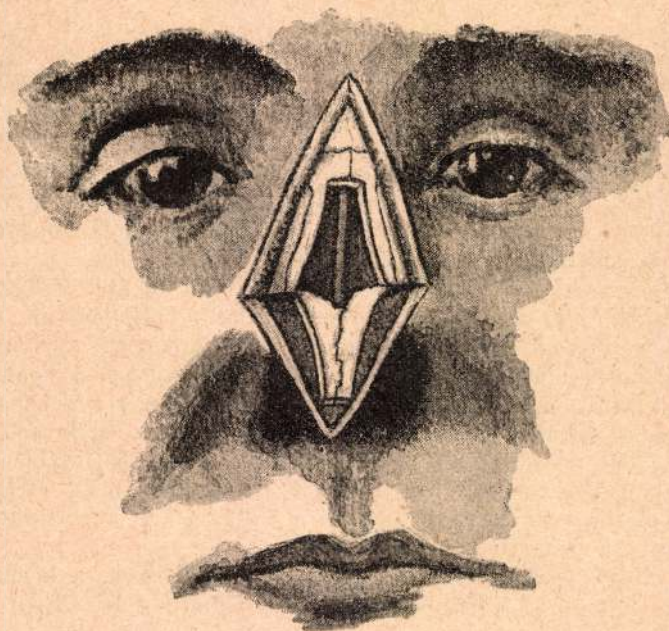
lebeny rugalmasságánál fogva, de nevezetesen azért, mivel a levéselt, az apertura pyriformis csontszélére támaszkodó csontlemez tendenciával bir régi helyére visszatérni, természetesen állandóan emeli a rája fektetett homloklebenyt, emeli az orr csúcsát és biztosítja profilját. Annál inkább teszi ezt ezen orrgyöki bőrsontlebeny, mennél szélesebb és ellenállóbb alapra támaszkodik, a miből kiviláglik, hogy a legszebb eredményeket ott lehet várni, a hol még egy kevés porezrészlet is visszamaradt az orrból az apertura pyriformis felső szélén.

Az áthajlított, kivésott orrsontok distalis részén, mely az orrgyöknek felel meg, a csontanyag vastagabb; itt szükséges csontesipővel a tömeget kissé vékonyítani.

Ha az orrsontok kivésése elég elővigyázattal történt, az orrüreg nyákhártyája alig lesz megsértve, úgy hogy az orrsontok kiemelése után az orrüreg nyákhártyával van elzárva és az ekecsont kissé kingerő széle által ketté osztva.

Az orr képlésére szolgáló homloki lebeny azután akként lesz kikészítve, a mint eddig szokásban volt. Csak egy körülményre akarom itt a figyelmet felhívni, a mi a homloklebenynek az apertura pyriformis széleihez való odavarrását illeti.

Az apertura pyriformis oldalsó és alsó részein a képlendő orrszárnyak és bőrös orrsövény odavarrása ezéjából 1 cm.



1. ábra.

széles friss seb készítették. Természetesen kétoldalt azon helyeken, hol a visszahajtott orrgyöki lebeny táplálkozási hidja van, nem tanácsos ennek átmetszésével a lebeny táplálkozását veszélyeztetni. A felfrissítés e helyen annál kevésbé szükséges, mert az orrszárnyak minden hátrány nélkül így is szilárdan odaforrnak. Azonban ettől eltekintve, ha a levarrás nem történik egész folytonosságban, az orr alakja sokkal tetszetősebb lesz, mint az a bemutatott esetről az egyik oldalon, a hol az említett bőrhíd átvágva nem lett, jól szembejűnik. Ugyanis a homloki lebeny középső része, mely e helynek megfelel, a granulatiók vongalása által zsugorodik, behuzódik, úgy hogy ennek következtében az orrszárnyak kerekdeden prominálnak és a normalisnak majdnem megfelelő alakot nyernek.

Az orrgyöki bőrsontlebeny a homloki lebenyhez néhány catgut-varrattal lesz rögzítve; a homloki lebeny bevarrására selyem használatik.

A bőrös orrsövény képlésére jelen esetben vettem ugyan anyagot formájának megfelelő kimetszéssel a homloklebenyben. Volkmann eljárása szerint azonban nem egyesítettem ezt a felső ajkkal, hanem szabadon hagytam lelőgni már azért is, hogy lássam mennyire képes az orrgyöki lebeny az orrsücs prominentiáját biztosítani. Gyógyulás közben ezen orrsövény-lebeny zsugorodott, szabad széle befelé vongalódott és a

gömbölyű, kissé leeső orrsücs alatt egyetlen orrnyílás volt, mely a mutató ujj csúcsának volt átjárható.

Később a felső ajkból képeztem orrsövényt azon eljárással, melyet *Billroth*, mint élete utolsó műtéteinek egyikét, egy hasonló esetben alkalmazott.

Az eljárás ez. A felső ajkból egy minden rétegen áthatoló, tehát a nyákhártyát is magában foglaló I-alakú lebeny vágatik ki, melynek gyöke az ajkpirnál marad összefüggésben. A lebeny nyákhártyája 2—3 varrattal a bőrhöz egyesítettik, és a lebeny kiemelése után maradt hiány összevarratik. A lebeny csúcsa ekkor az ékalakúlag felfrissített orrsücshez rögzítettik.

10—12 nap múlva az orrsövény az orrsücshez erősen odaforrt, úgy hogy további 4—5 nap lefolyása alatt naponként végzett egy-egy kis ollócsapással a sövény régi gyökétől teljesen le lett választva és 2 cm.-rel feljebb egy frissen készített sebmederbe beillesztve.

A leírt eljárások szerint lett operálva.

E. J., hódmezővásárhelyi földműves 22 éves leánya. Szülei és testvérei élnek és egészségesek. A családban gümőkór nem fordult elő. Beteg 6 éves korában kiütést kapott arcán, mely gyógykezelés dacára bőrét kifekélyesítette. Lassan átmentek a fekélyek az orr szárnyaira, csúcsára, úgy hogy már 19 éves korában az orr legnagyobb része el volt pusztulva. Mivel a nyílt sebek sehogysem akartak gyógyulni és a fülek is kifekélyesedni kezdtek, Schwimmer tanár osztályára vettette fel magát, hol éles kanállal és Paquelin-égetéssel a legjobb eredménnyel kezeltetett.

Felvételnél a különben jó színben levő erőteljes beteg mellkasi szervei épek. Az arczbőr, eltekintve kevés ép szigettől, esupa esikos vékony heg. A jobb fül luposus fekélyektől borított, 2 helyen átlíkadott. A bal fülön sokszoros hegek. Nyákhártyák épek; ép úgy a homlok bőre is. A porezos mozgékony orr teljesen hiányzik, csupán a esontos orr van meg vékonyodott és heges bőrborítékával.



Műtét előtt.

3. ábra.

Műtét után.

Rhinoplastica 1893. április 19-dikén chloroform-morphium-narcosisban. A képlendő orr béléseül mindenekelőtt a leírt módon a 3 1/2 cm. hosszú orrgyöki bőrsontlebeny képeztetett.

Az *apertura pyriformis* mellső szélei felfrissítették ott, hova az orrszárnyak voltak beültetendők. A bőrsontlebeny táplálkozási hidja baloldalt érintetlenül hagyatott, jobboldalt



2. ábra.

nagyon sekélyen $\frac{1}{2}$ cm. szélességben epidermisfelületétől megfosztatott, hogy a homloklebeny szélével egyesíthető legyen.

A homloklebeny Dieffenbach-féle minta szerint a hiánynál egy harmaddal nagyobbra vésztetett, s átfektetése után (eltekintve az említett baloldali bőrhíd helyétől) mindenütt esomós selyemvarratokkal egyesítettett a sebszélekkel.

A septum cutaneum szabadon lógott a jodoform-gaze-val tömösölt orrüreg felé. A homlokseb kisebbitése selyemvarratokkal. Ragtapasztkötés.

A *lefolyás* tökéletesen zavartalan és láztalan volt. A naponkénti kétszeri kötészváltoztatásnál nagy örömeinkre szolgált, hogy az átfordított, az orrüreget bélelő homloklebeny rózsás színű volt, tehát elég jól lett táplálva. Magában az új orr substantiájában nem mutatkoztak semmiféle gyuladós folyamatok, a mi remélni engedte, hogy a esontrészek összeforrva környezetükkel solidan be fognak nőni.

Műtét után *nyolczadnapra* (április 27.) a varratok ellettek távolítva, a sebszélek per primam gyógyultak; a be nem varrt helyen az orrlebeny granulál, kissé zsugorodik.

A következő napokon mind világosbá vált, hogy a felső szélén be nem varrt, tehát bal orrszárny szebb lesz a bevarrtnál; mert a sarjadzások következtében a sebszél baloldalt befordult, az orrszárny ez által kidomborodik és a természetes formához közelebb áll.

A beteg ezután még néhány hétig gummicsöveknek az orrlyukakba való bevezetésével kezeltetett és miután az orrgyökön az áthajlás helyén levő bőrdudor cocain-anaesthesia alatt exstirpáltatott, hazabocsáttatott oly utasítással, hogy őszre, mikorra az új orr megüledett, esetleg correcturák foganatosítása céljából ismét jelentkezék.

Újévre feljött. Orrával rendkívül meg volt elégedve, a septum hiánya nem bántotta; de bántotta, hogy a jobb szemöldöke magasabban áll a balnál.

Tényleg a homlokokon a jobb szemöldök felett, megfelelőleg azon helynek, mely sarjadzás által gyógyult, egy háromszögletű alapjával a hajzatos fejbőr, csücsával a szemöldök közepe felé néző rózsaszínű bőrhég látható, mely a felső szemhéjját felfelé húzza, de nem annyira, hogy a szem becsukható ne legyen. Az orr jól prominál, csücsa gömbölyűen lehajlott, septum hiányzik.

E miatt 1894. január 3-dikán javító műtét végeztetett narcosisban. Előbb az orrsövény képeztetett a már a bevezetésben ismertetett mód szerint, azután a jobb szemöldök letolása céljából azzal párhuzamosan börmetszés ejtetik, a bőr lepraeparáltatik és az így támadt félholdalakú hézagba a felső karról vett Thiersch-féle bőrlebeny ültetett át, mely szépen oda is gyógyult.

Most, tehát *majd 10 hóval a főműtét után*, az orr alakja igen tetszetős, profilja kimagasló, orrsücsa szép, az orrsövény erős, az orrír belül bőrrel van bélelve, úgy hogy az orr alig fog zsugorodni, magában az orr gyurmájában a esontlemezek jól átérzhetők. Az orrlyukak, melyek most ólomesövekkel kezeltetnek, elég tágak, úgy hogy az eredmény ez esetben mi kívánni valót se hagy fenn.

A syphilis gyógykezeléséről.

Marschalkó Tamás dr., lipiki fűrdőorvostól.

(Folytatás.)

Hogy azonban a syphilidologok egy része ezeknek daczára a chronikus intermittens higanykezelést még mindig nem akarja elfogadni, oka az, hogy azon kérdést, hogy melyik módja a kezelésnek a jobbik, abszolút biztossággal eldönteni csak úgy lehetne, ha rendelkezniék nagyobb statistikákkal, a melyek segítségével a különféle módon kezelt syphilis-eseteket egymással össze tudnók hasonlítani; azonban a dolog természetében fekszik, hogy ez legalább egyelőre nem lehetséges; mert miután a tapasztalás azt bizonyítja, hogy tertiaer megbetegedések az infectio után 25—30 év mulva, esetleg még későbbben is feléphetnek, természetes, hogy a syphilis-betegeket életük

végéig kellene megfigyelés alatt tartani, sőt ez sem lenne elégséges, mert nem lehet tudni, hogyha valaki időközben egy intereurrens betegségben meghal, nem-e kapott volna tertiaer tüneteket, ha tovább élt volna, ilyen statistikákról tehát egyelőre le kell mondani. Neisser ugyan már 1886-ban a wiesbadeni congressuson felhozta ezen kérdést, és azt ajánlotta, hogy annak megoldására álljanak össze az összes syphilis-orvosok, és iparkodjanak nemcsak lehetőleg nagy számú és gondosan észlelt syphilis-eset lefolyását ab initio kikutatni, de még inkább a jövőben észlelés alá kerülő friss syphilis-esetek bizonyos meghatározott elvek szerint kezelve, hosszú ideig, lehetőleg évtizedekig gondosan megfigyelni, ez által egy nagy statistikának lehetne megvetni alapját, melyből habár főképp csak a jövő nemzedéknek lenne is haszna, de a melylyel a syphilis-therapiának a mikéntjét meglehetősen biztossággal meg lehetne határozni, mert az ezen statistikához a dolog természeténél fogva esetleg mégis tapadó hibákat az eseteket nagy száma ellensúlyozná. Ezen merészen kigondolt terv, bár eredetileg általános helyesléssel találkozott, eddigelé csak egy pium desiderium maradt, és azt hiszem, az is fog maradni; és így nem marad egyéb hátra, mint megfordított módon egy nagyobb syphilis-anyagból kikeresni a tertiaer eseteket, és gondos körelőzmény által iparkodni a tertiaerismust okait kifürkészni: egy ily statistikát, mint már említém, én is állítottam össze, a mennyiben Boroszlóban létem alatt átdolgoztam az ottani bőrgyógyászati kóroda és poliklinika tertiaer-syphilis anyagát az utolsó tíz évről, ezenkívül Neisser tanár magángyakorlatának syphilis-anyagát, melyet oly szíves volt rendelkezésemre bocsátani, ehhez járulnak még a lipiki gyakorlatom alatt az utolsó 9 évben észlelt esetek, úgy hogy bár csak azon eseteket vettem fel a statistikába, a hol a körelőzmény az előre ment gyógykezelésre vonatkozólag pontosan fel volt véve, mégis egy nagy, körülbelül 700 tertiaer syphilis esetet magában foglaló statistika felett rendelkezem, a mely nagyságra így is a második helyet foglalja el az eddigi statistikák között. Az első helyen a Fournier-féle statistika áll.

Nézzük most már, tisztelt orvosegyesület, mit bizonyítanak ezen statistikák?

Vegyük először is azon kérdést, hogy lehet-e épen a tertiaerismus veszélyére való tekintettel különbséget tenni könnyű és súlyos kezdeti syphilis közt, hogy van-e valami alapja a „concordantia” törvényének? Már előbb jelzém, hogy *ennek absolute semmi alapja sincs*, és valóban igaza van Fourniernek, hogy a syphilis jelene egyáltalán nem képez tükröt a jövőendő számára. Ime itt bizonyíték, tisztelt orvosegyesület:

Fournier egyik statistikája szerint 100 agy-syphilis-eset közül, a melyek tehát a tertiaer syphilis legsúlyosabb fajához tartoznak, 17 esetben a syphilis kezdetben egész jóindulatú volt, úgy hogy 12 esetben az intelligens betegek — Fournier statistikája magángyakorlatának betegeiből van összeállítva — nem is észleltek másodlagos tüneteket; 54 esetben csak egész könnyű másodlagos tünetek, roseola, nyákhártya plaques-ok stb. voltak jelen; 22 esetben középerősök voltak a tünetek, és csak 7 esetben léptek fel súlyosabb másodlagos tünetek részben korai hajlammal a tertiaer tünetekre; a 22 középerős esetet, a melyek sem pro, sem contra nem számítanak, levonva, 78 eset közül 77-ben könnyű vagy egész könnyű másodlagos syphilis volt jelen.

Fournier egy másik táblázata szerint 1600 eset közül 1424-ben, tehát circa 90%-ban a tertiaer syphilis egészen jóindulatú s könnyű másodlagos tünetek után lépett fel.

Ugyanezt én is megerősíthetem statistikám alapján; a klinikai tertiaer syphilis betegek több mint 48%-a egyáltalán nem észlelt másodlagos tüneteket, a magángyakorlat betegeink pedig több mint 24%-a, a hol pedig másodlagos tünetek észlelve lettek, ezek az esetek legnagyobb számában az enyhébb vagy plane legenyhébb tünetekhez tartoztak.

Látjuk tehát, tisztelt orvosegyesület, hogy *épen megfordítva, a kezdetben jóindulatú és enyhe esetek képezik a tertiaer syphilis legnagyobb százalékát*, s pedig épen azért, mert ezen esetek legtöbbszörre vagy épen nem, vagy csak felületesen lesznek kezelve; a *legfontosabb tétel ugyanis*, a melynek

ismeretéhez főképp a tertiaer statistikák vezettek, s a melyet Fournier már 20 év előtt állított fel, az, hogy a tertiariusmus főoka a korai időszak kezelésének, és pedig higany-kezelésének a hiánya vagy felületes volta, és e tant valamennyi szerző, a ki a tertiaer syphilissel foglalkozott, egybehangzólag megerősíti; és ebből következik, tisztelt orvosegyesület, a syphilis gyógykezelésének azon egyik legfontosabb elve, hogy nem szabad különbséget tenni könnyű és nehéz kezdeti syphilis között, hanem lehetőleg minden syphilist egyforma elvek szerint kell kezelni, és én egészen nyíltan kimondom, hogy szerintem nagy hibát, a mely keserűen megboszulhatja magát, követ el az az orvos, a ki syphilitikus betegét csak azért, mert a tünetek enyhék és a betegnek semmi nehézséget sem okoznak, nem kezeli, vagy nem kezeli elég kiadóan.

És most az a kérdés, tisztelt orvosegyesület, hogy milyen legyen ezen higanykezelés?

Az egyes szerzők közül, a kik a tertiaer syphilisről statistikákat állítottak össze, csak Fournier osztályozza a higany-nyal kezelt és mégis tertiaer megbetegedett egyéneket a higanykezelés mineműsége szerint, és így azon kérdés eldöntésére, hogy melyik higanykezelés a legjobb, csak az ő statistikáját lehet felhasználni. Nézzük adatait: 1703 tertiaer syphilis eset közül csak 59 eset, tehát 3.5% volt huzamosabb ideig, legalább két évig, intermittens higanykezelésnek alávetve, és ezek közül csak 6 eset, tehát nem egészen 1/2% volt 3 évig kezelve, a mennyi ideig Fournier szerint a kezelésnek legalább tartani kell, 1644 esetben a higanykezelés vagy semmi, vagy elégtelen volt.

Én statistikám összeállításánál szintén tekintettel voltam erre, és gondosan osztályoztam az eseteket, és ismét teljesen megerősíthetem Fournier adatait; a tertiaer syphilisben megbetegedett egyének közül legalább két évig tartó intermittens higanykezelésben a kórházi betegek körülbelül csak 1%-a, a magánygyakorlat betegeinek pedig csak körülbelül 2%-a részesült, középértékben tehát körülbelül másfél százalék, azaz 200 tertiaer syphilitikus beteg közül átlag csak 3 volt a korai időszakban legalább két évig tartó intermittens higanykezelésnek alávetve.

Ezen számok, tisztelt orvosegyesület, olyan bizonyítékokat képeznek, a melyek bizonyító erejét lehet talán megkísérteni, meggyengíteni azon ellenvetés által, hogy minden statistikához tapadnak hibák, de megdönteni nézetem szerint nem lehet.

Ez különben csak természetszerű folyománya annak, a mely hatást a tüneti kezelés hívói is legnagyobbbrészt elismerik hallgatagon, a mennyiben syphilitikus betegeiket egy második személyre való tekintettel akkor is kezelik, a midőn absolute semmi tünet sincsen jelen, így pl. terhességeknél, különösen pedig ide tartoznak az ú. n. „biztonsági kurák“ házasságkötések előtt. Nemde tisztelt orvosegyesület, ez azt jelenti, hogy az illetők maguk is meg vannak győződve a higany praeventiv hatásáról, de hát akkor miért alkalmazzák azt csak egy harmadik személyre való tekintettel, a syphilitikus egyén házastársa, vagy gyermekeire való tekintettel, hisz első sorban a beteg saját érdeke jó és csak azután a hozzátartozóié.

Ugyanezt jelenti, a midőn majdnem mindenik kiemeli az első kura fontosságát, és megkívánja, hogy az még jóval a tünetek eltűnése után is folytattassék; nem-e azon czélzattal történik ez is, hogy a syphilis vírusát találjuk; nem lenne sokkal észszerűbb, ha már valaki a higany praeventiv hatásáról meg van győződve, hogy akkor a syphilisnek azon első éveiben, a midőn a betegeket nem tartjuk gyógyultnak, hanem csak „tünetnélkülieknek“, a mely idő alatt a nőstülést is megtöltjük, és a mely középszámítással 3 évet tesz ki, az illető betegét ez idő alatt praeventive és profilaktikusan kezelje is, plane miután azt a legtöbben elismerik, hogy egy ilyen — orvosi ellenőrzés s kautelák mellett véghezvitt chronikus higanykura egy különben egészséges egyénnél, ha a megfelelő pauszokról gondoskodunk, egyáltalán nem veszedelmes; már pedig ismételve hangsúlyozom, hogy mi nem kezeljük chablonszerűleg a betegeinket, hanem szorosan individualizálunk, és a kurákat a beteg egyéniségéhez, alkatahoz, táplálkozási viszonyaihoz stb.

mérjük; hisz hányszor előfordul a tüneti kezelés mellett is egy, csak kissé makaesabb alaknál, a hol gyakran és gyorsabban követik egymást a recidivák, hogy a betegek még több, és erőlesebb higanygyógymódot csinálnak, mint átlag a mi chronikus intermittens kezelésünk mellett.

Azt is mondják ezen kezelés ellenségei, hogy ők ennyi és ennyi esetet láttak, a melyek egy egyszeri higanykurát csináltak, és mégis évekig egészségesek maradtak; eltekintve attól, hogy ezen észleléseknek, ha csak nem évtizedekre terjednek ki és nem nagyobb számú esetekre vonatkoznak, csak igen relativ értékük van, nekünk sohasem jutott eszünkbe tagadni, hogy ilyen esetek léteznek; egészen biztosan vannak olyan jóindulatú könnyű syphilis-esetek, a melyek huzamosabb kezelés nélkül is jól folynak le, csak hogy kezdetben absolute nem vagyunk képesek megmondani, hogy melyek hát ezek az esetek, és azért lehetőleg minden betegünket egyformán hosszasan kezeljük, habár tudjuk, hogy sok esetben a kezelés talán felesleges, de teszszük ezt azért, mert meg vagyunk győződve róla, hogy nem ártunk vele, és hogy csak ily módon sikerül a tertiariusmus veszélyeit, ha nem is absolut biztosan megszüntetni, de legalább a minimumra leszállítani, mert bár azt is mondják, hogy a mi kezelésünk mellett sem gyógyul minden eset absolut biztosan, és mi ezt nem is tagadjuk, azonban azt egészen határozottan állíthatom, hogy azon syphilis-esetek száma, a melyek a chronikus intermittens higanykezelés dacára is tertiaer megbetegedéseket mutatnak, a többiekhez viszonyítva csak egy csekély törtszámot, egy minimumot képez.

És így egy másik nem kevésbé fontos elv a syphilis terapiájában, melynek helyességét bebizonyítani mai előadásom főtörekvése vala, az, hogy legyen a higanykezelés a kellő megszokások mellett lehetőleg hosszúra nyújtott, minden tekintet nélkül arra, hogy tünetek esetleg nincsenek jelen, mert hisz mi a higanykezelés által nemcsak a tüneteket akarjuk visszafejlődésre bírni, hanem magát a betegséget meggyógyítani; hogy ezen kezelés mennyi ideig tartson, erre nézve mint mondtam bajos szabályt felállítani, a földolog, hogy a principiumot megtartsuk; annyit azonban megemlítek, hogy nézetem szerint a kezelés minimuma két esztendő, de terjesztük ki azt, ha csak lehetséges, a harmadik esztendőre is.

A mi a jod hatását illeti, tisztelt orvosegyesület, talán feltűnő, hogy eddig meg sem emlékeztem róla, ennek oka az, hogy nézetünk szerint a jodnak magára a syphilitikus vírusra hatása nincsen, vagy csak alig van, és így az a higanyt egyáltalán nem képes pótolni, és azért mi a korai időszakban jodot vagy épen nem, vagy csak igen ritkán alkalmazunk; felette fontos azonban a jodnak hatása ott, a hol helybeli, részben szétesésre hajlandó folyamatok, góczok felszívódásáról van szó, és így a jodkezelés különösen a tertiaer syphilisnél érvényesül, és itt tényleg a legnagyobb fontossággal bír; de miután a fentebb említett felvételt azon tapasztalásunk is megerősíti, hogy azon tertiaer esetek, a hol csak jodkezelés alkalmaztatik, ép oly gyakran recidiválnak, mint a melyek épen nem lesznek kezelve, ezzel szemben azonban azon esetek, a hol a jodkezelés mellett, vagy azt követőleg higany is lesz alkalmazva, sokkal ritkábban mutatnak visszaeséseket: ezért mi a tertiaer syphilist is mindig vegyesen joddal és higanynyal kezeljük.

A higanykezelésen kívül, habár csak másodsorban, majdnem mindenik szerző, a ki a tertiaer syphilissel foglalkozott, kiemeli, hogy minden olyan körülmény, a mely a szervezet ellenálló képességét csökkenti, így rossz hygienikus viszonyok, rossz táplálkozás, excessusok stb., különösen pedig az alkoholizmus elősegítik a tertiariusmus kifejlődését, a miből következik, hogy a higanygyógymód mellett igyekezni kell betegünket jó hygienikus viszonyok közé hozni, gondoskodni kell jó levegő, jó táplálkozás, kiadó mozgás által stb. a kellő anyageseréről, és a mi a syphilis hygienejében a földolog: tiltsuk meg az excessusokat.

(Folytatása következik.)

A diphtheritis specifikus gyógykezelésének mai állása.

Szana Sándor dr., gyakorló orvos.¹

Alig hogy Bretonneau e század 20-as éveinek elején bámulatos genialitással s utánozhatlan szorgalommal megállapította volt a diphtheritis kórképét, kórtanát, epidemiológiáját, kórboneztanát és sebészetét, összeállította volt pedig az angina maligna, angina necrotica, egyptomi betegség, male in canna, garotillo, maladie suffocatoire zavaros fogalmaiból, már azonnal hozzá is fogott e betegség ellen specifikus gyógyszert keresni. S a tény önmagában, hogy ő egy ily specifikus gyógyszert keres, ép annyira bizonyít genialitása mellett, mint a tény, hogy ő a betegség contagiositását megállapította s bizonyította, midőn még harminczkilenc évvel később Gerhard sem hisz benne egészen. Mert bármily természetesnek s magától érthetődőnek látszik ma nekünk a törekvés specifikus gyógyszerek keresése után, oly kevésbé természetes volt ez még a század közepén is, midőn Virchow a pneumonia gyógykezeléséről értekezve, egy specifikus gyógymód keresését „eine geistige Verirrung“-nak nevezi, s azt mondja: „sich selbst als Specifiker überhaupt auszugeben, setzt entweder eine wesentliche Störung in der Erkenntnis oder bewusste Charlatanerie voraus“.

Egyáltalán gondolkodóba kell hogy essünk meggyőződéseink s tudásunk alapjai felett, ha mi, kik öntudatos mosolylyal sajnálkozunk s bosszankodunk az egytgyű nép felett, mely carbolos s izoláló rendszereinkbe feltétlenül beleegyezni nem akar, ha meggondoljuk, hogy a nagy Virchow az 1847-diki sziléziai typhus-járvány tanulmányozására kiküldve, mint prophylaxist Felső-Szilézia nemzeti reorganisatióját, a katolikus hierarchia megszorítását, a papirbureaukratia eltörlését ajánlja.

Bretonneau, ismétlem, már egész buzgósággal keresett specifikumot klinikailag s experimentaliter, mert hogy az unguentum egyptiacum, melyet az egyptomi betegség ellen ajánlottak, s mely rezes méz volt, czéljának nem felel meg, csakhamar világos volt Bretonneau előtt. Ép úgy hamar átlátta, hogy a rézbevezetés ártalmas, a hánytatók, vesikantiák s más elvezető eljárások, mint purgantiák, sinapismák felette kétes értékűek. Csak két szernek tulajdonított specifikus befolyást a betegség lefolyására s ez a polygala s a calomel. Az elsőnek hatását úgy gondolja, hogy a nyákhártya bővebb secretiója által az állhártyák leválása könnyebben megy s tényleg a polygala főleg összeköttetésben a calomellel jó szolgálatokat tett is neki. A calomelből hatalmas adagokat ad. Egy 2¹/₂ éves gyermek 63 órán belül 12 gm. calomelt kap. Fel-nőttéknél a calomelt schmierkurával köti össze. Egy katonának hat nap alatt 30 gm. unguentum hydrarg. ciner. duplex-t s egyidejűleg 10 gm. calomelt ad. Daczára e nagy higanyadagnak, higanymérgezési tünetek nem léptek fel. Persze némelykor a higanykezelés igen kellemetlen tünetekkel jelentkezett, főleg ha egyidejűleg székrekedés is állt fenn. Sőt némelykor minden egészen jól folyt le s csak évek után léptek fel általános jellegű elváltozások skorbutszerű kahektikus jelleggel, melyeket Bretonneau a higanykezelésre vezet vissza. Bretonneau különben bő és kimerítő állatkísérletekkel is tanulmányozta a higany hatását. Ezen klinikai, valamint kísérleti eredmények azon véleményre hozzák, hogy a diphtheritis higanyval való kezeléséhez, annak specifikus befolyása daczára, csak szükség esetén fogjunk. Mint specifikus gyógyszer a higany végig vonul a következő évtizedek terapiájában, csak hogy e mellett — az idők jellegénél fogva — a táplálkozásra fektetendő fűsúly lép előtérbe. Németországban inkább nihilismus uralkodik, bár Frerichs, valamint Bohn és Lewin az energikus higanykezelést specifikusnak tartják. Ezen nihilismus daczára s daczára annak, hogy számtalan variatióban hangsúlyozák Bretonneau kijelentését, hogy „la multitude même de moyens aux quels on a eu recours ne prouve que trop l'insuffisance de plus grand nombre“, mégis minden klinikusnak megvan a maga kedvelt diphtheritis gyógyszere.

Az általános szereken kívül még helyi specifikus szerek után keresnek. Bretonneau ugyancsak a calomelt tartotta annak, mely az állhártyák gyorsabb leválását okozza. Ezen kívül még a

¹ Referáló előadás. Tartotta a délmagyarországi természettudományi társulat 1893. évi szeptember 30-diki orvosi szakülésén.

van Swieten ajánlotta sósavban talált szert, mely localiter használva, specifikusan befolyásolja a diphtheritist. És úgy látszik, hogy Bretonneauak éles szeme itt is helyesen látott, mert annyi kétségtelen, hogy a sósav azon kevés szer közé tartozik, melylyel a kísérletileg diphtheritissel fertőzött állatokat a fertőzési hely lokális kezelése által meg lehet menteni. Az a kevés gyógyszer, mely még erre képes, a chlorzink, arany-natriumchlorid és jod-trichlorid a sósavval rokon, a mennyiben az élő szövetekkel való érintkezésben mindannyian szabad chlort választanak ki. E tény ismerete, hogy t. i. a sósav lokális kezelés mellett képes diphtheritis inficiált állatokat meggyógyítani, Behringtől s Boertől származik. Behring először a jodtrichloridra állapította meg e tulajdonságot, majd Boer 40 vegyiszer értékét vizsgálta a kísérletileg előidézett diphtheritis kezelésénél. Vizsgálatainál úgy járt el, hogy inficiálta a tengeri malaczkokat oly erős adaggal, mely tapasztalatilag az állat halálát legkésőbb 36 óra alatt idézi elő. Azután pedig elkezdte a kezelést a vizsgálendő szerrel akként, hogy annak vizes oldatát az infectio helyén három napon át befecskendezte. E vizsgálatoknál, melyek a mercurisok összes higanykészítményeire, továbbá az anilin-festanyagok, az arsen, a benzolsav legtöbb készítményeire s már a diphtheritis kezelésnél szerepet vivő szerekre, mint pl. a kalium chloricumra kiterjedt, kitünt, hogy mindezek a kísérletileg előidézett diphtheritissel semmit, vagy legalább is megközelítően sem használnak annyit, mint a sósav s más a szövetekkel való érintkezésben szabad chlort elválasztó anyagok. De ez anyagok hatása, akkor, midőn velők az infectio helyét kezeljük, nem úgy értekezendő, mintha az infectio helyén befecskendezve, az ott levő csirákat megölik s így tán egyszerre elpusztítják a betegség fészket, ekként eltüntetve a betegséget, úgy tán mintha sebészileg eltávolították volna a betegség fészket. Ez nincs úgy. A chlorelválasztó anyagok s a diphtheritis között direct specifikus összefüggés van, mert 1. e kezelés után immunitás marad vissza, mi, ha a gyógyulás a betegségi fészkek egyszeri eltávolítása folytán jött volna létre, nem lenne lehetséges; 2. az infectio s gyógykezelés helyén pörk képződik, s e pörk alatt még három hét után is élő diphtheritis bacillusok találhatóak, melyek teljesen virulensek, vagyis más állatot promptul inficiálnak. S e tény fundamentalis jelentőségű, mert ezzel vált bizonyossá, hogy lehetnek a szervezetben élő diphtheritis-bacillusok s a szervezet még sem beteg, mert immún e betegségsírak vegyi terményei ellen. Sajnos, óvatosan embereknél végzett kísérletek e szereket részint a határos adagok mérgező tulajdonságainál fogva, részint maró természetük miatt az emberi terapiában nem alkalmazhatóknak mutatták, s így azon a ponton volnánk, hogy az empirikus módszer, daczára a sok, sok keverésnek, semmiféle gyógyszert nekünk nem ad. Pedig sokat kerestek. Lewin tanár minden a diphtheritis-therapiára vonatkozó értekezést évtizedek óta megszerzett s így tizenegy vaskos kötetet hozott össze. De hiszen maga a tény, hogy azon évezredek óta, melyekben orvosok gyógyításon gondolkodnak, összesen három betegség ellen tudtak négy specifikus gyógyszert találni, eléggé illusztrálja, mily sivár volt a kilátás arra, hogy az empirikus úton jussunk a diphtheritis specifikus gyógyszerhez.

Szerencsére a gyógyszerek keverése az experimental pathologia laboratoriumába került s innen datálódik a haladás, mely immár legszebben kecséget a sikerrel.

A természetbúvár-orvosok előtt már régóta a betegségek spontán, de főleg kritikus gyógyulása képezte egyikét a legérdekesebb problémáknak. A pneumonia egy egészséges embert lep el. Napról napra veszélyesebb, aggasztóbb lesz állapota, s midőn az állapot már a legaggasztóbb, midőn az élet fonala elszakadni látszik, akkor minden más fordulatot vesz, profus izzadás között minden jóra fordul s a beteg gyógyult. Mi történt itt? Mi idézte elő ezen esodát? A régiek eszméje a vitalis erőről bennünket már nem elégít ki, mi physikai, mérhető erővel szeretünk számolni.

Koch vizsgálatai alapján bővültek aetiologikus ismereteink s így értésünk a fertőző betegségekben is bővült, de bővült főleg a betegségek progressiv jellegének megértésében. Tudva, hogy élő s szaporodó valami okozza a bajt, értjük annak előrehaladását, a rosszabbra való fordulását, de hogyan gyógyul ez mind egyszerre?

Az első fényt vetette e kérdésbe azon már említett tény, hogy a chloridokkal helyileg kezelt diphtheritis inficiált állatokban találtak élő diphtheritis-bacillusokat a nélkül, hogy az állat

beteg lett volna. De ez csak úgy lehetséges, ha ez állatok vére, mely e bacillusokat meg nem öli, ezek mérget neutralizálja, hatástalaná teszi. *Behring* és *Kitasato* e tényt kísérletileg vizsgálták s constataták, hogy a diphtheritis ellen immun állatok vére a diphtheritis-bacillusokat nem öli meg, de mérget közömbösíti, vagyis azt teljesen hatástalaná teszi. Tekintve ezen, még hozzá igen tetemes méregmegsemmisítő, antitoxikus hatást, melyet *Behring* és *Kitasato* főleg tetanus ellen immunizált állatok vérében talált, igen közel fekvő volt a gondolat, ily tetanus, illetve diphtheritis-méreg megsemmisítő vért mint gyógyszert használni. *Behring* és *Kitasato* azt megkísérelték, s míg a diphtheritissel az ilyen diphtheritis-méreg megsemmisítő vérről csak kedvezően tudták befolyásolni a kórfolyamatot, addig a tetanusnál az eredmény mindjárt a legmerészebb reményeket is túlszárnyalta. További kísérletek azután mutatták, hogy az ily immun állatok vérének gyógyító hatása függ az immunitás fokától, melylyel a vért szolgáltató állat bírt. De ez volt ép a nehéz pont. Már a tetanusnál is nehéz állatokat a méreg nagyobb adagjai ellen immunná tenni, de még sokszorta nehezebb volt ez a diphtheritissel. Vizsgálták hát nem-e bír ily gyógyító hatással a természet által immun állatok vére, de mindinkább meggyőződtek, hogy az ily állatok vére e képességgel nem bír.

S a *Behring* által felderített ezen tények csakhamar minden oldalról nyernek igazolást. *Vaillard* Párisban, *Tizzoni* tanár és *Cattani* kisasszony Bolognaban tetanus immun kutyák és házi nyulak, majd *Behring* újból lovak és juhok vérében találja meg a gyógyító hatányt. *Wernicke* diphtheritis immun nyulak vérével gyógyítja a kísérleti diphtheritist, sőt *Foa*, *Emmerich*, *Klemperer*, *Kruse* és *Pansini* a *Fraenkel*-féle pneumococcus betegségnél, *Emmerich* a sertés-orbáncz, *Bouchard* a pyocyanus betegségnél, *Bruschettini* az influenzánál tapasztalja az immunizált állatok vérének említett tulajdonságát.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

M. Tud. Akademia.

(III. osztályülés 1894. április 2-dikén.)

Elnök: *Margó Tivadar*; titkár: *König Gyula*.

Orvosi érdekű tárgyak voltak a következők:

1. *Högyes Endre* r. t. bemutatta *Tanql Ferencz* tnr. és *Harley Vaughan* dr. (Londonból) vizsgálatait a máj cukorképző működéséről, melyeket a budapesti m. kir. állatorvosi akademia élettani intézetében végeztek. Ismeretes volt eddigelé, hogy a 3 bélítér lekötése után a májban a glycogen- és huyany-képződés tetemesen csökken. Miután pedig a máj az általánosan elfogadott nézet szerint még a vérben található szőlőcukrot is készíti, elvárható volt, hogy az említett műtét után a vérben a szőlőcukor is meg fog fogyni. Ennek megvizsgálása annál kívánatosabb volt, mert *Bock* és *Hoffmann* állítása szerint a vér cukortartalma változatlan, ha a máj nincs tökéletesen kirekesztve a vérkeringésből, már pedig a 3 bélítér lekötése után anastomosisok útján a vér még juthat a májba, a mint arról T. és H. injectiók útján meg is győződtek. A vizsgálatok kimutatták, hogy a 3 bélítér lekötése után a vérben a szőlőcukor 42.86—92.0%-kal fogy meg. Úgy látszik annyival inkább fogy meg a cukor a vérben, minél hosszabb ideig maradnak életben az állatok a műtét után. A cukor a vérben mindenekelőtt azért fogy meg, mert a májsejtek működése a nagyfokú vérhiány miatt mindinkább alábbszáll, sőt egy része a májsejteknek tönkre is megy, nekrotizál, mint azt a májnak szövettani vizsgálata kimutatta. T. és H. tehát nem erősíthették meg *Bock* és *Hoffmann* állítását; az ellentmondó eredmények magyarázata az, hogy T. és H. kísérleteiben az állatok sokkal tovább éltek, mint az említett szerzők kísérleteiben.

A vizsgálatoknál követett technikára vonatkozólag megemlítendő, hogy a cukorfogyás a vérben az által lett constatatva, hogy a bélítérek lekötése előtt s lekötése után határozottat meg a vérben levő cukor mennyisége a *Weyert*-(*Allihn*)-féle eljárás szerint.

2. *Högyes Endre* r. t. bemutatta *Nagy Béla* dr. elmekörtani tanársegédnek vizsgálatait „Az idegsejtek elváltozásairól

veszetségnél“. Szerző e vizsgálatait a budapesti Pasteur-intézet anyagán bemutató terve alapján *Schaffer* dr. m.-tanár felügyelete mellett *Laufenauer* tanár laboratoriumában végezte. Házinyúl agyát és gerinczagyát vizsgálta át a fix veszetség vírussal történt subduralis fertőzés után egy, két, három, négy, öt, hat, hét, nyolcz, kilencz nap mulva. Vizsgálatainál főleg az idegsejtek elváltozásaira volt tekintettel, melyeket *Nissl*-nek legújabb módszere szerint készített elő a mikroszkopozás alá (10%-os anilin-alkoholban való differencialás, cajeput-olajban való felvilágosítás, benzín reácepgetetés, benzín colophoniumban való állandósítás).

Vizsgálatainak eredménye a következő: A veszetség fertőzés folyamán a középponti idegrendszer sejtjeiben beteges elváltozások, degenerációk lépnek fel. A degeneratio a leggyakrabban mint szemcséződés, szemcsés feloszlás, rögös feloszlás, szemcsés szétválás, rostozódás, vakuola-képződés, homogen megduzzadás és sorvadás mutatkozik. Ritkább a hyalin-degeneratio. A degeneratio legenyhébb alakja már a fertőzés első és második napján fellép és pedig leginkább az agykéreg sejtjeinek egyes részleteiben, míg ez időben még a nyultvelő és nyaki gerinczvelő rendszeren, a háti gerinczvelő sejtjei pedig mindig épek. Három nap mulva azonban már az idegrendszer minden magaslatán lehet találni elváltozásokat. Szemcsés és rögös feloszlás, sőt szemcsés szétesés mutatkozik az egyes idegsejtek egyes részeiben, leginkább az agykéregsejtekben, míg az alább eső idegsejtekben az elváltozások enyhébbek, de megtalálhatók a háti és ágyékgerinczgyagyan is. Négy nap mulva ez elváltozások quantitative fokozódnak. Öt nap mulva az elváltozások már igen nagyok. Itt már a rostozódás és vakuola-képződés is mutatkozik és kiterjed az egész sejttestre. A hatodik, hetedik, nyolczadik napon még intenzívebb az elváltozás. A degenerált sejtek mind nagyobb számban mutatkoznak.

Utecai veszetségben szenvedő középponti idegrendszerrel (utcai veszetségben elhullott kutya, veszetségben elhalt ember középponti idegrendszere), hol a fertőzés után tovább marad életben a szervezet: a degenerációk intenzívebbek.

E vizsgálatok az idegrendszer idegsejtjeinek elváltozására vonatkozólag a veszetségvírus behatása alatt fontosak, a mennyiben jól összefüggésbe hozhatók azon klinikai tünetekkel, melyeket egész részletesen házi nyulakra vonatkozólag a budapesti általános kórtani intézetben *Högyes* tanár és tanítványai megállapítottak és leírtak. A láz fellépte a 4-dik és 5-dik napon egybeesik az idegsejtek kezdődő degenerációjával, az izgalmi szak a degenerációk továbbfejlődésével a 6-dik és 7-dik napon, a bénulás szaka és a végkimerülés az idegsejtek elpusztulásával a 8-dik és 9-dik napon.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(III. rendes ülés 1894. február 22-dikén.)

Elnök: *Navratil Imre*. Titkár: *Polyák Lajos*.

Lichtenberg Kornél jelenti, hogy az Általános Poliklinika Egyesület igazgató-tanácsa az Egyesület kérésére a legnagyobb készséggel engedte át ülés-helyiségét. Az egyesület a jelentést örvendetes tudomásul veszi és az Általános Poliklinika Egyesületnek hálája jeléül jegyzőkönyvileg köszönetet szavaz.

Elnök jelenti, hogy a „Gyógyászat“ és a „Sebészet“ évfolyamaikat ezentúl az egyesület könyvtárának ajándékol megküldik. Az egyesület a „Gyógyászat“ és „Sebészet“ szerkesztőségének és kiadóhivatalának jegyzőkönyvileg fejezi ki köszönetét.

Bemutatók:

Perichondritikus gégeszükületnek tracheotomia után spontán gyógyult esete.

Navratil Imre. K. I., 40 éves, koreszmáros neje, anyja állítólag tüdőbajban halt el, testvérei egészségesek; ő maga 23 éves korában typhust állott ki, luesnek semmi nyoma.

1891. őszén vette észre, hogy hangja fátyolozott és nyelése fájdalmas, ezért orvoshoz fordult, de baja nem javult. 1892. szeptember 3-dikén gégeorvoshoz ment, ki állítólag a gégebe bemetszéseket és abból kimetszéseket tett. Nálunk először 1892. augusztusban jelentkezett mint járó beteg a kannaporczokból kiinduló perichondritissel, midőn a fennálló gégeszükület miatt műtét szüksége helyeztetett kilátásba. A tüdő vizsgálata érdes

kilégzésen kívül semmi eltérést nem mutatván, a kórisme tuberculosisra csak valószínűséggel tétettet. Lokális kezelés eredményre nem vezetvén, a beteg október 22-dikén a Rókus-kórház gégebeteg osztályára vétette fel magát a következő status praesenssel:

A halvány, inkább cyanotikus beteg rendkívül nehezen, zörejesen léghatik. A szájpadiyék és garat nyákhártyája feltűnően halvány, valamint a kissé hátrahajló gégefede is. A kannaporeczok feletti nyákhártya kivált baloldalt igen duzzadt, belövelt, a hangrés szűk; a hangszalagok — a kannaporeczok és áhngszalagok duzzanata következtében fedve lévén — nem láthatók. Betegen október 22-dikén, felvétele napján, tracheotomia végeztetett. A következő napokban megejtett mellkasvizsgálat, valamint köpetvizsgálat tuberculosisra semmi adatot nem szolgáltatott a kilégzés érdességén kívül.

Beteg 1892. november 28-dikán hagyta el a kórházat, cantüljét 1893. május 5-dikén vettük ki és azóta mindig jól érzi magát. Jelenleg a jobb gyűrűkannaizület némi merevségén és a baloldalinak csekély atoniáján kívül a gégében semmi rendellenes nem található. A hang tiszta, erőteljes; a léghatik teljesen szabad.

Az eset két tekintetben érdekes: először diagnostikus szempontból, mert a leest ugyan biztosan ki lehetett zárni, de hogy a perichondritis gümös jellegű-e, ezt nemesak a beteg felvételekor, hanem még a bajnak lefolyása alatt és után sem lehetett a klinikus észleletek és vizsgálatok alapján meghatározni. A betegnél ugyanis sem a tüdők felett a rendestől eltérést, sem a köpetben többszöri vizsgálatok daczára gümöbacillust találni nem lehetett; láz — kivéve a műtet után pár napig — nem volt, ma sines, egyéb szervei teljesen épek és egészségi állapota ma semmi kívánni valót nem hagy hátra. Azon rendkívül ritka esettel állnánk tehát szemközt, hogy a betegnél öröklött hajlam mellett és a tüdők épsége vagy legalább ki nem mutatható kóros állapota mellett gümös megbetegedés fejlődött a gégében; vagy pedig, hogy a bántalmat egyszerű elhanyagolt hurutból keletkezett perichondritisnek kellene tartanunk. Másodsor érdekes az eset therapeutikus szempontból is, mert a gége abszolút nyugalmán kívül, melyet a mély tracheotomia által biztosítottunk számára, semmi belső szerelés nem alkalmaztatott. Ez esetben elvitázhatlanul bebizonyítottunk találok azt, hogy hasonló porczkörüli lob gyógykezelésében a légesömetzésnek, mint hathatós lobellenes szernek, kiváló a befolyása.

Polyák Lajos. A beteg 1892. szeptember 3-dikától október 8-dikáig nálam is kezelés alatt állott és az eset érdekességénél fogva bátor lesznek észleléseimet előadni, annyival is inkább, mivel nekem alkalmam volt a kórismet kétségbevonhatlan módon megállapítani. Nekem a beteg 1892. szeptember 3-dikán úgy adta elő a baját, hogy fél év előtt már volt rekedt, de baja lassanként javult, nyolcz nap óta azonban nyelési fájdalmi vannak, alig köhög, erősen soványodik, léghzése nehéz. Vért nem köpött, láz és éjjeli izzadásról nem tud.

A betegnél kifejezett stenotikus léghzést találtam, minek okát a kannaporeczok és az aryepiglottikus szálak nagyfokú infiltratiója képezte. A kannaporeczok nagymagyományra voltak duzzadva, nyákhártyájuk halvány, egyenetlen felületű volt, mindkét ligam. aryepiglotticum kisujnyira volt megvastagodva, a valódi hangszalagokon pedig a tipikus chórditis desquamativa volt látható. Fekély a gégében nem volt. A tüdőesiek felett, főleg jobboldalt, tompult volt a kopogtatási hang, hallgatódzaskor a stenotikus léghzést zavart ugyan kissé, de a léghzést indeterminált jellege tisztán volt kivethető.

A betegnél én másnap a nagyfokú stenosis és fájdalmak miatt *Moritz Schmidt* nyomán searificáltam a kannaporeczokat, de ez csak muló könnyebbülést szerzett, ezért szeptember 8-dikán a Krause-féle kettős curettel jókora darabokat metszettem ki mindkét kannaporecz beszűrődött nyákhártyájából, mire a beteg kissé könnyebbült. A *kimetszett részt histologic megvizsgálva, abban óriás sejteket, Koch-féle bacillusokat, szóval tipikus tuberculosisist találtam.*

A beteg ezután vagy 2 hétig járt rendszeren hozzám. A curettement után keletkezett sebek 8—10 nap alatt elhegedtek, de a beteg nem javult eléggé. Subjectiv panaszainak nagysága főleg attól függött, hogy ő, mint egy kis koresma tulajdonosának neje, egész nap a büzös, füstös helyiségben ült, folyton beszélt; természetes tehát, hogy éjjelre mindig sokkal rosszabbul lett és fulladási rohamokat kapott. Ha néha egy-egy délután rábeszélésemre elmaradt az üzettétől, mindjárt jobb volt az éjjele is. Szeptember 21-dikétől október 3-dikáig aránylag türethetően volt, ez idő alatt csak hetenként egyszer láttam. Október 3-dikán azonban ismét nagyfokú duzzanatot és stenosisst jelentkezett. Én hangsúlyoztam neki, hogy addig, míg foglalkozásával fel nem hagy, eredményt neki nem ígérhetek, de ő férje betegségére és kedvezőtlen anyagi viszonyok folytán nem bír az üzlettől visszavonulni, október 8-dikán végleg el is maradt tőlem, hogy azóta mi történt vele, azt csak a bemutatás alkalmával tudtam meg.

Érdekes tehát az eset a diagnosis szempontjából, melyet — mint a bemutatásnál is hallották — magából a kórképből megállapítani nem lehetett és kétségtelen, hogy a histologiai vizsgálat megejtése nélkül az eset ma is a homályosak közé tartoznék; de még nagyobb érdekelt nyer az eset az ideális gyógyulás folytán, mely a tracheotomiát követte. A laryngologok között túlnyomó számmal találjuk a skeptikusokat, kik nem hisznek a larynx-tuberculosis definitív gyógyulásában és a sok kedvezőtlen tapasztalat után, melyben mindannyiunknak volt bő alkalmunk részeseülni, ezen álláspontnak jogosultságát tagadni nem is lehet. A tracheotomia gyógyító befolyását a larynx-tuberculosisra még többen vonták kétségbe, pártolói közt csak *Beverley*, *Robinson* és *Moritz Schmidt* szerepelnek. Utóbbi, ki a szorosabb indiciókat is felállította, 15 közül 5 esetben két éven túl tartó gyógyulást is észlelt. Hogy a légesömetzésnek tényleg megvan ezen jótékony befolyása a larynx-tuberculosis lefolyására, azt én a jelen eset után, a hol egy rendkívül nagyfokú kétoldali tuberculosis perichondritist ily idealisan gyógyulva lett alkalmam látni, szívesen megerősítem. Más kérdés az, hogy a fenyegető stenosis eseteitől — melyek vitalis indiciót képeznek — eltekintve, mely eseteinél a gégetuberculosisnak lehet indicálva a tracheotomia? Véleményem szerint csak olyankor, ha egy nagyon kisfokú, vagy még inkább stationær tüdőfolyamat mellett oly súlyos elváltozások vannak a gégében, melyek localtherapeutikus beavatkozásokra gyógyhajlamot egyáltalán nem mutatnak.

Baumgarten Egmont a multkor Irsai esetét a hegek daczára sem volt hajlandó tuberculosisnak elfogadni, ezen esetről azonban hegeket sem látott és az esetet megtekintés után mint idiopathikus perichondritist, vagy mint a cricoarytaenoid izület rheuma után megmaradt anchylosisát fogta fel.

Navratil a bemutatásnál felemlítette, hogy akkor nem lehetek tisztában a diagnosisissal, s a nyákhártya teljes megvastagodásából és a két izület mozdulatlanságából csak perichondritisre gondolt. A köpetben nem volt bacillus, most hallja, hogy *Polyák* a kimetszett részben talált. Tekintve, hogy a tüdőben én elváltozást nem találtam, azt kérdelem magamtól, hogy egy csekély tuberculosis infiltratum hozhat-e a gégében létre oly kétoldali perichondritist, mely oly suffocatióra vezet, hogy tracheotomiát kell végezni. Ily esetet többet én még nem láttam. Kérdés az is, hogy helyén volt-e a jelen esetben a currettement, nem kellett volna-e antiphlogistikus gyógymodot kísérni meg, nem volt-e a lob consecutiv, melyet a foglalkozás, füst, beszéd etc. még fokozott? Annyi bizonyos, hogy a bántalom teljesen visszafelújódott, a beteg ma gyógyult. Ma az eset többé már nem tuberculosis és inkább helyi hüilleses vagy idiopathikus perichondritisnek gondolja. Az is lehet, hogy a tuberculosis akkoriban csak kis göczokban volt jelen és a currettement által teljesen el lett távolítva és hogy azért gyógyult így az eset.

Polyák a diagnosit illetőleg nem akarja mindazt ismételni, a mit már elmondott, elég erre a szövettani vizsgálat is, mert a hol egyszerű óriás sejt és Koch-féle bacillus van, ott a tuberculosis kétségtelen. A köpetben bacillust ő sem talált, de az eset már első tekintetre oly praegnans képét mutatta a tuberculosis perichondritisnek, hogy elejétől fogva erre gyanakodott és pedig, mint a vizsgálat bebizonyította, helyesen. Azt tartja, hogy a tuberculosis eléggé megmagyarázza a nagyfokú perichondritist, suffocatiót etc., hozzá még a beteg életmódja. úgy hogy nem kell messzebb fekvő okok után kutatni. Nem gondolná azt sem, hogy azért gyógyult az eset, mert csak kevés tuberculosis göcz volt a gégében, és az is ki lett curretálva; ez nem valószínű, hanem hiszen tudjuk *Moritz Schmidt*től, hogy tracheotomia után a teljes nyugalomba helyezett gége gyógyulhat ép úgy, mint az izületek nyugalomba helyezett tuberculosis bántalmi és a jelen esetben a tracheotomizált betegnél a gége inactivitásba tétele, a kórházban fekvés által okozott aránylag jobb hygienikus viszonyok, tisztább levegő, a foglalkozás megszűnése stb. habár ritka, de elég jól érthető okát adják a szerencsés kimenetelnek.

Neumann kéri az előadót, hogy a beteget tartsa ezután is szemmel és állapotának esetleges változásait közölje az egyesülettel.

Az orr melléküregeinek topographiája metszeten.

Ónodi Adolf. A készítmények az orr üregei gyakorlati jelentőségének alapján készültek, oly tanulmányos modorban, hogy az egyes üregek egymáshoz és a szomszéd részekhez való viszonya tisztán áttekinthető. Bemutatásra kerültek a szemüreg viszonya az orr melléküregeihez, a könyecsatorna egész lefutása hosszmetsetben, továbbá a homloköböl helyzete és beömlése hosszmetsetben, ezenkívül különböző irányú metszeten az orrüreg és az egyes melléküregek gyakorlati jelentőségük és a sebész beavatkozás szempontjából feltüntetve. A sikerült metszetek a tanítás céljából fényképfelvételekkel sokszorosításra kerülnek.

A bal kannaporezon ülő cysta.

Polyák Lajos. A beteg február 20-dikán jelentkezett nálam nyomási érzéssel a torokban, melynek okát egy nagyfokú acut pharyngitisben találtam. A gégetükör azonban egy igen érdekes elváltozást mutatott, mely a betegnek subjectiv panaszokat eddig nem okozott. Ha a gégébe betekintenek, úgy a bal kannaporecz csúcsán egy borsónyi, gömbölyű, rózsaszínű, közepén sárgásan

áttetsző képletet fognak látni, mely sondával vizsgálva rugalmas, kissé fluctuáló és kissé mozgatható. A képlet kétségenkívül egy retentiós cysta. Eredetét talán 3 év előttre lehet visszavinni, a midőn a betegnek gégebaja volt, baloldalt nyomási érzéssel. Az ilyen cysták tudvalevőleg nem ritkák a gégében, de a jelen esetben ritka a hely, a melyen a cysta ül, a mennyiben az irodalomban ismertetett esetek rendszeren az epiglottis, sinus Morgagni vagy az interarytaenoidealis redőből kiindulóknak vannak megemlítve. A cystát előzetes megnyitás után egy kettős currette-vel le fogom csípni.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A. J. Wall. Asiatic Cholera. London, Lewis. 1893.

Csinos kiállítású, vékony kötet, mely tömör stylusban compimálva adja szerzőnek rendkívül gazdag tapasztalatait a choléráról. A szerző egész életét és vagyonát e kérdés kutatására szánta. Csaknem egy évtizedig foglalkozott e betegséggel Indiában, Nepalban, Hindosztánban, azután — mindig a helyszínén — tanulmányozta az 1883-diki touloni, 1884-diki spanyoli, massuahi, 1885-diki sicíliai, 1886-diki franciaországi és nápolyi, 1888-diki délfrancia, 1892-diki hamburgi és legutóbb az 1892–93-diki budapesti járványokat. Ez utóbbi alkalommal közel fél évig volt Budapesten s bámulatos szorgalommal és akaraterővel végezte adatgyűjtését és kutatásait. Így többek között önmagán kísérletezve, lenyelt I. generációjú cholera-culturát, mielőtt még Pettenkofernek és Strickernek ide vágó közleményei megjelentek volna.

A munka igen sok becses és új adatot tartalmaz s oly teljes irodalmi ismerettel van megírva, hogy még az 1893-ban megjelent magyar dolgozatokra is kiterjeszkedik. A munka három, egymásba font részből áll: 1. a cholérának essayszerűleg megírt történetéből, melyet a legújabb kutatások nyomán kritikailag tár fel, s ezért főleg a quarantainák kérdésénél forrásmunkául használható. 2. A cholera tüneteiről és pathológiájáról igen compendiosusan szól, s különösen említést érdemelnek azok a leírások, melyeket kórtörténetek kíséretében az egyes alakcsoportokról (*typical, uraemic, abortive, dysenteric, hyperthermic cholera* etc.) ad.

Wall szerint a cholérának tulajdonképen két, erősen különböző alakja van. A *typical*, mely Európában csaknem kizárólagos, és a *hyperthermic*, melyet Indián kívül csak nagyon ritkán, sporadikusan látott, mindössze egyszer volt alkalma egy kis epidemii észlelni egy délfrancia városban. Ez utóbbi alak rendkívül rosszul indulatú; gyógyulás alig fordul elő; 40–41° C. lázak mellett fulminans lefolyás jellemzi, s a beteg pár óra alatt görcsök között, comában meghal.

Angol orvostársainak többjével ellentétben e gységes megbetegedésnek tartja ennek daczára a cholérát, de kiemeli, hogy a míg némely esetben a hasmenés a domináló tünet s a histológiai elváltozások igen csekélyek, addig máskor, ugyancsak acut eseteknél teljességgel hiányzik az, a nélkül, hogy *ch. sicca paralytica* forogna fenn, a szervekben azonban colossalis degeneratiók találhatók. Figyelmeztet arra is, minő ritka a tuberculosos és cholera közötti complicatio; így Budapesten az első 92 bonczolt esetben csak két esetben volt jelen gümőkór, noha a tuberculosos, mint bonczolelet, legalább 65%-ban szerepel.

A cholera terapiáját illetőleg is rendkívül gazdagok tapasztalatai; látta Ferrant, Cantanit, Ziemssent eljárásaikat megalapítani; Budapesten a Klebs-féle anticholerint és az allylsulphidot, egyébtől pedig az általánosan ismert eljárásokat észlelhette. Specificum a cholera ellen nincsen, azonban az egyes tünetek ellen igen sokat tehet a készen álló gyors segély. Rendkívüli óvatosságra int az opium használatánál; kiemeli az izgató szerek üdvös hatását bizonyos esetekben. A részletekre nézve az eredetire kell utalnunk.

A cholera-járvány elleni védekezést kimerítően tárgyalja, és az izolálás és quarantaina-rendszer fentartása mellett nyilatkozik. Nagy elismeréssel szól a budapesti desinficiáló intézetről, melyet részletesen ismertet, s melyet az olasz, német és francia ilyenmü intézetek fölé helyez.

3. A mi a mű harmadik részét, az aetiológiát és a kísérleteket illeti, itt saját ember- és állatkísérleteket előadva, összegezve az irodalmi adatokat, nem tartja a bacillus teoriával teljesen megoldottnak a kérdést, s nézeteit az adatok hosszú sorával támogatja.

A mű a személyes tapasztalatok óriási láncolatán alapszik és modern tudományossággal van felépítve; a benne foglalt adathalmaz miatt — úgy hiszem — nélkülözhetetlen lesz azoknak, kik a cholérával speciálisan kívánnak foglalkozni. A könyv *Olasz-, Spanyol-, Német- és Magyarországi* orvosi facultásainak van ajánlva, „melyeknek előzékenysége szerző vizsgálódásait megkönnyítette, s melyek fáradozása és buzgalma oly nagyon hozzájárult e kór felismeréséhez és leküzdéséhez.”
Nékám (Bécs).

II. Lapszemle.

Gyógyszertan.

Az euphorin (phenylurethan) tulajdonságairól. 1. Bakteriumölő és erjedést gátló tulajdonságai a carbolsav fölé helyezik (Giacosa, Belfanti, Curti). 2. Mint antipyreticum hatásának gyorsasága és erélyes volta miatt az antipyrin jóval felülmulja (Santoni, Adlert, Lépine, Oliva, Curti). 3. Mint analgeticum és antineuralgicum bevált: a) habituales migrain-nél (Lépine, Adler, Stellé, Curti, Cao); b) ischias-nál, supraorbitalis- és intercostalis neuralgiáknál (Adler, Sansoni); c) Syphilitikusok „dolores osteocopi“-jánál (Cao); d) orchitis-nél. 4. Acut izületi csúznál, sőt chronikusnál is. Néha a salicylsavas natronnál is hatásosabbnak bizonyult (Sansoni, Adler, Cao). 5. A mindennapi (kis) sebészeten és nagyobb operatióknál is, mint a jodoform pótszere: bár épen oly megbízható hatása, mint a jodoformé, jóval kevésbé toxikus s par excellence antisepticum. (Peroni, Borezo, Oliva, Batti, Curti). 6. Mint desinfectans előmozdítja a sebek gyors gyógyulását (pl. decubitusnál, üszkös sebeknél stb.). 7. A különféle herpes alakoknál, mint anodynum jól felhasználható, a mennyiben a gyógyulást siettet. 8. Stomatitis aphtosánál is. 9. Venerikus bajoknál a jodoformot, jódolt, salicylsavat, resorcint és chloralhydratot is felülmulja (Peroni, Bovero). 10. Kiváló még különféle bőrbajoknál is, főleg a parasitaer herpes tonsurans-nál (favus). (Journ. de Méd. Nr. 27. — Allg. med. Central-Zeitung Nr. 96.)
Rottenbiller dr.

A creosot hatásáról. Stark a következőkben foglalja össze talált eredményeit: 1. A creosot fontossága és hatása főleg tuberculososnál minden kétségen felül áll. 2. Főleg a tuberculosos kezdeti stadiumában elegendő. 3. Hosszabb ideig használandó növekedő dosisokban. 4. A creosot biztos prophylacticum anaemiánál, mely a phthisist megelőzi. 5. Rendelésének legjobb módja más antidiarrheticummal, pl. vassal v. oleum jecoris asellival (halmájolaj). (Journ. de Méd. Nr. 24.)
Rottenbiller dr.

Belgyógyászat.

Autointoxicatio okozta erythemáknak tartja Freund E. dr. azon multiform alakban fellépő erythemákat, melyeket rendszeren súlyos általános tünetek előznek meg. A szervezet intoxicatioja minden valószínűség szerint a bélhuzamban kóros viszonyok mellett keletkező ptomainok és toxinok resorptioja által van feltételezve. Ugyanis ily erythemákban szenvedő betegek faeceseit és vizeletüket vizsgálván, azokban indol, skatol, indoxyl, skatoxyl, phenolok, kénsavas aetherok és Brieger-féle diamino voltak excessív mennyiségben találhatóak. Hogy az erythema összefüggésben van a bélhuzamban végbemenő bomlási folyamattal, mutatja azon körülmény, hogy az emésztési tractusnak calomellel való desinfectioja után az erythema csakhamar elmúltak. (Wiener klinische Wochenschrift, 1894. Nr. 3.)
Hasenfeld A. dr.

Recidiváló facialis hűdésekről értekezett Hatschek dr. a bécsi orvosegyesület 1894. január 10-dikén tartott ülésében. Nagyszámú észleletei alapján azt állítja, hogy a recidivák épen nem ritkák. Azon recidivák, melyek az előbb bántalmazott oldalon lépnek fel, az egyszeri megbetegedés által szerzett localis praedispositioval magyarázhatók, hol azonban a recidiva az ellenkező oldalon lép fel, általános egyéni dispositiót kell felvenni. A recidivált esetek közül csak egy esetben volt öröklési dispositio

is kimutatható. Két esetet látott recidiválni, a hol egyúttal diabetes volt jelen, a causalis nexus-t a két bántalom között nem tartja kizártnak. Otitis, valamint agyalapi tumor mellett is látott facialis hűdést recidiválni. Winkler azon eseteket, hol az első és második megbetegedés között hosszabb intervallum van, nem tartja recidivált alaknak.

Hasenföld A. dr.

Sebészet.

Preventiv trepanatio revolvergolyó által okozott koponya-sebeknél. E. Quénu czélszerűbbnek tartja azon sebész eljárását, ki nem bizva a golyó által okozott sebek asepsisében, biztosítja magát, hogy a baj székhelye szabad idegen testektől, a sebet szabályossá teszi, a vézést csillapítja és desinfiálja. Némely esetben a sebben, mely revolvergolyó és más fegyverek által okoztatik, melyek áthatolási ereje csekély, lehetséges lesz a löveget megtalálni akár a csont vastagságában, akár belső felületén, lehetséges lesz esontdarabokat eltávolítani, hajdísztörmelégeit, haját és antiseptikussá tenni a sebet. Így kezelve, a sebesült jobban van biztosítva balesetek ellen, mintha egyszerűen kötés csinálásával megelégszünk. Ha a seb mélyebb, ha a löveg az agy állományába hatolt, ha a löveg aseptikus: a sebész beavatkozása a gyógyulási kilátásokat nem csökkenti, ha a golyó inficiálva lett, midőn a bőrön áthatolt. Kétségtelen, hogy a dura mater tágitása s rés készítése által a beteg jobb körülmények között lesz, jobban ellenáll genyedés esetében is mint az, kinél csak akkor történt beavatkozás, midőn a genyeképződés jelei adattak cephalalgia és láz által. Még tovább megy, idejekorán végzett trepanatióval okosan végzett exploratio által az agy állományában található idegen testeket eltávolítja, csakis ha a löveg oly mélyen hatolt, hogy a kihúzás az agyállomány contusióját veszélyezteti, jobb lesz tőle tartózkodni, megelégedni könnyű antiseptikus mosásával a zúzott részeknek s szükség esetén, ha az infectio félelme jogosult, azonnal drainaget alkalmazni az agyseb kerületén. (Le Mercredi Médical. 1894.)

Baumgarten Samu dr.

A felkarcsont törésének ambulans kezelése czéljából Heusner a Hamilton-féle eljárást módosítva, évek óta sikerrel alkalmazza. A collum anatomicum vagy chirurgicum törése esetében a végtagot minden kötés nélkül szabadon hagyja lógni, elhagyva a Hamilton által ilyen esetben használt kaucuk-sínt. Éjszaka maga mellé helyezi a végtagját a beteg, s az esetleges rövidülések leküzdésére elegendő a végtagnak önsúlya, a mely azt napközben kifizítve tartja. A felkarcsont középső harmadának törésénél a végtag súlya nem elegendő arra, hogy kifizítve tartsa azt, és azért a felkarra könnyű fixáló kötést alkalmazva, a kézre 1—2 fontnyi feszítő súlyt akaszt. A felkar alsó harmadának törésénél, leszámítva az ízületbe hatoló bütöktöréseket, hasonló czélból rögzítő kötést alkalmaz előbb, azután a felkar külső oldalára keményítő pólyákkal egy kipárnázott vaspléhsínt tesz, az alkarra jutó, ép ilyen anyagból készült sín befogadja annak ulnaris felszínét, s mivel ez fogja még a feszítő súlyt is hordani, jó erős keményítő pólyamenetekkel lesz rögzítve. A két sín egymással egy-egy vaslemezzel ízesül. Az alkar behajlítását egy egyensúlyi szerkezet beállításával éri el. Az alkarra jövő sín hátulsó szélén 2—3 fontnyi súlyt alkalmaz akképpen, hogy annak a vasrudacsakája kijebb vagy bejebb tolható a sinen, s e szerint közelebb vagy távolabb esik majd a könyökizülettől. Ez a súly egy két karú emelőt képez az alkarra, a melynek forgási pontja a könyökizület, egyik karja az alkar, második karja az ennek folytatásában vasrudacsakán levő súly, s ha e súlyt közelítjük a könyökhöz, az alkar süllyed, s beállítása tompaszögű lesz a felkarhoz, míg ha távolítjuk, hegyes szögletűvé válik, mert a súly süllyedve, emelni fogja az alkart. Nehogy a kötés külső befolyások által károsodjék, az ellentett vállra vezetett körmenetekkel lesz még megerősítve. A betegek ezzel a készülékkel járnak-kelenek, éjjelre az egyensúlyozó súly le lesz véve, nappalra újra ráteszik, s egyszerűsmind az előbbi naphoz képest más egyensúlyi helyzetbe igazítják be. A bütöktörésénél kifizített alkar mellett alkalmazza a sínt, mert behajlított állás mellett gyakoriak az alkar rendes irányának eltérései. (Deutsche med. Wochenschrift. 1894. Nr. 9.)

Ch. dr.

Orr- és gégebajok.

A trichlor-ecetsav orr- és garatbántalmaknál. Ezen szer kiváló összehúzó és edző hatását dicséri Stein (Moszkva):

1. Gyenge vizes oldatot (0.1%) a heveny orrhurtnál alkalmaz, úgy hogy ezen folyadékot langyos állapotban a beteg többször felszipantja; mire az orrváladék bőségesen kifolyik és subjectiv jelentékeny megkönnyebbülés következik be. A hatást az által magyarázza Stein, hogy a váladék bőséges kiválasztása a microorganismusokat kiöblíti az orrüregből; maga a szer is kiváló antizymotikus hatással bír.

2. Gyenge vizes oldatot 1/2—1% koncentrációban a rhinitis atrophicus kezelésénél használ jó sikerrel, mi a nyálkahártya feléledését eredményezi St. nagyszámú tapasztalatai szerint.

3. Ozaena gyógyításánál jobb szert St. nem ismer; fokozatosan halad 1/2—10%-os oldatokhoz, melyeket kutatóra felecsavart pamut segélyével dörzsöl be naponta többször is az orrüreg nyálkahártyájába, úgy hogy a kagylók és járatok egész hosszukban érintessenek. A büz gyorsan és biztosan mulik el; az eljárást a beteg maga is megtanulhatja és néhány hétig folytatván, a büz megszűnik, a szivósan tapadó, száraz, pörkszerű váladékot csakhamar puha és folyós váladék váltja fel. Az orrlíkek kívül zinkkenőccsel kenhetők meg, hogy a kezelés eczemát ne okozzon.

4. Az orr vagy garatürben az ejtett sebek bekenésére a concentrált oldatot, vagyis a levegőn elfolyósodott jegeceket használja, és a bemártott kis gyapottal keni be. A reactio azután hasonlíthatatlanul csekélyebb, miről St. úgy is meggyőződött, hogy mindkét orrfél üregében villamégetővel operálván, az egyik oldalon az égési pörköt bekente, a másik oldalon pedig nem.

5. A szer maga maró hatású jegeces állapotában. Nehány jegecet ezüst kutatón, vagy vajt kutatón, vagy ezen czélra a végén ferdén vágott fülkatheter vagy karsú fültükör segélyével a kagylók nyálkahártyájára, a garatbani granulomákra, vagy a mandulákra lehet hozni, hol az apró jegecz gyorsan szétfolyna, fehér pörköt hoz létre. Hosszan tartó torpid mandulaloboknál a lakmában lehet vele edzeni; nagyon túltengett kötőszövettel bíró nyálkahártyát csak igen lassan lehet ismételt edzésekkal sorvasztani; de máskülönben az edzés pompás, láz és reactio nélküli és alig okoz fájdalmat, különösen előzetes cocainozással fájdalomnak épen nem mondható. (Monatschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1894.) N—n.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Epilepsia** eseteiben F. de Renzi nagyon szükségesnek tartja az individualizálást és a bromsókat is nagyon változó adagban (1—20 gramm pro die) adja. Ha a bromkezelés nem segít, a belladonnát tartja a legjobb szernek, melyet fokozódó adagban kell rendelni: 1—20 centigrammot pro die. (Rivista clin. e terap., 1893. augusztus.)

2. **Diabetes mellitus** 6 esetében kísérte meg Palma a benzosol-therapiát minden eredmény nélkül. A czukor mennyisége nem kevesbedett, a testsúly sem gyarapodott. Egy esetben súlyos mérgezési tünetek jelentkeztek; legtöbb esetben pedig a benzosol használata kezdetén erős hasmenés mutatkozott. (Berl. klin. Wochenschrift, 1893. 46. sz.)

3. **Chlorosis és anaemia** több esetében kísérte meg Banholzer a ferratint és azt találta, hogy úgy a vörös vérsejtek, mint a haemoglobin mennyisége megszorodott, az általános állapot pedig javult. Zavarak a gyomor vagy a bélhuzam részéről nem jelentkeztek, sőt ellenkezőleg a kezelés egész tartama alatt jó volt az étvágy. Szerző 1/2 grammos adagokat adott naponként háromszor. (Centralblatt für innere Medicin, 1894. 4. sz.)

4. **Kizárt sérvek kezelése aetherrel.** Lyncker 30 esetet említ, melyekben az aether-kezelés eredményre vezetett. A betegek egy morphium-befecskendést kapnak és utasítatnak, hogy 1/4—1/2 óránként öntsenek lassan egy kávéskanálnyi aethert a sérvre. Több óra múlva a repositio könnyen sikerül. (Therap. Monatshefte, 1894. február.)

5. **Erysipelasznál** thiolum liquidum 40%-os oldatával eseteli be Rudnew napjában ötször, először a szomszédos, azután a bántalmazott bőrreszleteket. Rendesen rövid idő alatt beáll a hőmérsék leesése és a folyamat megállapodik. (St. Petersburger med. Wochenschrift, XVIII. Jahrg. Nr. 38.)

TÁR C Z A.

A XI-dik nemzetközi orvosi congressus Rómában.

Róma, 1894. április 30.

Az 1890-ben Berlinben tartott X-dik nemzetközi orvosi congressus ezidei congressus helyéül Rómát jelölte ki. Hogy a hely jól volt megválasztva, mutatja a congressusnak páratlan külső és belső sikere. A megelőző tíz congressus közül egyre sem iratkoztak be tagul annyian és egyre sem jelentettek be oly sok előadást mint ide; 6800-at meghaladja a tagoknak és 2700-at a bejelentett előadásoknak száma.

E külső és belső siker egyrészt kétségen kívül a felvirágzó modern olaszországi orvosi tudomány iránti elismerést jelenti, nem csalódunk talán azonban, ha nagy részét annak mégis a régi Itália tradíciói és a modern Olaszország műkincsekben páratlan fénye iránt való egyetemes érdeklődésnek tulajdonítjuk. Ki ne ragadná meg a kedvező alkalmat, hogy Velenczét, Florenczét, Rómát, Nápolyt régi és új műkincseivel együtt könnyű szerrel megláthassa?

Habár előre látható volt, hogy e congressuson sokan fognak megjelenni, a látogatottság ilyen mérvét maguk a rómaiak sem remélhették. Ez meg is látszott a rendezés első nehézségein, mely meglehetősen zavarban volt a congressistáknak elhelyezésével úgy a lakás dolgában, mint a nagyobb nyilvános üléseken és receptiókon.

A tulajdonképeni congressus megnyitását megelőzőleg, márczius 28-dikán, volt az internationalis orvosi és hygieni kiállítás inaugurációja, minden különös szertartás nélkül, Crispi ministerelnök, Róma város hatósági képviselői és Bacelli dr., jelenlegi közoktatásügyi minister, a congressus elnöke jelenlétében. A kiállítás a szép-művészetek palotájában van elhelyezve és tömegére nézve szintén mérvökzi az eddigi hasonló kiállításokkal, bár sok újat az eddigiekhez képest nem tartalmaz. A 650 kiállító tárgyai 13 csoportba vannak elosztva, melyek a következők. Az első csoport 34 szekrényben elhelyezve, tudományos eszközöket tartalmaz biológiai, therapeutikai és hygieni buvárlatokra. A második csoportban gyógyszerek és különböző gyógyító eszközök vannak 157 kiállítóval. A harmadik csoport a preventiv gyógyítás és első segélynyújtás eszközeit, a negyedik és ötödik csoport a városok hygienéjére vonatkozó tárgyakat, modelleket stb. tartalmaz 76 kiállítóval. A hatodik csoport 40 kiállító részéről a gyárak, a hetedik 24 kiállító részéről a középületek hygienéjére, a nyolcadikban 33 kiállító részéről az egyén hygienéjére vonatkozó tárgyak vannak kiállítva. A kilencedik csoportban a munkások hygienéjére vonatkozó egynemű dolgok vannak, a tizedikben a városok hygienéjére vonatkozó atlaszok, közlemények, térképek, photographiák stb. Legérdekesebb a tizenegyedik osztály orvostörténelmi szempontból, melyben a különböző olaszországi könyvtárakból mintegy 606 darab különböző nyelveken írott igen régi orvosi munka és kézirat van összeállítva, némelyik közülök igen csinos rajzokkal. Nagy számban láthatók ugyancsak e csoportban a régi olasz egyetemek gyűjteményeiből régen használt sebészeti eszközök, apparatusok, az ősrégi egyptomiak által használt fogászati készülékek stb. Van még ezeken kívül egy csoportja a balneo- és hydrotherapiai eszközöknek, továbbá a vörös-keresztnek. Az összes kiállításban leginkább kívának a német kormány egészségügyi tárgyai, melyeket ha nem csalódunk, ugyanigy összegyűjtve és rendszerezve láttunk már a berlini congressuson is.

A kiállítás megnyitása estéjén volt az ismerkedési estély ugyancsak a kiállítási palotában, mely azonban a több mint 3000 látogató számára nagyon szűknek bizonyult és buffét szempontjából is nagyon hiányosan volt rendezve.

Magának a congressusnak ünnepélyes megnyitása márczius 29-dikén d. e. ment végbe, Róma első színházában, a Constanzi színházban, a mely zsufolva megtelt congressistákkal és helybeliekkel. A megnyitó ülést megtisztelték jelenlétükkel az olasz király és királyné is. Ez ülésen Crispi ministerelnök szólott először, lendületes szavakban üdvözölve a congressust. Olaszország — úgy mond — rendkívül örvend, hogy a mai napon annyi tudományt és tapasztalást egybehozhatott és szívesen láthat. Az orvos hivatása két irányban hat az emberiség üdvére; megelőzi egyfelől és elnyomja a bajt másfelől. Megelőzi a hygienével, mely a levegő

és talaj tisztántartása útján megóvja az egészséget; elnyomja a bajt orvosságaival, melyek gyógyítanak és új erőt adnak. Egészségtelen városok — folytatja tovább — az önök szavára virágzókká, kopár vidékek kertekké változhatnak; beszédeiket azért tisztelettel és rokonszenves figyelemmel hallgatjuk. E városban, az egyetemes Rómában, melynek mindannyian polgárai vagyunk, közös hazát fognak önök találni. Mainap innen Rómából, köszönet ezért önöknek, a modern világ reménye és szüksége, a béke termékenyítő szavai fognak széthangzani.

Utána Bacelli tanár és közoktatásügyi minister, a congressus elnöke üdvözölte latin nyelven a congressus tagjait. Erre Ruspoli herczeg, Róma polgármestere tartott lendületes beszédet, a város nevében üdvözölve a congressust, emlékezésbe hozva, hogy Rómában már a Caesárok idejében tartottak ilyen tudományos congressusokat, melyekkel már azon időben megkezdődött a harc a tudomány és előítélet között. Utána Maragliano vezértitkár közölte a congressusra vonatkozó eddigi adatokat. Németországból több mint 900 tag jött a congressusra, közel 700 Angliából, ugyanannyi Ausztriából és Magyarországból; közel annyi Franciaországból, 200 Spanyolországból, Oroszországból, Schweizből és az Egyesült-Államokból, 500 a világ többi országaiból. Képviselőket a congressusra 32 állam és 423 tudományos egyesület küldött. 1000-nél több nőtag iratkozott be. A vezértitkár után Virchow, mint a X. internationalis orvosi congressus volt elnöke üdvözölte nagy applausussal fogadott olasz beszédben a XI-dik congressust; mire az egyes országok üdvözletei következtek, köztük a magyarországi is, melynek franczianyelvű tolmácsolója Csatóry Lajos dr. volt. Ezután a vezértitkár terjesztette elő az elnökség propositióját a tiszteletbeli elnökökre vonatkozólag. Az ajánlatba hozottakat egyhangúlag megválasztották, ezek között Magyarország részéről Csatóry Lajos dr.-t. Végre az üdvözölő táviratokat olvasták fel, ezek közt Magyarország részéről Fodor József és Müller Kálmán tanárokat, kik a VIII. hygieni congressus nevében kívántak sikert a római congressus tudományos munkálkodásához.

Ugyanezen nap délutánján a congressus egyes osztályait alakították meg, melyek üléseit a Bacelli terve alapján épült nagyszabású és mintaszerű berendezésű Poliklinika termeiben tartják. 19 osztályt alakítottak, melyek a következők: Anatomia, Physiologia, Anatomia pathologica és Pathologia generalis, Pharmacologia, Medicina interna, Paediatria, Psychiatria-Neuropathologia és Anthropologia criminalis, Chirurgia, Obstetritia és Gynaekologia, Laringologia, Otologia, Medicina militaris, Hygiene, Dermatologia és Syphilographia, Medicina legalis, Hydrologia és Climatologia, Odontologia, Egészségügyi mérnökség.

Ez osztályokban fogja a congressus feldolgozni a nagy számban bejelentett előadásokat hat napon, ú. m. márczius 30-dikán, 31-dikén, április 2-dikán, 3-dikán, 4-dikén és 5-dikén, melyekről általánosságban jövőre teszszük meg jelentésünket; ez osztályok működéséről pedig részletesen a congressuson megjelent hazai szakfőriaak lesznek szívesek annak idején értesíteni olvasóinkat.

A congressus 5. napján ezeken kívül egyetemes ülések is tartatnak általános érdekű előadásokkal, melyekről jelentésünket szintén a következő levelünkben fogjuk megtenni. —n.

Külföldi facultásokból.

Bécs.

(Kórházak. Egészségügy. Maecaenások. Hiányok. A bécsi nép.)

Csak futó pillantást kívánok Bécs egészségügyére vetni, csak ott állva meg, a hol a magyar viszonyoktól egy s más irányú eltérést láttam.

A kórház-ügy Bécsnek fájó oldalát képezi. Az általános kórház helyiségei nem méltók a facultás hírnevéhez s csak folytonos föltozgatással tarthatók oly állapotban, hogy a modern követelményeknek megfeleljenek. Kevés fürdő, rossz, szűk lépcsők, kicsiny ablakok, fapadlózat, alacsony kórtermek, melyek mind egymásba futnak s megszakítás nélküli láncokat képeznek. A betegek számára semmi földött sétahelyiség nincsen, a ventilatio is hiányos, ezen azonban sokat segít, hogy a kórtermek mind egyetlen tractust

képeznek s átellenes ablakkal bírnak. Meg kell továbbá adni, hogy a tisztaságra nagy gondot fordítanak s nem kimélik az olajfestéket és a mosogató rongyot.

A közkórháznak egy dependencia-a a *Rudolfstiftung*, mintegy 5—600 beteg számára, mely ugyan önálló felvétellel is bír, de többnyire az általános kórházban fel nem vett betegekkel telik meg. A trónörökös születésének emlékére a császár alapította s a kórház az eseményhez méltó monumentális jelleggel is bír. Óriási folyosók, nagyszerű lépcsőházak, egy tömördek oszloppal bíró vestibulum, mely szebb, mint a mi királyi palotánk oszlopcarnoka, s a melynek árából még egyszer akkorára lehetett volna építeni a kórházat. A luxuriosus építkezés dacára az épület igen czélszerűtlen, mert légvonatos, a clostettek levegője tölti be az egész épületet, separatio nem lehetséges s a kórtermek csak fél tractust képeznek. Az óriási, télen fűtetlen folyosók különben állítólag arra valók, hogy háború esetén 1000 sebesültet lehessen bennük elhelyezni.

A legmodernebb valamennyi között a *Franz-Josef-Spital*, mely pavillon-rendszerű, és főleg a fertőző betegek elhelyezésére szolgál. Ez is splendid kiállítású, gyönyörű, de hideg mosaikkal, kristályüveg-ablakokkal stb. Bécsnek legszelesebb pontjára építették, messze a városon kívül s messze minden közlekedési eszköztől. A pavillonok kissé sűrűn állanak, s általában, noha a betegágyak átlagos ára majdnem kétakkora volt, mint az épülő budapesti fertőző kórházban, ez utóbbi mégis sokkal czélszerűbbnek és jobbnak látszik lenni előttem.

Administratív szempontból a bécsi kórházak előnyösebben vannak situálva a budapestiekénél. A közkórházban pl. a körülbelül 2000 betegnek kezelése mintegy 100 orvosra van bízva, átlag tehát 20—25 beteg esik egy orvosra; nálunk ellenben pl. az üllői-úti kórház C vagy E pavillonjának 2—2 orvosára 200-nál több beteg is jut. A szolgálat is kényelmesebb. Az inspectio délelőtti, délutáni és éjjeli, s ez utóbbit csak a legfiatalabb orvosok tartják. Az osztályok legfeljebb 100 ágyasok, s egy assistens, két secundarius és néhány aspirans van beosztva a főorvos mellé. A hospitansok (nálunk externisták) orvostanhallgatók is lehetnek, s igen nagy számúak.

A kórház a doktorok számára egy 3 szobás olvasó helyiséget tart, a melybe mintegy 60 szaklap jár s mely gazdag könyvtárral bír. A kórháznak egy prosectora és egy chemikusa is van, a kik egyúttal egyetemi tanárok (Weichselbaum és Ludwig). Mindketten még adjunctusokkal is bírnak a kórház részéről. Ezenkívül minden klinikának még laboratoriumi helyiségei is vannak az „Indagandis-Hof“-ban, mint a hogy Rokitansky jelmondása után (Indagandis sedibus ac causis morborum) az ifjúság a kórboncz-tani épületet jelöli, melyet megteremtője, Rokitansky után elnevezni kollegáinak hiúsága nem engedett meg.

Ilyen berendezés mellett lehetséges, hogy az orvos minden betegét klinice is észlelheti, experimentálhat, s állandóan a legkimerítőbb chemiai és bacteriologiai vizsgálatokkal ellenőrizheti a kórfolyamatot. Persze, ez a berendezés kis osztályokat, nagy személyzetet és tudományos concurrentiát követel meg.

A betegápolást világi nők végzik, a kik az orvostól s nem mint minálunk, egy idegen államban levő egyházi hatóságtól függenek. Itt nem volna lehetséges, hogy az ápolónőkkel az orvos és a betegek ne tudjanak beszélni, vagy az ő kedvükért az egész kórháznak idegen nyelvet kelljen törnie.

Egy igen jó berendezés, melyet nálunk is czélszerű volna meghonosítani, a fürdőágy, mely vánkossal, takaróval ellátott, jól temperálható ágy alakú fürdő, melyben pl. az égett, rákos, cariosus stb. betegek éveket tölthetnek megszakítás nélkül. Tapasztalás szerint kitünően türik az állandó vizet s már sok reménytelen esetet láttak az orvosok ezekben meggyógyulni.

Bécs egészségügyére jellemző az, hogy a míg egyes maecanások kitünő intézményeket létesítettek, a községben minden iniciativa hiányzik, tehát csak a magánosok érdeme, hogy a város nem tartozik az egészségtelenek közé. A tartomány viseli a kórházak terheit; egyes magánosok kórházakat, sanatoriumokat, vízvezeték-eket adtak ajándékba a városnak. Mások nagy kerteket tartanak fenn; az erődítmények lerombolásánál az állam colossális területeket parkirozott, melyek most közkertekül szolgálnak. Egymásután létesülnek a templomok, muzeumok, iskolák, jótékony intézetek,

a nélkül, hogy fennállásuk a várost terhelné. Így pl. a mentőegyesülethez csak annyiban járult Bécs város, hogy 6 heti felmondással kölcsön adott neki egy telket, meglehetősen messze a város központjától.

A város mint olyan, a közegészségügy emelésére alig tesz valamit. Bécs tanulmányozásánál látszik meg leginkább, hogy Budapestnek egészségügyi vezetése milyen jó kezében van, s hogy magunkra hagyatva, a meglevő erőhöz képest minő sokat haladtunk.

A mi Bécs hiányai között mindjárt szembeötlik, hogy járványügye rendezetlen. Nincs desinfiáló intézete; nincs bacteriologiai laboratoriuma; még csak a himlőoltás sem kötelező. (A Franz-Josef-Spitalban mindig van 5—6 himlős beteg.) Crematorium, áru-csarnokok, melegedő szobák, jó közlekedési eszközök hiányoznak. A csatornázás igen rossz, a miben persze a hepehupás terepnek is része van; azonban syphonrendszere sem zár eléggé; az angol clostette berendezések nem kötelezők. Az utcák, — mindig eltekintve a körutaktól s a fő sétahelyektől — vagy porosak, vagy sárosak, mert az olcsó asphalt double coulé helyett, a mi a legkitünőbb burkolat, a körutakon nagy, drága granit-lapokat, egyebütt földbe fektetett kockákat használnak.

Nagyon hiányos a város világítása is; most próbálják a *Kohlmarkt*-on, hogy az elektromos fény alkalmas-e az utcák világítására. Az utcák túlnyomólag, de főleg a belvárosban rendkívül szűkek, görbék; sok a zsákuteza; gyakran 5—6, sőt 7 emeletes régi házak között futnak el; néha egyik oldaluk egy emelettel mélyebb, mint a másik, vagy a kereszteződésnél van 10 méteres niveau-különbség; gyakran mennek lépcsőkbe át a szabad forgalom nagy hátrányára.

Hogy mindezek dacára Bécs nem járványfészek, sőt némely betegségre nézve (cholera, typhus) jobb viszonyokat tüntet fel, mint ez ideig Budapest, annak kulcsa első sorban a kitünő vízvezeték, másrészt, hogy számos széles körútján, terein és parkjain kívül nemcsak a Duna, de két más széles helyet elfoglaló folyó is átszeli, szabad teret nyitva a légáramlatoknak. Végre a nép sokkal gazdagabb és jobban él, erőteljesebb és intelligensebb is, s különösen sok érzékkel bír a testi tisztaság iránt. A bécsi ember kedélyes, sanguinikus. Hamar megharagszik, s pl. a mentőket, a kik minálunk éljenekhez vannak szokva, néha elverik. Rendszerint azonban jószívűek és segítik egymást. A bécsi munkás este sétál, vasárnap kirándul; minden nap iszik sört, eszik húst, szórakozik, szóval a mieinkhez képest jól él, s így érthető, ha a nép kevés talajt nyújt a betegségeknek. Egyedül a tüdővész pusztít erősebben, a kórházakban jelenleg morb. Viennensisnek nevezik; s nekem mégis úgy tűnt fel, hogy a bonczolásoknál kisebb volt a tuberculosis százaléka, mint Budapesten.

Az idegenek látogatása itt századok óta megszokott dolog lévén, jól be vannak gyakorolva azok fogadására. Az idegen itt olcsó ellátást kap, bőséges szórakozást talál s a szorgalomnak és tudománynak nagyon sok gyümölcsét látja felhalmozva. Mindezt összevéve, Bécsnek sok hiánya van ugyan, de mert szép és hatalmas világváros, a benntartózkodás kellemes és igen tanulságos lehet.

Nékm.

Heti szemle.

Budapest, 1894. április 5-dikén.

Budapest egészsége 1894. évi január hóban. A székes főváros közegészségi állapota a mult havizhoz viszonyítva, tekintve úgy az általános halálozás mint a heveny ragályos megbetegedési esetek számát némi javulást mutat. (Mehalt a mult hóban 1146, e hóban 1091 egyén; heveny ragályos megbetegedés előfordult a mult hóban 734, e hóban 636.) Légző szervi bántalmak folytán történt halálozási esetek száma e hóban is lényeges részét képezi az általános halálozásnak, t. i. 33,45%-át. Elve született e hóban 1583, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 83 egyén levonásával 1091, így a születési esetek 492-vel multák felül a halálozásokat. Január hóban a főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6400 fekvő és 6697 járóbeteg; a kerületekben a ker. orvosok által 1908 részint fekvő, nagyjából járóbeteg, összesen 15,005, azaz 2547-tel több mint a mult hóban. Eb-marás 4 esetben történt. Orvos-rendőri bonczolás végeztetett 37, orvos-törvényszéki 21 esetben. Öngyilkosság 6 esetben fordult elő és pedig: lövés 1, mérgezés 1, egyéb módon 4. A Dunából hulla nem fogatott ki. A lelenez és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás e hóban volt 46, esőkkenés 30. Beteg volt e hóban összesen 47, meg-

gyógyult 40, gyógykezeltek 4, meghalt 3. A köztisztaság általában véve igen hiányos volt, a VI., VII., VIII. és IX. kerületekben pedig teljesen elhanyagoltak mutatkoztak. A vízvezetési víz, valamint a köz-kutak vize kifogástalan. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen. Okleveleiket e hóban bemutaták: *Kovács József, Winkler Sámuel, Malzner János, Büchler Antal, Blaskorits Fridolin, Paunz Márk, Bolemann István, Mészöly József, Illyés Géza, Balogh Dezső, Mihály József, Pöschl György egyetemes orvosdoktorok, továbbá Sperling József állatorvos, végül 3 okleveles szülésznő.*

Budapest egészsége 1894. évi február hóban. Február hóban a állapota a múlt havhoz viszonyítva az általános halálozás, mint a heveny ragályos megbetegedési esetek számbeli eltérést nem mutatnak (elhalt a múlt hóban 1091, ezen 28 napos hónapban 967; heveny ragályos megbetegedés volt a múlt hóban 636, e hóban 641). A heveny ragályos kórok közül egyedül a kanyaró emelkedett lényegesen (közel 100 esettel), míg a többi apadt; tekintve azonban a 22 halálozási esetet, enyhe lefolyásúnak mondható. Élve született e hóban 1585, meghalt katouák nélkül s az útról jött s itt elhalt 65 egyén levonásával 967, így a születési esetek 618-czal multák felül a halálozásokat. Február hóban a főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltek 6187 fekvő és 6227 járóbeteg; a kerületekben a ker. orvosok által 1635 részint fekvő, nagyjából járóbeteg, összesen 14,049 azaz 956-tal kevesebb mint a múlt hóban. A rendőrség részéről a megfigyelési osztályra küldetett 5 fővárosi és 3 vidéki elmebeteg. Ebmarás 3 esetben történt. Orvosrendőri boncsolás végeztetett 44, orvostörvényszéki 14 esetben. Öngyilkosság 13 esetben fordult elő. És pedig: lövés 4, akasztás 5, mérgezés 1, egyéb módon 3. A Dunából 3 hullá fogatott ki. A lelenéz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás e hóban volt összesen 39, csökkenés 44. Beteg volt e hóban összesen 47, meggyógyult 37, gyógykezeltek 7, meghalt 3. Halálokok voltak: veleszületett gyenge-ség 1, kanyaró 1, roncsoló toroklob 1 esetben. A köztisztaság a VI., VII. és VIII. kerületekben nem volt kielégítő. A vízvezetési víz jó volt, a köz-kutak kitűnő vizet szolgáltatottak. Az állategészségügy nem volt kedvező a mennyiben a VI., VII. és VIII. kerületben takonykór esetek fordultak elő, azonkívül a VIII. kerületben 2 istállóban ragadós tüdőlob constatatott. Okleveleiket e hóban bemutaták: *Haimann József, Kovács József, Preisich Kornél, Szabó Mihály, Grünstein Adolf, Drucker Viktor, Czyzewsky Gyula, Berger Ferencz, Kohn Pál, Keményffy Gyula egyetemes orvosdoktorok és 14 okleveles szülésznő.*

Vegyesek.

Budapest, 1894. április 5-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. márczius 18-dikától márczius 24-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 388 gyermek, elhalt 260 személy, a születések tehát 128 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 3, roncsoló toroklob 9, hökhurut 1, kanyaró 3, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 1, egyéb ragályos betegségek 2, agykéreglob 16, agyvérömleny 10, rágások 10, szervi szívbaj 13, tüdő-, mellhártya-s hürglob és höghurut 57, tüdőgümő és sorvadás 66, bélhurut és béllob 10, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 2, Bright-kór és veselob 10, görvénykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 5, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi közkórházakban ápolattott e hét elején 2177 beteg, szaporodás 620, csökkenés 699, maradt e hét végén ápolás alatt 2098. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1894. márczius 26-tól április 1-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 4 (meghalt 1), bárányhímlőben 11, vörhenyben 19 (meghalt 2), kanyaróban 69 (meghalt 1), roncsoló toroklobban 16 (meghalt 9), torokgyikban 7 (meghalt 3), trachomában 9, hökhurutban 8, orbánczban 6.

— **Egyetemi alkalmazások:** Az I. belkórodán *Darvas Sándor dr.* díjtalan gyakornok; a fogászati klinikán *Hattyasi Lajos dr.* tanársegéd állásaiukon továbbra meghagyták; a szemészeti klinikán *Nagy Ernő dr.* díjtalan gyakornokká megválasztott.

○ **Személyi hírek.** Békés és Csongrádmegyék főispánja *Beregi József* dorozsmai járásorvost tb. főorvossá, *Szobli Lajos dr.* mindszenti községi orvost tb. járásorvossá; Zemplén. főispánja *Kende Miksa dr.* gálszécsi gyakorló orvost tb. járásorvossá nevezte ki. — *Kovács Henrik dr.* a bozók-németi kör orvosa és *Politzer Jakab dr.* csejthei körorvos állásaiukról lemondtak.

— **Bócai Árpád dr.** egyetemi tanárt a m. kir. belügyminister az országos közegészségi tanács rendes tagjává nevezte ki.

— A **tisztii orvosi vizsgálatok** országos bizottsága által Kolozsvárott ez évi márczius hó 14-dikén a következő orvosdoktorok képesítették: *Halász Béla dr.* jádii körorvos (Besztercze); *Csikly János dr.* járás-orvos (Zilah); *Czirer Elek dr.* városi tisztii főorvos (Pécs); *Okolicsányi János dr.* vasgyári orvos (Ózd); *Hantz Mihály dr.* egyetemi tanársegéd (Kolozsvár); *Szilágyi János dr.* városi orvos (Vajda-Hunyad); *Czekelius Dániel dr.* városi tisztii orvos (Nagy-Szeben); *Wertner Mór dr.* gyakorló orvos (Csáková); *Sámszon Márton dr.* járásorvos (Élesd); *Munk Béla dr.* gyakorló orvos (Nagyvárad); *Tompa János dr.* egyetemi tanársegéd (Kolozsvár); *Böhm Vilmos dr.* gyakorló orvos (Brád); *Laehne Ernő dr.* gyakorló orvos (Magyar-Óvár).

— **Beteg munkások gyógyítása Pöstyénben.** A pöstyéni fürdő-igazgatóság gyári és bányamunkások és általában a szegényebb nép-

osztály részére pensionatust rendezett be. A betegeknek 60 kr. egész 1 frtg terjedő napdíjért minden szükségleteiket fedezik, és állandó orvosi gyógykezelésben részesítik.

— **Az osztrák orvosdoktori és a magyar tisztii orvosi vizsgálatok.** A belügyminister f. évi márczius 21-dikéről 5629. sz. a kelt körrendeletében a vallás- és közoktatásügyi ministerrel egyetértőleg kijelenti, hogy az osztrák egyetemeken nyert diplomák alapján a tisztii orvosi vizsgálatra csak oly orvostudorok jelentkezése lesz elfogadható, illetőleg csak olyanok lesznek vizsgára becsáthatók, kiknek diplomájuk az 1893. november elsejét megelőző időben adatott ki.

— **A közkórházi orvostársulat f. évi április hó 11-dikén** — szerdán — d. n. 6 óraker a II. sebészi kóroda (Rókus-kórház) tantermében bemutató szakülést tart. Tárgysorozat: 1. *Feuer Náthán dr.*: a) Distichiasis gyógyítása galvanocauterrel. b) Lupus conjunctivae. 2. *Réczey Imre dr.*: Aktinomykosis esete. 3. *Siklóssy Gyula dr.*: A szemhéjképzés egy új módszere. 4. *Farkas László dr.*: Welander-féle parenchymatosus befejskendés. *Gerlóczy dr.*, titkár.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** 1894. márczius havában 1074 esetben vették igénybe, mely alkalommal 56 ellenőrző orvos, 6 mentőtiszt és 87 mentő tett szolgálatot. 1887. óta az egyesület 44,477 esetben nyújtott első segélyt.

— **Ezredéves kiállítás.** Az 1896-diki ezredéves kiállítás szervezési előmunkáit lényegükben befejezték és most már a tulajdonképeni kiállítási munkák időszaka megkezdődik. A szervező bizottság lendület szavakban hívja fel a kiállításban való részvételre Magyarországon minden polgárát. Azt a kósza hírt, hogy a kiállítás elhalasztatnék, a rendező-bizottság elnöksége határozottan desavouálja.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg zuhanyokkal és párolással, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság. A fürdő főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és üllői-úti kórházban 1894. márczius 29-től egész április 4-ig ápolat betegekről.

1894.	Felvett beteg		Elbocsátott gyógy.		Meghalt beteg		Maradt beteg		Az ápoltak közül a Rókusban							
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	heveny fertőző az üllői-úti kórházban				
Márcz. 29	54	45	99	47	40	87	5	2	7	1107	845	1952	1030	27	28	867
" 30	47	33	80	43	20	63	2	3	5	1109	855	1964	1037	28	28	871
" 31	50	47	97	74	51	125	8	3	11	1077	848	1925	1030	27	29	839
Ápr. 1	37	17	54	24	21	45	5	1	6	1085	843	1928	1022	27	28	851
" 2	76	53	129	53	65	118	10	6	16	1098	825	1923	1018	27	22	856
" 3	61	62	123	39	35	74	4	6	10	1116	846	1962	1042	27	23	880
" 4	59	38	97	39	38	77	3	4	7	1133	842	1975	1028	27	25	895

Hidegvíz-gyógyintézet

St. Radegund

Stajerországban, 2 órányira a gráci vasuti állomástól.

Gyönyörű fekvéssel magas hegységben, kiterjedt fenyveseknek közepette. Enyhe, edző éghajlat, kitűnő ivóvíz, svéd gyógytornász és massage, kényelmes lakások, 22 gyógyház és villában. Olcsó árak. — Látogatók száma évenként 900; az orvos magyar.

👉 **Fürdőevád április 1-től november közepéig.** 👈
Bővebb felvilágosítást a gyógymód, kóralakok — árák — s egyéb körülmények felől egy prospectus ad, mely kívánatra ingyen megküldítik.

Dr. Ruprich Gusztáv, Dr. Novy Gusztáv,
igazgató-orvos. intezettulajdonos. 1

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécshben

5 III., Leonhard-utca 3-5. szám.

KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTAN.

Szerkeszti FODOR JÓZSEF tanár.

Tartalom: Nagy Béla dr.: Az alkoholismus törvényszéki fontosságáról tekintettel a terheltekre. — Könyvismertetés. — Közegészségügy.

Az alkoholismus törvényszéki fontosságáról, tekintettel a terheltekre.

Irta Nagy Béla dr.

A napjainkban követett pontos klinikai észlelés, felfegyverkezve a modern segédtudományok összes vizsgálati eszközeivel, párosulva szigorú anatómiai felfogással kiválóan hivatott arra, hogy az egyes megbetegedések még eddig rejtve levő okait feltárja előttünk és azon várva várt reményünk teljesülését helyezte kilátásba, hogy *majdan* idővel matematikai pontossággal vonhatunk következtetést a kórtünetekből az egyes szervek körülírt helyeinek beteg voltára s viszont, ha valamely organumot akár az élőben, akár a mikroskop alatt elváltozottnak kórisméztünk, meghatározhatjuk, hogy adott esetünkben ilyen vagy amolyan klinikai tüneteknek kell vagy kellett jelentkezniök.

Ez azon iránzat, melyet a tudományos kutatás jelenleg követ és melyhez tántoríthatatlanul ragaszkodva, napról napra igyekszik megvalósítani kitűzött célját.

Ilyen felfogás mellett kiváló fontosságot nyer — különösen törvényszéki szempontból — azon tudomány, a mely a kóros agyállapotokkal foglalkozik, mely első sorban hivatott véleményt mondani a felett, hogy valamely tett végrehajtása normális ingerlékenységű agyműködés folytán vitett-e végbe, vajjon a környi impulsus arányban állott-e a reá következő reactióval, szóval nem forognak-e fenn kóros tünetek, melyekből az agyvelő-beteg voltára vonhatunk következtetést stb. stb., mert hiszen miként minden egyes szervünk, úgy természetesen agyvelőnk — lelki életünk mozgatója is, alá van vetve a fentebb jelzett szabályszerűségnek és ebből kifolyólag itt is elvárhatjuk, hogy az agyvelő különböző milyenségű és mennyiségű megbetegedéseinek megfelelőleg bizonyos szabványoszerű symptomák jelentkezzenek az élőben, és hogy a kórtünetek az anatómia, specialisan pedig a mikroszkopiai leletekkel parallelismusban álljanak. A psychiatria említett iránya folytán az igazságszolgáltatásnak közvetve, a bírónak pedig közvetlen hatalmas szolgálatot tehet, midőn talált *positiv* eredményeit vele közölve igazságos ítélet meghozatalában elősegíti, midőn megmutatja neki, hogy az inermínált egyén tetteiből, melyeket számíton be a még normális agyműködésnek és mennyit rójjon fel a megbetegedett idegrendszernek.

A jelzett okokból kifolyólag megkísértem egy a központi idegrendszer elfajulása előidézőjének, az alkoholismusnak törvényszéki fontosságát fejtegetni, mert éppen az alkoholos psychosisokban szenvedők, részben a kórkép gyakoriságánál, részben pedig a megbetegedések természeténél fogva igen gyakran jönnek összeütközésbe a társadalmi renddel és törvényekkel.

A mi az alkoholos elmezavarok számát illeti, bár az utóbbi években örvendetesen csökkent, különösen Budapesten (l. »Orvosi Hetilap« k. 36, 1893) mégis az elmebántalmaknak még jelenleg is igen nagy százalékát teszi az ki, minek fő kórokát az idegességben s ebből kifolyólag a mind nagyobb arányban terjedő terheltségben keresem.

Tényleg, ha tekintetbe vesszük, hogy az idegrendszer bárminemű meggyengítése oly fogékony talajt képez az alkoholismus elburjánzására, hisz az alkoholisták 48·2%-át talál-
tam gyengült idegzetűeknek, úgy kétségkívül ezen okban egy megdönthetetlen vázát találjuk az alkoholismus bizonyos arányú fennállásának.

Jól ismert tény, hogy napjainkban, a gőz- és villamosági erő korszakában, alig találunk egyént, kinek idegrendszere meg nem volna viselve, ki, hogy a versenyt kiállhassa, éjjelt nappallá tesz, nap-nap után pihenés nélkül kénytelen dolgozni, és ha kifárad, csak az alkohol után nyúl, mely idegrendszerét egyideig serényebb munkára képesíti. De elvégre az idegrendszer is, mint a túlfeszített húr, szétpattan, felmondja a szolgálatot és felbillen az amúgy is ingatag lelki életnek serpenyője s a psychosis kitör.

Ha most még hozzávesszük, hogy mindazon egyének, kiknek idegrendszere már születésüktől fogva gyenge, avagy a későbbi korban bármely behatás által gyengítve lön, már eltekintve is az alkohol intoxicatiótól, a környi ingerekre hatalmasabban reagálnak, gondolataiknak nyilvánításában, tetteiknek elkövetésében nem a megfontolt logika uralkodik náluk, ha számba vesszük, hogy mily fenyegető arányban növekszik az idegesség terjedésével azon egyének száma, kik ily sebzevény idegrendszerrel rendelkeznek, úgy mindjárt szemünkbe ötlük azon kérdés fontossága, hogy az ilyen gyengült idegrendszerűek, nevezzük őket terhelteknek, a nélkül, hogy még alkohollal intoxicáltatnának, a törvényszéki orvos által mily elbírálás alá veendők.

Nem szándékom itt azon okokat felsorolni, melyek folytán az idegrendszer gyengítése előáll, nem is óhajtom azon klinikai symptomákat fejtegetni, a melyekből ez diagnostizálható, hiszen az az alkoholismus kórodai tárgyalásához tartozik, csak általánosságban akarok az ezeknél oly gyakran észlelhető kényszerképzetekről szólni és sajátos lelki állapotukról némi megjegyzést tenni.

Falret volt az első, ki „folie de doute, délire de toucher“, Westphal „kényszerképzetek“ és „kényszermozgások“, Magnan „obsessio“ név alatt közölték először egyes eseteket, melyekben az illető egyének egyes gondolatuktól, tettektől magukat visszatartani képesek nem voltak. Eleinte csak bizonyos időközökben léptek fel az ilyen gyengült idegrendszerű egyéknél kellemetlen avagy kellemes irányú gondolatok, melyeket az illetők még képesek elnyomni, minden különös nyugtalan-ság, izgalom elkerülésével.

Később azonban mind gyakrabban jelentkeznek ezek, úgy hogy magukkal küzködnek az illetők, hogy a mind nagyobb kényszererővel jelentkező gondolatuktól és cselekedetektől vissza tudják magukat tartani, mire még tényleg képesek is, de már csak bizonyos, de mégis mérsékelt fokú lelki izgalmak árán.

Ilyenkor általános rosszullet lepi meg őket, fejtük szédül, úgy látszik hogy a tárgyak körülöttük forognak, hideg borzongás futja át testüket, végtagjaik — különösen pedig kezeik — remegnek; a legesekélyebb ellentmondást sem tűrik, könnyen haragra lobbanók; sőt mi több, néha annyira izgatottak lesznek, hogy mindent törnek, zúznak, a mi csak kezük ügyébe kerül; megjegyzem azonban, hogy ekkor még mindig tudják az illetők, hogy mit csinálnak. Ezen állapot perczektől egész napokig (két-három nap) is eltarthat. Még később pedig oly ellenállhatatlan erővel jelentkeznek náluk bizonyos gondolatok, hogy azokat teljesíteniök kell, bármennyire meg vannak is győződve azok helytelen, sőt tán borzasztó, reájuk nézve annyira végzetes voltáról. Ezen tetteik elkövetése alatt való-ságos mániászerű állapot lép fel náluk, kísérve rövidebb-hosszabb ideig fennálló öntudatlansággal.

A mi az első két állapotot illeti, minthogy az illetők gondolataik megtestesítésétől, akaratuk, tetteik teljesítésétől még vissza tudják magukat tartani, törvényszéki elbírálás alá ritkán vagy éppen nem kerülnek. Azért azonban mégis fontosnak vélem azon állapot rövid vázolását első sorban már azért is, nehogy összeeseréljük azzal, a mi még aránylag normális idegzetűeknél is észlelhető. Kétségen kívül ezeknél is feltalálhatjuk, hogy néha-néha fellépnek bizonyos kényszererővel jelentkező gondolatok, pl. valaki már az ágyban fekszik, egyszerre eszébe jut, hogy ajtaját még eddig nem csukta be és nem tud addig eladni, míg azt tényleg meg nem nézi; felkel ágyából, hogy pénzét megolvassa stb. stb., de ezen gondolatok csak igen ritkán jelentkeznek és semmi esetre sem foghatók fel úgy, mint a pszichikai élet mélyebbre ható bántalmazottságát mutató tünetek, már csak azért sem, mert minden nagyobb izgalom nélkül képesek ezen látszólagos kényszer gondolatuktól elállni, továbbá hiányoznak egyéb fizikális és pszichikai stigmák, melyek a lelki élet mélyebb zavarait mutatnák.

Annak megítélése, hogy valamely időközben jelentkező kényszer gondolat a kóros psyché kifolyása-e, sohasem dönthető el egy pszichikai tünettől, hanem ezek összességéből, valamint a terhelteknél soha, vagy csak nagyon ritkán hiányzó fizikális stigmákból.

Másodsorban azért is kiváló fontosságú az említett két kóros állapot vázolása, hogy folyton szem előtt tartsuk, miszerint a jelzett kórtünetek, melyek bár még e fokozat mélyében nem érintik a psychét, úgy fogandók fel, mint kóros jelenségek, melyek már bevezető tüneteiket alkotják azon lelki állapotnak, mikor az illető egyének bár meg vannak győződve tetteik káros, sőt tán borzasztó voltáról is, azokat mégis keresztül viszik.

A kérdés már most az, hogy a törvényszéki orvos miként véleményezze az ilyen beteg egyének pszichikai állapotát, kiknél a kényszer gondolatokon kívül egyéb fizikális és pszichikai stigmák is jelen vannak?

Mint már egy ízben jeleztük, ezen egyének tudják, hogy büntetendő cselekményt végeznek, ismerik a társadalmi törvények tiltó rendelkezéseit, jó nevelésükkel sem egyezik meg ezek végrehajtása, de annyi önuralommal nem rendelkeznek, hogy ezektől vissza tudják magukat tartani, bár jól tudják, hogy tettük esetleg életükbe kerülhet. Itt minden esetre tekintetbe veendő, hogy az illető látszólag tudatosan végezte tettét és hogy esetleg kimutatható érzékesalódások és téveszmék jelen nincsenek az illetőknél, mert hiszen ha ezek észlelhetők volnának, úgy igen könnyen lenne véleményezhető, hogy az illető egyén elmebeli tehetsége meg van zavarva és így a további büntető jogi eljárásnak gyorsan vége szakíthatnák, de a viszonyok jelen esetünkben sokkal nagyobb nehézséggel járnak. Nem azért, mintha az orvosok nem látnák az illető kóros tüneteket, melyekből ők biztossággal megtudják állapítani, hogy az illető egyén elmebeli tehetsége az incriminált tett elkövetésekor meg volt zavarva, hanem inkább abból a tekintetből, minthogy a bíró hiányzó orvosi, in specie psychiatriai ismereténél fogva nem ismeri el, helyesebben mondva nem ismeri fel a jelzett kóros tüneteket.

Mert ha az ily terhelteknél egész a vizsgálat napjáig tartott életrajzán végigtekintünk, ott nemcsak egy-két kényszerképzzettel találkozunk, hanem megtudjuk, hogy az illető iszákos vagy elmebeteg apától, hysterikus nőtől származott, hogy családjában már többször fordult elő elmebaj vagy nagyobb mérvű idegbaj (epilepsia, tabes, diabetes stb.), hogy csecsemő korában rángó görcsei voltak (különösen a fogzás idején), gyermekkorában nagyon szófogadatlan, vásott magaviseletű volt, ifjúkorában onanizált, kicsapongó nemi életet élt, sokat éjjelezett, gyakori fejfájásokban, congestióban szenvedett, könnyen ingerlékeny volt, éjjeleit álmatlanul töltötte stb. stb., szóval így már a kóros tünetek nagy csoportja világossá teszi, hogy az ily terhelteknél, ha nem is mutathatók ki náluk esetleg a deliriumok és érzékesalódások, idegrendszerük annyira meg van gyengülve — hisz már szűletésüktől fogva

ilyenek, így jöttek a világra — hogy tetteik elkövetésében nem működhetik náluk az ép logika.

Jól ismert klinikai tapasztalatunk, hogy az ilyen gyengült idegzetű egyéneknek a nagyobb fokú izgalom kiváltja azon állapotot, mikor az agyvelő vagy nem láttatik el kellőképp vérell, tehát ott vérszegénység áll be, vagy túlságosan áramlik a vér oda — mely állításunkat szemmel láthatólag bizonyítják a terhelteknél mindennap észlelhető vasomotorikus zavarok —, hogy pedig akár az agyvelő vérszegénysége, akár annak vérell való túlságos megtelődése öntudatlansági állapotot teremt meg, azt a pathologiai tények bizonyítják.

Eddigi eredményünk tehát oda vezet, hogy az ilyen terhelteknél öntudatlanság véleményezendő tetteik pedig úgy bírálendók el, mint olyanok, mint a melyek öntudat hiányában vitettek végbe.

Ennyit ma már okvetlen megengednek psychiatriai ismereteink; de még tovább is mehetünk, ha az anthropologiai büntető jog humánus irányzatának meg akarunk felelni.

Klinikai észleleteink azt is mutatják, hogy az ilyen terhelteknél öntudatlanság észlelhető kóros tünetek igen gyakran bekezdő stadiumai a határozottan diagnosztizálható elmebajoknak.

A statisztikai adatok ezenkívül még azt is tanúsítják, hogy az ilyen egyéneknek, ha még nem lépett is fel általános zavartság, mégis már időközben határozottan észlelhető rövid ideig, percetől egész óráig tartó elmezavar.

Ilyen esetben, mely minden esetre csak alapos klinikai ismeretek útján körismézhető, már nem öntudatlanság, hanem vagy határozott elmebaj véleményezendő, vagy úgy fogandó fel a kényszerképzzetekben szenvedők ezen lelki állapota, mint még teljesen ki nem fejlődött psychosisok bekezdő stadiumai.

A terheltekről lévén szó, felhozhatnák még több olyan kérdést is, mely a bővebb megbeszélést megérdemelné; így pl. igen hálás themának mutatkoznék annak megvitatása, hogy miként fogandók fel azon egyének lelki állapota, kik pervers nemi ösztön rabjai, kik erkölcsileg süllyedtek és hysteriában szenvednek. Mindenekelőtt kiemelem, hogy bár ezen súlyosabb idegbajok igen gyakran maguk után vonják az elmezavart, de magukban még nem elégségesek annak eldöntésére, hogy az illetők már elmebetegnek is.

Egy kórtünet még sohasem lehet döntő arra nézve, hogy valakit elmebetegnek nyilváníthatunk.

Igy pl., hogy ha oly beteg egyénnel állunk szemben, ki kétségtelenül ki tudja mutatni, hogy ellenkező neművel nemi ingerét kielégíteni nem képes, sőt az ellenkező nemű egyén látása is visszatetszést, undort kelt benne, míg a hasonmúeknek már egyszeri megpillantása is gyönyört, élvezetet teremt meg számára, bár e tünet, ha a mellett még kétségtelenné válik, hogy az illető nem rossz nevelése folytán teszi ezt, nagyfokú idegbajt sejtet, de ha egyéb kóros jelek hiányoznak, elmebetegnek nem nyilvánítható.

Mihelyt azonban megtudjuk, hogy az illető nemcsak pervers nemű ösztön rabja, hanem úgy fizikális tekintetben, mint psychice már gyermekkorától fogva kóros tünetek egész sorozatának hatása alatt szenved, hogy nemi ösztönének jelentkezésekor fellépő lelki izgalmai annyira fokozódtak, hogy lelke egyensúlya ez által tökéletesen felbomlik, megszűnik tájékozódása, apperceptiója, associatioja teljesen meglazul, akkor már határozott elmebajjal állunk szemben.

Ép így áll a dolog az erkölcsileg süllyedteknél is. Nem mondhatunk valakit erkölcsi elmezavarban szenvedőnek, ha egyedül csak arról vagyunk értesülve, hogy az illető egyén excessusokat végez in Baccho et in venere, ha lop, haszontalanul költekezik, ha napok számra elcsavarog hazulról, ha nevelésének meg nem felelő foglalkozást keres, ha a művelt emberek társaságát kerüli és aljas egyénekét keresi, sőt még akkor sem, ha szülői ellen emeli fel akár szavát, akár kezét.

De ha látjuk az illetőn a terheltség fizikális stigmáit, ha úgy tapasztaljuk, hogy az illető egyén már gyermekkorától fogva egész a mainapig folyton hasonló kihágásokat követett el, sőt legutóbb minden legcsekélyebb ellenmondás nála nagyfokú izgalmat vált ki, a ki semmi ellenetést nem tűr, a keze ügyébe került tárgyakat töri, zúzza, továbbá a ki

időközben valóságos dühösségi rohamokban szenved, őt már ekkor erkölesi elmezavarban levőnek kell, hogy nyilvánítsuk, vagy ha úgy tetszik, erkölesileg elmeengének.

E pontnál talán helyén volna, az elmeengéről néhány szóval megemlékezni. Magától értetődik hogy itt nem akarok az idiotákról szólni, mert hisz ezeknél oly világosak az elmeengesség tünetei, annyira ismertek a náluk időközben fellépő maniacalis elmezavarok, hogy a bíró őket minden különös nehézség nélkül felmenti a vizsgálat alól, de az elmeengesség magasabb, nehezebben felismerhető árnyalatairól, gyengült elméjük, korlátolt eszűkről, hol pedig ugyanazon basison lépnek fel kóros tünetek, egész másként véleményez a bíró. Jól ismert klinikai tapasztalatunk, hogy elmeengenge egyének képesek bizonyos munkák elvégzésére, sőt egyes irányban még a tudományok egyes ágaiban ki is tűnhetnek, de saját maguk mit sem képesek produkálni, nem képesek újítások megteremtésére; nagy fáradtsággal szerzett vagyonukat haszontalanul költik el és ha akarataik nem teljesül, izgalomba jönnek, törnek, zúznak, szóval valódi dühösségi állapotok állnak elő náluk, ép úgy mint az idiotáknál. Itt is feltalálhatjuk a terheltség testi és szellemi stigmáit, így tehát lelki állapotok elbírálásánál kitűnik, hogy ha az anamnestikus adatokra kellő súlyt fektetünk, hogy itt az idiotákkal szemben csak fokozatbeli különbségek állnak fenn.

A hysteriások lelki állapotának elbírálásánál szintén tekintetbe kell vennünk, hogy terhelt egyénnel van dolgunk, kik igen könnyen sebezhető idegrendszerrel rendelkeznek, hogy náluk rendkívül fokozott a pszichikus reflex-ingerlékenység; a gondolat és a tett közötti idő igen csekély s így a tiltó-képzetek érvényre nem juthatnak. Nem gondolom ezzel azt, hogy ha valakit hysteriásnak mondunk, hogy ez alatt már az is lenne érthető, hogy az illető elmezavart, de annyi kétségtelen, hogy ilyen egyéneknél éppen az említett nagyfokú psychomotorikus ingerlékenység miatt igen könnyen állhatnak elő rövid ideig tartó zavartsági állapotok, melyekről az orvos-szakértő mindenkor meggyőződést szerezhet. Ugyanezek állanak a neurastheniáról is.

Mintán így röviden vázoltam volna a terhelt lelki életét, áttérhetek tulajdonképpen tárgyamra, hogy ezen idegengenge egyének miként reagálnak az alkohollal szemben, folyton szemmel tartva egyúttal az ép idegrendszerűeknek az alkohollal szemben tanúsított viselkedését.

Az alkohol felvételénél a szervezetbe, a véráramba jut, honnét feltűnően nagy mennyiségben hatol az agyhoz, azon egyszerű okból, mert ezen szervünk bő véredényhálózattal rendelkezik. Így az agyvelő bővebben táplálódik, az idegelemek, különösen az idegsejtek fokozatos működésbe, utóbb pedig izgalomba jönnek, bizonyos, még előttünk rejtve levő vegyi hatások folytán.

A jelzett idegsejt-izgalom folytán az apperceptio, combináló képesség éles, fokozott, az associatio gyorsítottá válik, hangulatuk emelkedett, éleződnek, nevetgélnek, mozgékonyak, fürgék, úgy érzik, mintha tagjaik könnyebbek, rugalmasabbak lennének; bőbeszédűek, szóval az alkohol hatására a központhoz tartó, mint a központtól futó ingerek mind gyorsabban folynak le.

Az ember, mint a társadalomnak egy tagja, magát és vágyait korlátlanul nem érvényesítheti, hanem csakis annyiban, a mennyiben a társadalomnak iránta támasztott követelményeire is tekintettel van. Ez alapon az egyes individuum és a társadalom között bizonyos kölcsönösségi viszony fejlődik ki, a melynek korlátait a normális idegrendszerű egyén mindig respectálja. Kóros viszonyok között azonban gyakran megesik az, hogy a megzavart idegműködésű egyének — pl. idegengenge hysteriás egyéneknél igen gyakran megtörténik, hogy ezek hatalmasabb indulatok közepette, midőn agyvelejük vagy anaemiában, avagy hyperaemiában van, nem képesek pillanatnyi felhevülésükön uralkodni, a mennyiben az agyvelő megzavart vérkeringési viszonyainál fogva a társítási műveletek rendes lefolyása meg van akasztva. Az ilyen egyének a felhevülésben megfélekednek a fentebb említett korlátokról és úgy cselekednek mint reflexgépek, vagyis azt teszik, a mit

a felhevülés első pillanata náluk kiváltott. Más szavakkal azt szoktuk mondani, hogy az ilyen egyéneknél hiányzik a pszichikus gátlás — az önuralom.

Az alkohol-intoxicatio folytán éppen ezen gátló centrumok helyzetnek működésén kívül és az idegsejtek, mint már egy ízben jeleztük, a normálisnál nagyobb fokban ingerlékenyek, minnek azután az a következménye, hogy a környi ingerek zavartalanul folynak le, vagy legalább is oly kevés akadályllyal kell megküzdniök, hogy az alkohollal intoxicáltak gondolataikat nyilváníthatják, tetteiket véghez viszik a nélkül, hogy a felsőbb megítélés, kritika alá kerülnének ezek keresztülvitele.

A mondottakból ezután érthető, hogy a gátlás eltüntével kifejlődik náluk bizonyos önösség, bizonyos hatalmaskodás.

Előttük nem létezik sem társadalmi, sem erkölesi korlát; azon egyén, ki azelőtt az illemt szigorúan szem előtt tartotta, most kihívó, tolakodó magaviseletet tanúsít, *magánügyeit feltárja, a reá bizott titkokat kifecsegi.*

Az illetők szüntelen izegnek-mozognak, gestikulálnak, hangosan beszélnek, kiabálnak, énekelnek, rakonezátlanok, rendkívül kihívó magaviseletet tanúsítanak, különösen a nemi életet illetőleg, végre a legesekélyebb ellenállás is már tetlegességre vezetí őket, hangulatuk emelkedett, jókedvűek, csupa öröm, boldogság sugárzik le arcukról.

Ezen stadiumában az intoxicatióknak az illető egyén a büntető törvényvel gyakran jön összeütközésbe, különösen kihágásokat csinál a hatóságok, közsend, közszemérem, közbiztonság és tulajdon ellen.

De előfordulhatnak büntettek és vétségek is, különösen gyújtogatás, lopás és szemérem elleni büntett.

Ezen lelki állapotnak megfelelőleg a fizikális tünetek is eléggé kifejezettek. A köztakaró vörösen elszínesedett, izzadsággal fedett, fej tüzes, belövelt szemek fénylők, injiciáltak, szív-működés gyors s erős, pulsus szapora és telt. Cornea fénylő, conjunctivák véredényei erősen kiemelkedettek, szemmozgások gyorsak, szemek élénkek, pupillák kissé tágabbak, a térdreflexek emelkedettek, a járás elég biztos, az egyes eselekedetek czélszerűen vitetnek végbe.

Törvényszéki szempontból fontos lehet, hogy azon egyén mennyi szeszest italt fogyasztott el és vajjon emlékezettel bír-e a történetekre? A szesz minősége, mennyisége nem jöhet számításba, a mennyiben a kóros tapasztalatok minden kétségen kívül mutatják, hogy egyeseknek a pálinka, másoknak a bor, harmadiknak a sör árt meg. Mindazonáltal tagadhatatlan, hogy a pálinkafélék különösen ártalmasak.

A mi a mennyiséget illeti, az nagyon különböző és abból semmiféle következtetést nem vonhatunk, a mennyiben vannak egyének, kik literenként fogyasztják a szeszest italokat, míg náluk az említett tünetek előállnak, mások pedig egy-két, sőt fél pohár szesz élvezése után is kóros állapotba jutnak.

A mi az emlékezést illeti, az bár rendszerint megtartott, mindazonáltal kisebb nagyobb defectusok sűrűn mutathatók ki, sőt a teljes amnesia sem ritkaság.

Az alkohol intoxicatio első stadiuma az említett tünetekben jelentkezik, melyet rendszeren izgalmi szaknak (stad. excitationis) szoktunk nevezni. Ez után következik a benuulás időszaka (stad. depressionis), mely beáll akkor, ha az alkohol tovább érvényesíti hatását. Ilyenkor a betegek hangulata nyomott vagy apathikus, nem tájékozódnak sem helyről, sem időről. Apperceptio, associatio, combinatio képességük megszűnt, gondolatmenetük lassult. Néha érzékesalódások, máskor félelmek mutathatók ki náluk, de csak futólagosan, járásuk tántorgó, dűledeznek jobbra, balra, esetleg el is esnek és a mély álmom által elnyomva ott is maradnak. Ezen állapotban az intoxicáltak annyiban fontosak törvényszéki szempontból, hogy ha nyilvános helyen találatnak fel, ezen állapotuk botrányos eselekménynek minősítetik s így az illetők kihágás miatt lesznek büntethetőek.

Ezen állapotban a betegek köztakarója elhalványult, melyet utóbb hideg verejték lep el, az arc elsápad, szív-működés gyenge, lassú, pulsus üres, vékony, légzések száma kevesbedett, szemmozgások renyhék, tekintetük apathikus,

semmitmondó, pupillák szűkek, fényre és alkalmazkodásra renyhén reagálnak, térdtünetek csökkentek, járásuk tántorgó, alig képesek tagjaikat vonszolni, düledeznek; beszédjük dadogó, érthetetlen.

E helyütt már igen gyakran találkozunk teljes amnesiával, emlékezeti defectumokkal; a tiszta emlékezés a történetekre rendszerint hiányzik; a szesz minő- és mennyisége itt sem döntő.

Ez utóbbiról különösen meggyőződhetünk gyengült idegrendszerűeknél — egy szóval kifejezve terhelteknél — hol a legesekélyebb mennyiségű szesz a hűdési tünetek egész sorát mutatja. Általában jellemző, hogy terhelteknél nem találjuk a szesz azon fokozatos hatását, mint azt az imént vázoltuk. Azon egyén, kinek idegrendszere gyengítve lőn, már kis mennyiségben élvezve alkoholtartalmú italokat, vagy nyomott vagy kórosan izgatott hangulattal bir. Az illetők keveset beszélnek, szédülés érzete fogja el őket, izomzatukat elernyedtnek, petyhüdtnek érzik, apperceptio, associatio és combináló képességben lassubbodás áll be s álmatlanok. Ki kell emelnem, hogy minden ezen tünetek csakis minimális szeszélvezetre állanak elő. Egészen más elbirálás alá esik azon állapot, melyet pathologikus részszegség neve alatt ismertünk, mi nem egyéb, mint a *terheltek* tulajdonképeni részszegési állapota. Az ilyen egyének, kik rendszeren terhelt családból származnak, már régibb idő óta idegesek, gyakori fejfájásban szenvedtek, fejükön traumat szenvedtek el, kevés alkoholt elfogyasztva, dühöngésbe törnek ki. Az izgalmi tünetek bár mindenkor észlelhetők az ilyen egyéneknél, mégis kétféle változatban jelenhetik meg a körkép. Előfordul, hogy az egyének nagy félelmei, érzékesalodásai vannak, hallucinál, illúsiói vannak, álmatlan, nyugtalan, aggressív, és a következő napon fáradtan ébred fel, a nélkül, hogy a történetekre emlékezne. Egy másik esetben az illetők szintén rendkívül nyugtalanok, izgatottak, álmatlanok, de érzékesalodások náluk ki nem mutathatók és a történetekre a legpontosabban emlékeznek; természetesen itt már a legnagyobb büntetkekkel találkozunk — *emberölés, súlyos testi sértés*, gyujtogatás napi renden náluk van.

Törvényszéki szempontból azonban sokkal fontosabb az idült alkohol-intoxicatio folytán fellépő psychosisok alapos ismerete, hol már úgy a physikalis mint a szellemi kóros tünetek igen kifejezetten észlelhetők.

A főbb physikalis tünetek röviden összefoglalva a következők: a bőr piszkos, sárgás-szinű, petyhüdt, fonnyadt kinézésű, máskor fényes, feszes; a *bőralatti zsírréteg* felhalmozódott; az *izomzat* lágy tapintású, rugalmatlan, elernyed; az *arec* puffadt, vöröses színű; a *felületes véredényhálózat* — különösen az *orron* — kitágult, nem ritkán ez utóbbi aenekekkel fedett. Az *arec-redők* az izomzat elpetyhüdése folytán elsimultak, minek folytán az arezkifejezés semmitmondóvá, sőt butává válik. A szemmozgások renyhék, a conjunctivák erősen belöveltek, szemek könnyező, pupillák hol egyenlők, hol egyenlőtlenek, néha szabálytalan alakot is mutatnak, fényre úgy mint alkalmazkodásra néha hiányosan is reagálnak. A facialisok beidegzése sokszor renyhe, de előfordulnak paresisek is. Rendszerint egyik oldalon szokott előfordulni a facialis bántalmazottsága, mi nem csekély mértékben járul az arec eltorzulásához, apathikus kifejezés előidézéséhez.

Az ajkak rendszerint puffadtak, cyanotikusak a visszeres pangások folytán. A nyelv sűrű, fehér-sárgás lepedékkel bevont, kiöltésnél benne majd finomabb, majd durvább hullámú tremor észlelhető. Elég gyakran észlelhető az is, hogy a nyelv egyik vagy másik oldalra elhajlik. A körmök kékesen elszinesedtek. A szív működés rendszerint gyengült; felette nem ritkán systolikus zörej is hallható. Pulsus arhythmikus, gyenge, könnyen elnyomható. Tüdők felett bugást, füttyhangokat észlelhetünk. A gyomortáj nyomásra érzékeny; étvágytalanság mutatkozik; a reggeli hányások, melyek igen gyakran epét tartalmaznak, a mindennapos tünetek közé tartoznak. Has igen gyakran megnagyobbodott, kopogtatásnál nem ritka a tompa kontaktási hang (ascites), máj igen gyakran megnagyobbodott, nyomásra fájdalmas. Vizelet kevesbedett, fajsúlya nagyobb, benne több-kevesebb fehérnye is található. A térdreflexek fokozódtak. Az

idiomuscularis dombképződés a rendesnél sokkal nagyobb lehet. A jelzett physikalis elváltozásokon kívül kisebb-nagyobb fokú elváltozások mutathatók ki a *mozgási, érzési* körben, a *látási, hallási, izlési* képességben, a *beszédben*, a *nemi szervek funkciójában*, melyeknek bővebb ismertetése jelenleg czélomat nem képezheti.

Nem kevésbé kiterjedtek azon elváltozások, melyeket az idült alkohol-intoxicatio a szellemi életben előidéz.

Azon egyén, ki az alkohol megrögzött élvezete előtt gondos családapá, szerető hitves volt, ki dolgozott, túrt és szenvedett, hogy családjá hiányt semmiben ne szenvedjen; ki mindenkor arra törekedett, hogy jó barátai, ismerősei szeressék, becsületes, jellemes embernek tartsák: a szesz mérgező hatása folytán teljesen elváltozott.

A gondos családapá hanyag férjé válik; nejét folyton szidalmazza, tetteiben gáncsolja; folyton zsörtölődik; házasságtöréssel, hűtlenséggel vádolja. Családjá egyéb tagjait is elhanyagolja, szintúgy barátaival, ismerőseivel sem törődik. Türelmetlen, ellenmondást nem tűr; tunya, dologkerülő, önző. Morális és ethikai érzete a legnagyobb mértékben alásüllyedt. Pizkosan, rongyosan jár-kezel az utcán; adósságokat csinál; majd pedig utolsó ruhadarabját adja el egy pohárka pálinkáért. De még tovább is megy a potator, hogy rút szenvedélyének hódoljon, pár krajczárnyi zsákmányért legyilkolja az utcán járó kelőket, ismerőseit, rokonait, sőt volt rá eset, hogy megrögzött alkoholista még atyját is leütötte egy-két pohár alkoholtartalmú itallal.

A potatorok szeméremérzetének csökkenése folytán a botrányok egész sorozatát követhetik el. Nappal nyilvános helyeken vizelnek, nemi szerveiket járó kelőknek mutogatják, egyeseket úton-útfélen a közösisülésre felhívják, a legtrágárabb szavakkal illetik, fejletlen leányokon nemi erőszakot kísérlenek meg, vagy plane el is követnek; sőt az is előfordul, hogy egészen lemeztelenítve futkosnak a legnépesebb utcákon. Ha kissé kijózanódtak, úgy alázatos leereszkedő magaviseletet tanúsítanak. Elmeleük tompult; úgy az apperceptionalis mint a combináló és associationalis képességük nagy fokban csökkentnek mutatkozik, nemkülönbén reprodukáló képességük is. Ha nap közben nyugodtak is a potatorok, este felé megjelenik bizonyos nyugtalansági érzetük, mely fokozódhatik az idegrendszer megtámadásával arányban fellépő hallucinációk, visiók, paraesthesiák számával. És pedig:

1. *Delirium tremensnél*, hol az érzékesalodások egész tárházával találkozunk. Ezen kórforma egyike az idült alkohol-intoxicatio folytán fellépő leggyakoribb elméleti megbetegedésnek, melynek főtünetei — mint a név is mutatja — a reszketésben és a deliriumokban mutatkoznak. A delirium tremens nem szokott rögtön kifejlődni egész teljességében, hanem bizonyos prodromalis tünetek vezetnek ezt be, melyek röviden a következők: A beteg türelmetlen; izgatottan jár-kezel; időnként elkomorodik; lakásán egyes tárgyakat a megszokott helyéről elrak, egyiket ide, másikat amoda helyezi, szóval mindent felforgat, összehány ok és czél nélkül. Kezei remegnek, beszéde akadozó, legkülönfélébb grimasseokat vág. Magában beszélget, időnként egyes szavakat ejt ki, melyeknek értelme nincs; majd káromkodásba esap át. Kérdésre összefüggéstelenül válaszol, mintha félálomban volna, nem tudja hol van, mit csinál. A mit ebben a perczben mond, azt a másikban már nem tudja. Vannak azonban olyan betegek is, kik beszédesek, nevetgélnek, élezelődnek, rivalkodnak, kísérve hangulatuknak megfelelő gestusokkal; de kérdésekre értelmes választ nem adnak, feledékenyek, szórakozottak.

Ilyen előzmények után a betegek az est közeledtével mind nyugtalanabbakká válnak. Az álomképek sűrűbben, élénkebben jelentkeznek. Míg azelőtt a kábult állapotban lévő egyén szemei előtt az érzékesalodások csak halvány színben vonultak el, most ezek meglevenednek: a legkülönfélébb házi és ragadozó állatok, mesebeli rémek, miket a féktelen phantasia a legiszonyatosabban fest ki stb. stb. most életet nyernek, sőt megleventülnek. Az egyént a legbizarrabb monstrumok veszik körül és az éjjel arányban növekvő paraesthesiák felszaporodása folytán az illúsiók egész tömege lepi el a beteget.

Ha most még hozzávesszük, hogy ilyen állapotban a képzelő tehetség korlátlanul esapong az öntudat felfüggesztése folytán, könnyen érthető, hogy a beteg ilyenkor mily izgatott és hogy mennyire igyekszik magát megvédeni képzelt bántalmazóival szemben.

A betegek látnak különféle *apró* állatokat: patkányokat, egereket, macskákat, kutyákat, kecskéket, tyúkokat, esirkéket, ludakat, halakat, legyeket, tetűket, svábbogarakat stb.

A beteg izalmát azonban sokkal inkább fokozzák a *nagyobb* (s egyuttal vérengző) állatok látása és pedig mikor ökröket, bikákat, lovakat, sárkányokat, krokodilokat, boszorkányokat, ördögöket s a legkülönfélébb *emberi* alakokat látják: kivont kardú rendőröket, felfegyverkezett, nagy robajjal, trombitaszóval közeledő, lövöldöző katonaságot; *nagyobb néptömeget*: processiókat, kivont szuronyal közeledő poros, véres hadsereget; *természeti tüneményeket*: tüzes villámlást, szélvihart, hatalmas porfelleget. Láthatnak ezenkívül a betegek *csillogó nemes fémeket*: aranyat, ezüstöt; majd pedig ezen érzékből készült pénzeket.

De nemesak visiók uralják az ilyen betegeket — bár minden kétségen kívül a kifejezett delirium tremens kórképének ezek képezik legjellemzőbb tüneteit —, hanem hallucinálhatnak is, továbbá a szaglási és izlési körből is jelentkezhetnek érzékesalódások; de ezek aránylag sokkal ritkábbak mint a visiók. Az illúziók szintén gyakori tünetét képezik e kórképnek.

A legkisebb zajt égdörgésnek, ágyúörgésnek, a haramiák előtörtetésének, a fegyveres katonaság közeledtének képzelik; úgy érzik, mintha ágyuk szőrrel, morzsával lenne tele, testükben sodrony lenne, fogaik letörtek volna, higany lenne tagjaikban; tetűk, piócák mászkálnának tagjaikon, tüzes vassal, fogóval csipdesnék őket, gyomrukban kígyók keringnének, hasukban ördögök bujkálnának, penisztiket szopnák stb.

Ezen tömeges érzékesalódásokból kifolyólag a betegek rendkívül félnek, nagyon izgatottak; a feléjük közeledő gyanútlan egyént megtámadják, meggyilkolják; egész családjukat lemészárolják; igen gyakran pedig nagyfokú aggodalmaik miatt öngyilkosok lesznek, meglövik, felakasztják, vízbe ölik magukat. Nálunk Budapesten a deliransok nagy része a Dunába ugrik.

E kórkép törvényszéki szempontból nagyon fontos, mert épen a deliransok a legsúlyosabb bünteteket végezhetik: emberölést, gyilkosságot, súlyos testi sértést. A helyes vélemény megadásához szükséges tudnunk, hogy a delirium tremens rendszerint akkor szokott jelentkezni, ha azon egyén, ki hónapokon, esetleg éveken át alkohollal visszaélt, *egy nagyobb excessust* követett el. Nem akarom azonban ezzel azt mondani, mintha a reszkető örvöngés az excessus napján szokott volna jelentkezni, kitérhet az már az excessus előtt pár nappal, de még gyakrabban utána is. Az sem ritkaság, hogy e psychosis kitérésére épen a *alcoholélvonás* adja meg a lökést. Igen fogékony talajt nyújt ezenkívül ezen elmebántalom kifejlődésére az *elégtelen táplálkozás, traumatikus behatások* (ütések, műtétek stb.), *somatikus betegségek* (különösen a lázas bántalmak: pneumonia, typhus stb.) *idegbántalmak* (epilepsia, neurasthenia stb.), továbbá minden *nagyobb kedélyi izgalom*.

2. Igen fontos az idült alkohol-intoxicatio folytán fellépő ama kóros elmeállapot ismerete, melyet *perturbatio alcoholica* név alatt óhajtók pár szóval méltatni. Ezen kórkép-nél — a delirium tremens és a többi még alább felemlítendő kórképektől eltérőleg — rövid ideig (2—3 nap) fennálló hallási irányú deliriumok az uralkodók, továbbá a nagyzási téveszmék s rövid időig fennálló valóságos zavartsági állapot, teljes emlékezéssel a történetekre, a jellemző. Itt nem találjuk fel az előbb említett kórképnél mindig észlelhető nagyfokú tremort — bár kisebb mértékben itt is meg van —, továbbá hiányoznak a delirium tremensnél mindig jelenlevő visiók, illúziók és nagyrészt a paraesthesiák is. Az ilyen beteg hallja, a mint ellenségei feléje kiabálják, hogy ő gyilkos, gazember, csirkéfogó stb., hallja, mint beszélik meg az ő tönkretételét, neje miként esküszik szerelmet titkon választott udvarlójának; hallja mint mondják neki, hogy mint haszontalan embernek a társadalomban nem szabad élnie, hogy ő tehetetlen, nyomorék,

impotens, szóval becsmérik, gunyolják. A beteg ezen hang hallások folytán a legnagyobb izgalomba jut, környezetére támad, gyilkol vagy kétségbeesésében öngyilkosságot követ el.

Megtörténhetik, hogy e kórképnél nagyzási téveszmék lépnek fel. Az illető generalisnak, királynak stb. stb., szóval igen nagy úrnak képzelet magát, kinek a mindennapi emberek hódolni kötelesek. Ilyenkor a betegek — hatalmaskodási érzetükben — gyakran mások vagyonára törnek, lopnak, szóval mások jogait megcsorbítják. Ezen kórkép kiválóan terheltek-nél észlelhető és úgy fogható fel, mint a gyengült idegrendszernek reszkető örvöngése.

Physikalís tünetek ugyanolyanok itt is mint általában az idült alkohol-intoxicatióknál jeleztük, hozzá veendő azonban még a terheltek stigmái.

3. Kiváló figyelmet érdemel az alkohol-tébolyodottság (*vesania alcoholica*) méltatása, melynek két alakját különböztetjük meg: *a)* a heveny alkohol-tébolyt (*vesania alcoholica acuta*), a mely 3—6 hónap lefolyása alatt szokott gyógyulásba átmenni; *b)* az idült alkohol-tébolyt (*vesania alcoholica chronica*), a mely gyógyíthatatlan. A mi az elsőt illeti, az huzamosabb időn át üzött alkohol-excessusok folytán az illetőknél bizonyos — már egy ízben jelzett — prodromális tünetek után lép fel különböző irányú téveszmék és hallucinációkkal. A téveszmék lehetnek üldöztetési, mérgeztetési stb. irányúak, de leggyakrabban jelentkeznek a hütlenségiak. Ezen alkohol-tébolyra jellemző természetesen az anamnesisen és a testi tüneteken kívül, hogy az alkoholista nem képes téveszméjét oly elmeállal védelmezni, mint azt egyéb alapon fejlődött vesaniában szenvedő teszi; továbbá igen felöltő a potatorok téveszméjének félelmes volta; ezek előtt megjelennek ördögök, rossz szellemek; meghaltak árnyai üldözik őket. Ezekhez járulnak még a legkülönfélébb paraesthesiák és sensatiók folytán fellépő gyötrelmek, melyek a betegek izalmát mindegyre csak fokozzák.

Az alcohol vesaniában szenvedőnek az emberek szemébe nevetnek, előtte kiköpnék, csufolják; nevét az újságokba nyomják; mondják, hogy ő sikkasztott, rabolt. Fülébe sugják, hogy neki meg kell halni; látja, hogy fehérbe öltözött kísértetek jönnek feléje és már a távolból kiáltják neki, hogy kövesse őket. Segélykiáltást hall; haldoklók nyögése hallatszik a távolból. Úgy érzi, mintha gyomrában békák uszkálnának, hasában ördögök lakoznának, mintha teste páncélba lenne szoritva és miközben borzasztó kényszerhelyzetéből menekülni óhajtana, látja, mint ugrik át ablakán felesége kedvese. Egy más alkalommal úgy érzi, mintha mérget tennének ételébe; máskor pedig, mintha isten különösen kitüntetné őt; megjelenik előtte, biztatja az imádságra stb. stb. Az idült alkohol-tébolynál rendszerint csak a hütlenségi téveszme szokott jelentkezni. Az illetők váltig állítják, hogy feleségük másokkal tart, őket megcsalja. Ezen téveszme köré nem szoktak oly félelmes irányú látományok, paraesthesiák és sensatiók járulni, mint azt a heveny tébolynál látjuk. Ez utóbbiban szenvedők a félelmes irányú hallucinációk következtében igen gyakran jönnek összetütközésbe a büntető hatósággal, gyakran követnek el gyilkosságot, emberölést, de igen sokszor öngyilkosok lesznek.

Az idült alkohol-tébolyban szenvedő már ritkábban követ el idegenekkel szemben ily büntetést, — de ezeknél is relative elég gyakran fordul elő, hogy nejeiket meggyilkolják.

4. Meg kell említenünk az alkohol basison fellépő epilepsziát és vele együtt az epilepsziás roham után fellépő zavartsági állapotot. Ezen epilepszia jelentkezhetik motorikus rohamokban, vagy csak egyszerű szédülésben. A motorikus jelenségek sokkal tökéletlenebbek, mint azt rendszeren egyéb alapon fellépő epilepsziánál tapasztalni szoktuk; de a mi a göresős roham után fellépő zavartságot illeti, ez igen nagyfokú szokott lenni. A betegek rendkívül izgatottak, brutálisak, törnek-zúznak, ölnek, gyilkolnak s így természetesen elég gyakran jönnek összeütközésbe a törvénnyel.

Ilyenkor sohasem szabad felednünk, hogy az alkoholos alapon fellépő epilepsziának is fő jellemzője az öntudatlanság, vagyis az alkoholos epilepsziában szenvedő beteg büntetést úgy kell felfogni, mint a mely öntudat hiányában vitetett végbe.

5. Az idült alkohol intoxicatio folytán felléphet az említettéken kívül még butaság (anoia) és terjedő hűdéses elmezavar (paralysis progressiva). Ezen secundaer kóralakokban szenvedő egyének már ritkán jönnek összeütközésbe a törvénnyel. Hiszen itt már oly előrehaladottak a hűdési tünetek, izomgyengeség, vegetatív szervek, érzéki és érési kör zavarai, hogy nagyobb izgalomra, nagyobb kitörésekre a megfogyott szellemi és testi erőnél fogva egyszerűen képtelenek az illetők, másrészt pedig környezetük már annyira ismeri ezen betegeket, hogy hallucinációik — hogy úgy nevezem — romjainak végső hulláma kellő időben és módon — kis előrelátással — megemmisíthetők, környezetükre nézve hatástalanokká tehetők.

Ezek lennének röviden összefoglalva az alkohol-intoxicatio alapján fellépő főbb elmebetegségek.

Ha most már adott esetben az incriminált egyén elmebeli állapotának megvéleményezése válik feladatunkká, úgy, ha — az idült alkohol-intoxicatio folytán — kifejezett elmebetegségek, mint delirium tremens, perturbatio alcoholica, vesania alcoholica, epilepsia alcoholica, anoia avagy paralysis progressiva vannak jelen, a szakvélemény megadása, különösen az utóbbi 4 kórképnél alig tűnik valami nehézségbe, mert a kórkép huzamosabb időn át fennáll. Már valamivel nehezebb a véleményezés, ha delirium tremens, valamint ha perturbatio alcoholicáról van szó, csak azért, mert az izgalmi tünetek, hallucinációk, deliriumok, visiók pár (3—4) nap alatt lezajlanak.

De ha tekintetbe vesszük az anamnestikus adatokat, a fennálló somatikus tüneteket, az egyén viselkedését a tett elkövetése előtt, elött és után úgy — klinikai ismeret birtokában — még sem fog semmi nehézséget okozni az elmebaj felismerése.

Nem mulaszthatom el különösen kiemelni az *emlékezésbeli zavarokat*. Az emlékezés delirium tremensnél néha teljesen hiányzik, máskor hiányos, egy harmadik változat, mikor világosan emlékeznek az illetők a történetekre. Perturbatio alcoholicánál rendszerint teljes emlékezés áll fenn, ritkán észletem emlékezéshiányt, de soha amnesiát. Az alkoholos tébolyodottságban szenvedők a legpontosabban emlékeznek tetteikre és mindarra, a mi velük megtörtént. Alkohol-epilepsiánál tökéletes amnesia forog fenn, a mi különben már a névben is ben foglaltatik. Az alkoholos basison fellépő anoia és paralysis progressivában — mint már maga a név is mutatja — emlékezési képességről már alig szólhatunk. Látjuk a mondottakból, hogy a véleményező az emlékező képességre, különösen a delirium tremensnél nagy súlyt nem fektethet.

Nem esekély fontosságú azon klinikai tapasztalat kellő értékesítésén sem, hogy az elfogyasztott alkohol mennyisége, minősége, valamint a fogyasztás tartama, az abusus ideje mily összefüggésben van a psychosisok kitörésével, avagy a kórkép minőségével?

A mi a mennyiséget illeti, e tekintetben a legkülönfélébb variációk fordulhatnak elő. Egyik esetben, mint már egy helyütt említettem, literszámra élvezve az alkoholtartalmú italokat, nem következik be az elmebaj, máskor már kis 2—3 pohár mennyiségű alkohol idézi azt elő. A mi az alkohol minőségét illeti, bár itt sem állíthatunk fel határozott fokozatot, mégis a tapasztalatok azt mutatják, hogy a hatás erősségét illetve a következő fokozatban állíthatjuk össze az ismertebb alkoholtartalmú italokat: sör, bor, pálinka. Az alkohol abusus tartamát illetőleg sines határozott időnk annak megjelölésére, hogy mikor tör ki a psychosis, egyiknél évek mulva, másiknál hetek avagy hónapok mulva.

Általánosságban azonban mondhatjuk, hogy mindazon egyének, kiknek idegrendszere bármely módon gyengítve lön, s így első sorban a terhelt egyének kevesebb mennyiségű, gyengébb alkoholra, rövidebb időn át üzött excessusokra reagálnak psychosisokkal, mint azok, kik erős idegrendszerrel rendelkeznek. Így például gyorsan betegesnek meg azok, kik *elégtelenül táplálkoznak*, kik nagyobb traumát szenvedtek (különösen kik fejükön traumát szenvedtek el, vagy egyéb operatív hatásoknak lettek alávetve); kik *nagyobb testi bántalmakat* álltak ki (pneumonia, typhus stb.); kik *idegben* szenvednek (epilepsia, neurasthenia stb.); azonkívül hatalmas

motivumot képez a psychosis kitörésére bármely *nagyobb kedélyi izgalom*.

Még akarom mindjárt e helyütt jegyezni, hogy psychosis kitörhet minden alkoholtartalmú ital mellőzésével is, a mennyiben számos észlelet által be lön igazolva, hogy az *alkohol-élvonás* — különösen pedig bármely ok folytán gyengített szervezetben — psychosist idéz elő.

Az alkohol abusus ideje sem lehet mérvadó. Fordulhatnak elő esetek, hogy még abusus közben, vagy jóval utána, sokszor napok mulva jelentkeznek az elmezavar tünetei.

Daczára annak, hogy még ezen kórképek lezajlása után is több-kevesebb nehézséggel találkozhatunk véleményünk megadásában, mindazonáltal legtöbb, sőt majdnem minden esetben határozottan kijelenthetjük, hogy az egyén elmebeli tehetsége meg volt zavarva tettének elkövetésekor.

Sokkal nehezebb azonban a véleményező helyzete, ha csak egyszerű avagy pathologikus részszegség forog fenn. Nemcsak azért, mert itt a somatikus tünetek nem oly szembeöltők, hanem főként azon okból, mert azon egyének, a kik a büntető törvénnyel összeütközésbe jönnek, oly gyakran hozzák fel részszegési állapotukat védelmül.

A szakértőnek éppen ezen esetekben kell megmutatnia, hogy a legapróbb részletekig ismeri az alkohol intoxicáló hatását, tudja, hogy miként hat ez ép-, miként gyengült idegzetűekre; azonkívül kétségtelenül szüksége van bizonyos pszichológiai ismeretekre; psychiatriai fogásokra, melyek segítségével kitudja, mint viselte magát az illető az incriminált tett elkövetése előtt, alatt és után; milyen volt ezt megelőzőleg családi élete, kedélye stb. stb.

A mi az emlékezési képességet illeti, a részszegési állapotokban végbevitt tettek hiányosan vagy teljesen emlékeznek; a pathologikus részszegési állapotban azonban előfordulhat teljes amnesia. Az elfogyasztott alkohol mennyiségéről, minőségéről illetőleg csak ugyanazt mondhatjuk el, a mit már az idült alkohol-intoxicatióknál fejtegettünk, t. i. egyiknél több, másiknál kevesebb idéz elő részszegést; egyiknél a bor, sör, másiknál a pálinka. Kétségtelenül azonban közönséges pálinka a szervezetre, káros anylalkohol-tartalmánál fogva, kártékonyabb.

A mi az abusus tartamát és részszegés kitörésének idejét illeti, az már különbözik az idült intoxicatióknál mondottaktól. Hiszen éppen az intoxicatio rövid ideje a részszegés fő jellemzője. Itt rendszeren alkohol-fogyasztás közben lép fel az izgalom. Hogy alkohol-élvonás ezen állapotot nem idézi elő, az a mondottakból eléggé világos.

Még csak azt kell e helyütt kiemelnem, hogy éppen a gyengült idegrendszerűek azok, kiknél sokkal kevesebb mennyisége, sokkal gyengébb minőségű szesz idézi elő az annyira közveszélyes pathologikus részszegést, mint az erős idegzetű egyéneknél.

A részszegés törvényszéki méltatásánál — mint a klinikai tünetek rövid tárgyalásánál felemlítettem — kétféle lelki állapottal van dolgunk: 1. midőn az illetők még öntudatosan járnak el, de szabad elhatározási képességükben korlátozva vannak (stadium excitacionis); 2. midőn öntudatuk teljesen fel van függesztve és így akaratuknak szabad elhatározási képessége már megszűnt (stadium depressionis). Véleményünk megadásában ezen lelki állapotokat ki kell emelnünk.

A mi pedig a *pathologikus részszegést* illeti, ott határozottan ki kell emelnünk, hogy az illető elmebeli tehetsége meg van zavarva.

* * *

A törvényszéki bíró a szakértő által adott vélemény alapján meghozza ítéletét, mely hazai törvényeink értelmében a következőképp fog hangzani (A büntető törvénykönyv kihágásokat illető része az iszákoságról 1879: XL. t. cz. 84. §.): „A ki nyilvános helyen botrányt okozó részszegés állapotban jelen meg: huszonöt forintig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő.”

(A büntető törvénykönyv 1878: V. t. cz. 76. §-a): „Nem számítható be a cselekmény annak, a ki azt öntudatlan állapotban követte el, vagy kinek elmebeli tehetsége meg volt zavarva

és e miatt akaratának szabad elhatározási képességével nem birt.“

* * *

Ha most ezen hazai törvényünk 2. §-át — melynél több az alkoholistákról nem rendelkezik — tekintetbe vesszük és ha összevetjük intézkedéseinket más államokéival, úgy be kell ismernünk, hogy még e téren sok tenni valónk van. Első sorban oda kellene törvényeinknek hatni, hogy alkohol-psychosisban szenvedőket internálja, ártalmatlanná tegye, miként ezt Amerika teszi, hol már 1857 óta vannak olyan zárt intézetek (asylum), hol potatorok internálva tartatnak, gyógykezelteknek; Angliában pedig már 1878-ban hozatott oly törvény, melynek értelmében az iszákosok számára menhely építtessék és az törvényes felügyelet alá helyeztessék. Franciaországban a megrögzött iszákosok, a javító büntetéseken kívül, választói joguktól megfosztatnak; Németországban is vannak már asylumok, bár ezek csak magánjellegűek; Hollandiában, Belgiumban szintén megindult már a mozgalom ilyen mű intézetek felállítására.

Hazánkban pedig, hol az alkoholismus, dacára a megbetegedések csökkenésének, még elég bőven szedi áldozatait, még eddig semminemű combinatio nincs, bár speciális viszonyaink miatt — értve tébolydáink esekély számát, azok túlzofoltságát — éppen helye és ideje lenne ilyen mű intézet felállításának.

KÖNYVISMERTETÉS.

Handbuch der Hygiene. Herausgegeben von Dr. Theodor Weyl in Berlin.

Egy évtized folyt le azóta, hogy a Pettenkofer-Ziemssen-féle nagy gyűjtőmunka megjelent, mely idő alatt különösen a hygiene terén oly óriási a haladás, hogy a tudomány jelen állásponjtjának megvilágítására egy újabb munkát vált szükségessé. Ezt Weyl dr. vállalta magára, a ki a fentebbi czímen 10 kötetben, körülbelül 200—250 ivnyi terjedelemben tartott gyűjtőmunkát ad ki, melynek egyes részeit a legismertebb szakírók, a hygiene előharczói írják meg.

A hely rövidsége nem engedi, hogy ez alkalommal bővebben ismertessem e nagy mű egész szervezetét, s azért csak röviden felemlitem, hogy abból idáig 4 füzet jelent meg, és pedig: I. kötet, 1. rész, első füzet: *Geschichtliche Entwicklung und Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege in den Kulturstaaten*: C. Finkelnburg bonni tanártól 2 ivnyi terjedelemben; I. kötet, 1. rész, második füzet: *Hygiene des Bodens, mit besonderer Rücksicht auf Epidemiologie und Bauwesen*, Fodor József dr. budapesti tanártól, 15 ivnyi terjedelemben, II. kötet, 2. rész: *Leichenwesen einschliesslich der Feuerbestattung*: dr. A. Wernich-től. — *Abdeckereisen* dr. R. Wehmer-től 10 ivnyi terjedelemben; végre III. kötet, 1. rész, első füzet: *Einzelernährung und Massenernährung*: dr. J. Munk berlini magántanártól 9 ivnyi terjedelemben.

Minden füzethez kimerítő tárgymutató és az abban tárgyalt anyagra vonatkozó irodalom teljes jegyzéke van csatolva.

Rigler dr.

KÖZEGÉSZSÉGÜGY.

Bécs csatornázása. Bécs városának azon része, mely a Duna folyam és Duna-csatorna között terül el, szennyvizeit eddigelé a Duna-csatornába bocsátotta. Az ezen területen épült Lipótvárosban található a legrégebb, és az egészségtan követelményeinek legkevésbé megfelelő csatornát, melyek közül számos a fokozatos építkezés momentán szükségletének megfelelően rendszer nélkül és rossz anyagból épült. Összeköttetést közöttük hiába kere-

sünk, s jóformán minden 5—6 háznak külön csatornája van, mely szennyvizét a Duna-csatornába üríti és a városrész csak igen kis részéből gyűlik össze egy ezélszerű főcsatornába a víz. A régi csatornák falán a Duna magasabb vízállásánál átszűrnek a házak talajába az összes szenny, melyet a Duna apadásakor visszafolyó talajvíz ott hagy, kitéve a városrész lakóit mindazon ismértes veszedelmeknek, melyekkel az ilyen helyeken végbemenő rothadás és bomlás jár. A város a Duna-csatornát téli kikötőül akarván átalakítani, szükségessé vált ezen amúgy is tűrhetetlen viszonyoknak javítása is. Az „Oesterr. Gesellsch. für Gesundheitspflege“ február 14-dikén tartott ülésén Kohl J. városi főmérnök ismertette azon tervezetet, melynek értelmében a nevezett városrész új csatornázást kap. Ez abban áll, hogy a Duna-csatorna mentén gyűjtőcsatornát építenek, mely a szennyvizet a városon alul vezeti be a nagy Dunába. Ennek megépítésénél a városrészben jövő építkezések folytán létrejehető legmagasabb lakosság-szám vétetett alapul; úgy hogy a jelen 158,000 helyett 539,000 ember szükségleteinek fog az megfelelni. Bécs városa által már évek óta megállapított, hogy új csatornák építésénél fejenként és naponként 90 liter szennyvízre kell számítani, úgy hogy ennek legalább is felét 10 óra alatt legyen képes a csatorna elvezetni. Számítás szerint ez 540 litert tesz ki másodpercenként, a mihez a maximális esővízmennyiséget, vagyis 22,725 liter vizet adva, kitűnik, hogy a csatornának másodpercenként 23,265 liter szennyvizet kellene elvezetni. Az ilyen csatorna megépítése óriási költségbe kerülne, s így e helyett eső alkalmával a felszaporodott víznek a szűkebbre vett csatornából közvetlenül a Dunába készített szükség-zsilipekkel nyitnak utat. Ha az ilyen óriási vízmennyiséget adó, de rövid ideig tartó esőzésekora csatornába ürülő esővíz annak normalis tartalmát, 3—4 órai időt számítva 74-szer higitja fel, s ha — miként a számítás mutatja — a Duna-csatorna ezt még 5070-szeresre emeli fel, úgy a szükség-zsilipek ily alkalommal felnyitása ellen nem lehet kifogást emelni annyival kevésbé, mert a szennyvízben levő ürülék ugyanekkor már 72,400-szorosa higittatott. E főgyűjtő csatorna teljes hosszúsága 12,100 méter volna, esése pedig felső részében kilométerenként 0'5, alsó részében pedig 0'4 métert tenne ki, úgy hogy annak fenéke a talaj felszintől 6—7, illetve 4—5 méter mélyen feküdnék. A csatorna kezdeti, tehát vékonyabb része betonból, a vastagabb pedig téglából fog épülni, de úgy, hogy belülről a szennyvíz normalis magasságán felül még 35 cm.-rel mázos téglával lesz az az impermeabilitás biztosítására burkolva. A csatorna legvékonyabb helyén 1'65 m. magas és 1'30 m. széles, legvégén pedig 1'90 m. magas és 2'45 m. szélesre van tervezve. Ezen csatornában a víz másodpercenként 0'66—1'01 m. sebességgel haladna, mely elégséges arra, hogy a belé került összes szilárd anyagokat magával ragadja. A csatorna legközelebb kiépítendő 6950 m. hosszú részletén a szennyvíz a legtávolabb helyről kiindulva 2³/₄ óra alatt haladna keresztül. A fölös esővizet az említett csatornarészletből 6 szükség-zsilip fogja a Duna-csatornába bocsátani. Tisztítás végett 1000 méterenként aknák lesznek építve, melyeken át a csatornába juthatni. A fenéken meggyülemlett üledéket hajócskába dobálják, miket maga a csatornavíz szállít a csatorna végéig, a hol azok felfogatnak és kiürittetnek. A csatorna szellőzéséről a számtalan mellékág és a 200 m. távolságonként épített szellőző aknák fognak gondoskodni. Ha a csatorna kimosása válik szükségessé, akkor azt az alsó részekben egyszerűen a magasabb víztükrű Duna-csatornából bebocsátott víz fogja eszközölni, a csatorna magasabban fekvő kezdeti része számára pedig gépek fogják a szükséges Duna-vizet szolgáltatni. Bécs említett részének ily módon építendő csatornázására 2 millió forint van előirányozva, melyből az 1893. év alatt elkészülő szakaszra 1.117,680 frt esik. Az egész osztrák főváros végleges csatornázására pedig 11 millió forint van eddig előirányozva. R.

A diphtheria contagiositására Gottstein felolvasást tartott a Hufeland-egyletben [B. kl. W. 1893. Nr. 25], melyben különösen kiemeli, hogy a bakteriumok által okozott betegségek intenzitásában mily nagy szerepet játszik a mikroorganizmusok virulentiája, és a test ellenállásának csökkenése. Azon véleményben van, hogy sok betegségnél az azt okozó bakterium virulentiáját más mikroorganizmus előzetes hatása emeli oly fokra, hogy az teljes hatását kifejthesse, de ehhez még hozzá kell járulni a szervezet

ellenállása csökkenésének is. A diphtheria okozójának ő is a Löffler-bacillust tartja, s azt hiszi, hogy az mint direct contagium szerepel minden esetben. 50 vizsgált esetben 14-nél volt ez biztosan kimutatható, s ezeknél feltűnő volt a halálozás nagy száma is. A többinél az autochton származás látszott legvalószínűbbnek, melynek értelmében a diphtheria bacillusa rendszerint mint csökkent, vagy semmi virulentiával nem bíró mikroorganizmus szerepel a gyermeki szervezetben, különböző momentumok összejárása (más bakteriumok előzetes behatása) által azonban virulentiája gyorsan emelkedik, s ekkor létrehozza a jellegzetes kórképet. E szerint tehát nincsen is tulajdonképpen *pseudo-diphtheritis-bacillus*, miként azt számosan kísérletek alapján bizonyítják. (Roux, C. Fraenkel, Szendeffy.)

Érdekes, hogy Escherich a legutóbbi „Zur Frage des Pseudodiphtheriebacillus“ című munkájában [B. kl. W. 1893. Nr. 21—23] ma is régi nézetét vallja, mely szerint a pseudo-diphtheritis-bacillus önálló mikroorganizmus, és nem a valódi diphtheritisének csak csökkent virulentiájú alakja. Állítása támogatására felhossa, hogy a pseudo-bacillusok régi agar-culturái feketés-barnák, míg a valódié nem ilyen erős színárnyalatú; továbbá, hogy az előbbi sokkal kevésbé változtatja meg a lakmus-bouillon színét, mint az utóbbi, végre hogy a pseudo-bacillusok bouillon-culturában parallel álló csoportokat képeznek, míg a valódiak össze-vissza állanak (mind olyan apró különbség, a mi jellegző eltérés gyanánt nem vehető. Ref.) Escherich ebből kiindulólárg régi nézetét vallja, mely szerint csak a diphtheria-bacillusnak van kórismei jelentősége (azaz a virulens Löffler-bacillusnak. Ref.) és hogy pseudo-diphtheritis-bacillus csak az esetek igen csekély részében mutatható ki.

Fraenkel C. ellenkezőleg igen meggyőzően érvel a mellett (Ueber das Vorkommen der L. Diphtheriebacillen; B. kl. W. 1893. Nr. 11), hogy pseudo-bacillus nincsen, hanem hogy ez és a valódi diphtheritisé egy és ugyanaz, csak hogy az előbbinek virulentiája csökkent. A virulentiát azonban emelheti, illetőleg a szervezet ellenállását csökkentheti pl. vegyes fertőzés streptococcusokkal; épen ez magyarázza meg az eddig érthetetlen autochton fejlődött diphtheriát is.

Hogy a szervezet ellenállása csakugyan igen fontos szerepet játszik itt, arról meggyőző Feer tapasztalata (Kblatt f. Sch. A. XXIII. 1893.), a ki a baseli gyermekkórházban kitört diphth. epidemia alatt több gyermeket észlelt, kiknek garatjából *virulens* d. bacillust tenyésztett ki, de a kikenél lepedék nem volt a tonsillákon, s az egész betegség mint középfokú lázzal járó angina catarrhalis folyt le; egy fiúcskánál pedig se helybeli, se általános tünetek nem voltak. Érdekes felemlíteni, hogy ezeknél aránylag sokkal kevesebb d. bacillus volt a garatban, mint a nagyfokú d.-ben szenvedőknél. Itt tehát ugyanaz volt a fertőzés forrása, melynek négy gyermek áldozatul esett, kettő csak közönséges anginának látszott, egynél pedig nem váltott ki a bacillus betegséget, világos jeleül annak, mily nagy befolyása van az egyéni dispositionnak a betegség intenzitására.

Meg kell még emlékezni Oertel M. J. cikkéről (B. Kl. W. 1893. Nr. 13), a ki szerint a diphtheriás lepedék fejlődésének módja elárulja azt, vajjon a bacillusok helybeli vagy általános megbetegedést okoznak-e.

Az elsőnél (primaer) a tonsillák nyákhártyájának felületén kis, gombostűfejnyi, szürkésfehér, daraszerű lepedék képződik, melyek 1—2 nap alatt összefolynak, s melyek apró nyulványok kibocsátásával terjednek, többnyire magas láz kíséretében. Ezen felületes lepedéket a nyákhártya legcsekélyebb sérülése nélkül le lehet emelni.

A másodiknál a vizenyösen duzzadt nyákhártyán eleinte szintén csak gombostűfejnyi lepedék van, de már ekkor, a melyben fehéres-szürke zavarodás látszik, mely gyorsan növekszik, majd túlemlelkedik a felszinen, s pár óra alatt az egész tonsilla és uvula vastag fehér réteggel borított. Ezen hártákat leszedni nem lehet, mert ezek a mucosa mélyében kezdődnek; itt a hám alatt nekrobiotikus góczok képződnek, melyeket megárvadó lymphá tölt ki; ez megrepesztí a felhámot, a felszínre ömlik, a hol fibrinné alvad meg. Ezen secundaer hártya jön elő a diphtheritis rosszindulatú eseteiben.

Oertel az előbbi tisztán helyi fertőzésnek véli, melynél a bacillusoknak az epithelre való hatása következtében az degenerál, a másodikat pedig az általános fertőzés, vagyis a diphtherotoxin-intoxicatio jelének tartja, mely úgy itt, mint a bronchusokban, mesenterial-mirigyekben, lépben, Peyer-plaque-okban hasonló elváltozásokat hoz létre. E szerint a kezelésnek is más és másnak kell lenni. Az elsőnél ugyanis a garat-desinfectiónak van helye, a másodiknál ellenkezőleg ez haszontalan, s inkább erősítés a fő.

R.

A kitört veszettség gyógyításáról közöl Tizzoni és Centanni újabb adatokat. Kimutatták ugyanis, hogy az olyan házi-nyúl vére, mely rabies ellen olyan nagy mértékben volt immunizálva, hogy a dura mater alá fix virussal végzett oltást is eltűrte, képes a már kitört veszettséget is gyógyítani. Kísérleteikhez ilyen állatból vettek vért, melyet tízszer annyi abszolút alkohollal kezeltek, s a képződött csapadékot kénsav fölött kiszárvították. Ennek vizes oldatából 5—6 nap alatt annyit feeskendeztek be 8 nap előtt fertőzött nyulakba, a mennyi 1 gr. alkoholos csapadéknak felelt meg. Az így kezelt nyulak mind életben maradtak, míg a velük egy időben fertőzött control-állatok 18—20 nap alatt veszettségben elpusztultak.

R.

Tartalmazhat-e a felkavart por élő cholera-bacillusokat. Uffelmann kerti föld, finom fehér homok és söpredék-porrall cholera-bacillust kevert össze, mely víz vagy híg ürülékben volt. Kitént, hogy levegőn való szárítás alatt — ha a direkt napsugár ki volt zárva — a cholera-bacillusok legnagyobb része tönkre ment, találkoztak azonban olyanok is, melyek az anyag teljes kiszáradását pár órával, sőt 3 nappal is túlélték. E szerint a lehetőség megvan arra, hogy a cholera forrásául széllel vagy mechanikusan felkavart por szolgáljon, bár a járvány terjedésének ilyen módja igen ritka lehet. (B. Kl. B. 1893. Nr. 26.) R.

A cholera Mekkában. Mackie, az alexandriai quarantain-hivatal egyik tagja a cholera lefolyásáról értesít az arabiai szent városokban. Az adatokat dr. Chaffy, egyiptomi orvos jelentéséből veszi, a ki tapasztalatait a következő jelentés kíséretében adta be: „Mekkába való megérkezésem után megtekintettem a várost. A kórház és magánházak telve voltak cholera-betegekkel. A halálozásokról hivatalos jegyzéket vezetnek ugyan, de kétségtelen, hogy a halálozás óriási arányai folytán e jegyzék számai nem felelnek meg a valóságnak, s felvehető, hogy az a valóságban kétszerese a bemondottnak. Moonában nem bírták elásni az összes halottakat, melyek halomszámra fekszenek szerte szét. Az ú. n. kavánszeráj körül minden lépésnyi távolságban fekszik egy-egy eltemetetlen hulla. Moonából Mekkába való visszatértemkor az út telve volt hullákkal. Mekkában is félig rothadt hullák feküdtek az utcán szerte szét, melyek ha végre a temetőbe kerültek, ott is több napig voltak eltemetetlenül, mert nem volt elég sírásó.“ Mackie jogosan figyelmeztet a veszélyre, mely ezen úgyszólván Európa kapui előtt türt leirhatatlan állapotokból az egész civilizált világot fenyegeti. (Brit. m. journal 1893. Nr. 1700.) R.

Megjelent: Dr. Kontúr Béla m. k. honvédezedorvostól: Mindennapi bakteriologia Dióhéjban adja a gyakorló orvos számára a bakteriumok tenyésztéséhez szükséges anyagok és a festékek készítését, függelékül pedig pár fontosabb mikroorganizmus diagnostikus jeleit is ismerteti. Ára 80 kr. R.

Sterillé teszi-e a golyót a puskacsőben való felmelegedés. Fresenius R. kimutatta, hogy a régi nézet, mely szerint a kilövés alkalmával a golyó 300 ° C-ra felmelegednék, nem tartható fenn, mert a felhevülés 100 ° C-nál is kisebb, s így kétely merül fel az iránt is, hogy ez alatt a golyó sterillé válna. A kérdés eldöntésére a következő kísérletet végezte: 11 és 7 mm. kaliberű fegyverekből teljes töltéssel 225 és 250 méter távolságra felállított olyan bádogdobozokba lőtt, melyek steril húslépeptongelatinával voltak megtöltve. A golyókat előzetesen staphylococcus és prodigiosus tiszta tenyészetével fertőzte. Az eredmény az volt, hogy a golyók által képzett lövés csatornában bacillusok tenyésztetel fejlődtek, melyekkel a lövedék előbb fertőzve lett, jeleül annak, hogy azon felmelegedés, a melyet a lövedék a csőben szenved, nem elég arra, hogy a reá tapadt mikroorganizmusok elpusztuljanak, vagy fejlődésük meggátoltassék. (M. med. W. 1892. Nr. 23.) R.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a berlini kir. Frigyes Vilmos tudomány-
egyetem államorvostani intézetéből.

A cyanhaematinról.

Irta *Szigeti Henrik* dr., v. egyetemi tanársegéd a budapesti törvény-
széki orvostani intézetben.

Hogy a cyan a vérfestékekkel vegyületté egyesül, körül-
belül már 25 év óta ismeretes. A vérfesték egy vegyületéről
sem találunk azonban annyiféle nézetet az irodalomban, mint
a cyannal alkotott vegyületéről, immen is ered ennek többféle
elnevezése.

*Preyer W.*¹ megkülönböztet 1. *cyanhydroxyhaemoglobint*,
melyet kéksavnak vagy cyankaliumnak oxyhaemoglobinra
való behatásánál oxygen vagy légköri levegő jelenlétében nyert;
elszörpölési csíkja csak keveset különbözik a redukált hae-
moglobinétól, nem élesen határolt; az ibolya és kék sugara-
kat jobban, a vöröseket kevésbé szörpöli el mint a redukált
haemoglobin ugyanily töménységű oldatban; 2. *cyanhydrogen-
haemoglobint*, melyet testhőmérsékre felmelegített oxygenmentes
haemoglobin-oldatnak oxygenmentes cyankalium-oldattal a levegő
kizárásával történt összekeverése vagy cyanhydroxyhaemoglobin-
oldatnak kevés kénammónium vagy natrium, avagy más szín-
telen redukáló oldattal való vegyítése által nyert; hig oldatban
két elszörpölési csíkja közül a *D* Fraunhofer-féle vonalhoz
közelebb fekvő rendszerint kevésbé sötét, mint a szélesebb,
mely *E*-hez közelebb esik; mindkettő meglehetősen élesen
határolt, az első *D* felőli oldalán kevésbé jól mint az *E* felőli
oldalán, a második meg ellenkezőleg; a vörös sugarakat csak
kevésbé, hig oldatban úgy látszik nem is, az ibolyaszínűeket
erősen, a kéket kevésbé szörpöli el. Légköri oxygen beveze-
tésére azonnal átalakul ezen színkép a cyanhydroxyhaemoglobin
színképévé.

*Hoppe-Seyler*² is felemlíti a kéksav és oxyhaemoglobin
vegyülettét, melyről azt mondja, hogy bomlékony, a O_2Hb , $COHb$,
 $NOHb$ -val isomorph, mivel az oxyhaemoglobin ezen vegyületeiben
az O_2 , CO , NO nem egyenérték, hanem tömeccsúly szerint
helyettesítik egymást. Ellenben nem tartja egészen helyesnek
Preyer adatait³ és kifejezi azon véleményét, hogy nyilván a hae-
matinnak cyanvegyülete, melyet „*Handbuch der physiologisch
und pathologisch chemischen Analyse*“ című tankönyvének
második kiadásában (Berlin, 1865) a 167-dik lapon, igaz csak
röviden, leírt volt. Az 5-dik kiadás (1883) 240-dik lapján
következőket mondja róla: „Ha alkalikus haematin-oldathoz
cyankaliumot adunk, akkor átlátszóbbá, vörösbarnává lesz az

¹ *W. Preyer*. Die Blausäure. Bonn, 1868. Első rész. 81—83. l.
„Einwirkung des Cyankaliums und der Blausäure auf den Blutfarbstoff.“
Ugyanattól. Die Blutkrystalle. Jena, 1871. 153—157. l. „Verbin-
dungen des Blutrothes mit Cyanwasserstoff.“ — Továbbá 236. és 241. l.
— Színkép. I. tábla 12. sz. és II. 12.

² *Hoppe-Seyler*. Handbuch der physiologischen und pathologischen
chemischen Analyse. V. kiadás. Berlin, 1883. 296. l.

³ *Hoppe-Seyler*. Medicinisch-chemische Untersuchungen. Berlin,
1866—1871. 2-dik füzet (1867). Beiträge zur Kenntniss des Blutes des
Menschen und der Wirbelthiere. 207. l.

oldat; a napszínkép *C* vonalának két oldalán leggyengébben
szörpöli el a sugarakat, hig oldatban nem élesen határolt el-
szörpölési csíkot mutat *D* és *E* között.“ A 191. §-ban (298.
lap, 10. ábra 5. szám) le is rajzolta a színképet.

De *Preyer*¹ kétségbe vonja, hogy a haematin a fémek
módjára a cyankaliummal kéksavas kettős sókat képez, bár
megengedi, hogy alkalikus haematin-oldatok cyankaliummal
vagy kéksavval, ha testhőmérsékre melegítetnek, ugyanoly
színképet mutatnak, mint a cyanhydroxyhaemoglobin.

Néhány évvel ezelőtt *Linossier*² is közölt dolgozatot
a haematin és kéksav vegyületéről és csak nemrég jelent meg
*Kobert*³ kisebb mű *a cyanmethaemoglobinnal*, melyben cyan és
methaemoglobinnal nyert cyanvérfesték-vegyületet cyanmethae-
moglobinnak nevezett el, melyről azt állítja, hogy eddig
ismeretlen volt és hogy vegyi összetételét még nem ismerik.

Az idézetekből azt a véleményt alkothatnók magunknak,
hogy a cyan az oxyhaemoglobinnal, methaemoglobinnal és hae-
matinnal külön-külön képez vegyületet. Az ide vonatkozó
irodalom pontos átvizsgálásánál azonban arra a meggyőződésre
jutottam, hogy ez bizonyára tévedésen alapul, mert úgy látszik,
csak egyféle vegyületet képez a cyan a vérfestékekkel és egy s
ugyanazon vegyület más-más nevet nyert a szerint, a milyen
vérfestékből állítottatott elő. Immen a sokféle elnevezés. Ezen fel-
tevésemet beigazoltam láttam a *Preyer-féle cyanhydroxyhae-
moglobin*, a *Hoppe-Seyler* és *Linossier-féle cyanhaematin* és a
Kobert-féle cyanmethaemoglobin vegyi és színképi viselkedésé-
nek azonosságában. Továbbá joggal véltem kétségbe vonhatni
azt, hogy *Preyer* cyanhydrogenhaemoglobinja cyanvegyület,
mert azt találtam, hogy ezen vegyület színképi tulajdonságai
a *Hoppe-Seyler-féle* haemochromogen vagy *Stokes-féle* redukált
haematin-éivel azonosak.

Mivel még nem hasonlították össze egymással ezen cyan-
vérfestékvegyületeket, feladatommá tűztem ki, hogy vizsgálato-
kat teszek e tekintetben, és hogy az idézett szerzők adatait
beható tárgyilagos bírálat alá veszem.

Mindenekelőtt *Preyer* adataival a cyankalium és kéksav
hatásáról a vérfestékre kívánok foglalkozni. Legelőször a „*Central-
blatt für die medicinischen Wissenschaften*“ 1867 április 13-diki
számában dolgozta ki ezen kérdést. Ezen dolgozatának javított
lenyomata „*Die Blausäure*“ című művének 81—83. lapján
található, és még részletesebben dolgozta ki ezen tárgyat a
néhány évvel később megjelent művében „*Die Blutkrystalle*“
(153—157. l.). Adatainak újbóli felsorolásától annyival is inkább
elállhatok, mivel azokat — röviden összefoglalva ugyan —
fentebb már idéztem. Különböztet utalok a jelzett művekre. Csak
következő megjegyzésekre szorítkozom.

Önálló vizsgálatok alapján igazolhatom azon állítását,
hogy vizes oxyhaemoglobin-oldat színképe cyankalium hozzá-
adására már közönséges szobahőmérséknel, ha hosszabb idő
mulva is, megváltozik, a mennyiben az oxyhaemoglobin két
elszörpölési csíkja helyébe széles, a *Stokes-féle* reduktív sáv-

¹ Die Blausäure. 105—106. l. Notiz über die Einwirkung des Cyan-
kaliums auf Haematin.

² *G. Linossier*. Sur une combinaison de l'hématine avec le bioxyde
d'azote. Lyon méd. 1887. 27. szám.

³ *R. Kobert*. Ueber Cyanmethaemoglobin und den Nachweis der
Blausäure. Stuttgart, 1891.

hoz hasonló elszörpölési csik lép. Továbbá az is igaz, hogy kéksavval elegyített oxyhaemoglobin-oldat 40° C-ra felmelegítve, szintén ugyanezen tulajdonságokat mutatja, csak hogy a melegítéskor megalvad és közönséges hőmérséknel zavarossá válik. Az is helyes, hogy kénammonium hozzáadására eltűnik az imént leirt széles elszörpölési sáv és ennek helyébe két elszörpölési csik tűnik elő, melyek a zöld mezőben a színekép ibolya vége felé esnek.

Ellenben a *cyanhydroxyhaemoglobin* elnevezést elhibáztottam és tévedésen alapulónak tartom, mert ezen vegyület, ha oxyhaemoglobinnól is nyerhető, már többé nem haemoglobin-vegyület, mivel úgy savak és alkáliák behatására, és ezekhez tartozik a kéksav és cyankalium is, valamint melegítéskor felbomlik az oxyhaemoglobin haematinra és globulinra, utóbbi alkali, az esetben cyankalium jelenlétében nem csapódik ki, hanem oldatban marad. Tehát cyanhaematin-vegyület képződik és ez lenne ezen vérfestékvegyületnek helyes neve. További bizonyítéka annak, hogy ez nem oxyhaemoglobin, hanem haematin-vegyület, abban rejlik, hogy sem vissza nem változtatható oxyhaemoglobinná, sem át nem alakítható redukált haemoglobinná. E ezébből levegőt és tiszta oxygent vezettem be nagy mennyiségben ezen cyanvérfestékvegyület oldatába, a nélkül azonban, hogy a színekép megváltozott volna. Továbbá iparkodtam légszivattyú segítségével az oldatot oxygenmentessé tenni, de nem nyertem redukált haemoglobint, hanem a széles elszörpölési csik helyett ama két csik lépett fel a színeképben, melyek a haemochromogen (*Stokes*-féle redukált haematin) csikjaival azonosak. Ugyanazt az eredményt értem el kénammonium hozzáadására is. Levegő vagy oxygen bevezetésére ismét előtűnt az eredeti cyan-vegyület széles sávja, ha csak kevés kénammonium használtatott a reducióhoz; de ha ez fölös mennyiségben volt jelen, csakhamar újból képződött haemochromogen. Ha az oldatot légszivattyúval oxygenmentessé tettem és azután levegőt vagy oxygent vezettem be újból, nem állott elő többé a cyan-vegyület széles sávja, mert a levegő kiszivattyúzásánál a cyan is eltávozott, hanem ha cyankaliumot használtam volt, alkalihaematin képződött, mely kéksav hozzáadására ismét cyanhaematinná és kénammoniummal haemochromogenné alakult át. Ugyanazt találtam, ha a cyankaliummal elegyített vérfestékoldatot hosszabb időn át forraltam és azután ugyanígy kezeltem.

További bizonyítékát annak, hogy itt tényleg csak cyanhaematin-vegyületről lehet szó, azzalis szolgáltatam, hogy haeminkristályokból előállított tiszta haemint cyankalium vizes oldatában feloldottam. Oly vérfestékvegyületet nyertem, mely ugyanazon vegyi és színeképi tulajdonságokkal bír, mint *Preyer* cyanhydroxyhaemoglobinja. Ugyanezen cyanvérfestékvegyületet kaptam alkalihaematin-oldatból is kéksav vagy cyankalium hozzáadására, továbbá savanyú haematin-oldatnak cyankalium-oldattal való összekeverésénél is. Még meg akarom jegyezni, hogy ezen vegyület tiszta haeminkristályokból is nyerhető azoknak cyankaliumban való feloldása által. Továbbá azt az észlelést is tettem, hogy úgy a haematin, mint felforralt véroldatnak szárított szürkésbarna csapadék kéksav hozzáadására téglavörös színt ölt és ugyanoly vegyi és színeképi viselkedést mutat.

Hogy a haematin a cyanal vegyül, azt egyébként *Preyer* is tudta. Ő azonban kevés figyelemben részesítette ezen vegyületet, sőt meg is támadta *Hoppe-Seyler* azon nézetét, hogy a haematin a cyankaliummal kéksavas kettős só képez. Vizsgálataim alapján hozzá kell járulnom *Hoppe-Seyler* nézetéhez, de azzal a megszorítással, hogy a cyanhaematin-vegyület egyszerű só, miként a chlorhaematin, más néven haemin, mivel kalium jelenléte nem is szükséges. Az alkali csak a cyanhaematin feloldására szolgál, a cyanhaematin ugyanis abban is egyez a többi haematin-vegyülettel, hogy alkáliákban oldódik. *Linossier* felfedezését is, hogy alkalikus haematin-oldat cyankalium hozzáadására színeképi viselkedésében megváltozik, mi haematinnak kéksavval való vegyülése mellett szól, beigazoltnak találtam és így ellenmondanom kell *Kobert* azon nézetének, hogy *Linossier* végkövetkeztetései nem helyesek. A mint

azonban az eddigiekből is látható, *Linossier* felfedezése sem új, sőt már régen ismeretes, de csak tévesen volt értelmezve.

A mi pedig *Kobert* cyanmethaemoglobinját illeti, úgy erre mindaz áll, mit a *Preyer*-féle cyanhydroxyhaemoglobinra nézve mondtam. Helyes ugyan, a mint azt ellenőrző vizsgálataim is beigazolták, hogy 1 vagy 2%-os methaemoglobin-oldat barnássárga színe kéksav vagy cyankalium hozzáadására szép vörös színbe megy át és hogy az oldat a színeképelemző készütlék elé állítva, egy elszörpölési csikot mutat színeképében, mely helyzetére nézve a redukált haemoglobinéhoz nagyon hasonlít, továbbá hogy nem képződik belőle oxyhaemoglobin, ha órákon át is vezetünk levegőt az oldatba, valamint hogy ezen *Kobert*-től cyanmethaemoglobinnak nevezett vegyület minden behatással szemben, mely a methaemoglobint haemochromogenné (redukált haematinná) alakítja át, tehetetlen, ha a behatás elég erőlyes. De épen azon okból, hogy ezen úgynevezett cyanmethaemoglobin ugyanazon vegyi és színeképi tulajdonságokkal bír, mint a cyanhaematin, azonosnak tartom utóbbival és ezért kell kétségbe vonnom *Kobert* azon nézetének helyességét, hogy az ő cyanmethaemoglobinjának semmi köze sincs *Linossier* vegyületéhez. Még csak meg akarom jegyezni, hogy a különbség *Preyer* cyanhydroxyhaemoglobinja és *Kobert* cyanmethaemoglobinja között csak az előállítás módjában rejlik. Amazt oxyhaemoglobinnól nyerik melegítés közben kéksav hozzáadására, emezt cyanmethaemoglobinnól melegítés nélkül is. Ennek magyarázatát már fentebb adtam. A melegítés csak arra szolgál, hogy az oxyhaemoglobin gyorsabban változzék át haematinná. Mivel a methaemoglobin tudvalevőleg átmenetet képez az oxyhaemoglobin és haematin között, elesik a melegítés szükségessége, mert a methaemoglobin alkali vagy sav hozzáadására már hidegben is átalakul haematinná.

Azon állításom megerősítésére, hogy a cyanvérfestékvegyület nem methaemoglobin-vegyület, a *Preyer*-féle cyanhydroxyhaemoglobinnal vonatkozó bizonyító érvekhez fűzni akarom még *Hoppe-Seyler* következő szavait, melyek methaemoglobin és haematinnak redukáló szerekekkel szemben tanúsított egyenlőtlen viselkedésére vonatkoznak és a mire *Jaederholm*² és *Lewin*³ is hivatkozik. Ugyanis azt mondja: „A methaemoglobinnak aránylag gyors átalakulása haemoglobinná redució által minden esetre jellegző a haematinól való megkülönböztetésére, mely utóbbi kénammomium hozzáadására azonnal felismerhető, mivel haematin-oldat fehérsége jelenlétében haemochromogent és methaemoglobint ad.”

(Folytatása következik.)

A syphilis gyógykezeléséről.

Marschalkó Tamás dr., lipiki fürdőorvostól.

(Vége.)

A részletes kezelés bővebb fejtegetésébe, mint említém, nem bocsátkozhatom, tisztelt orvosgyegetület, egy pár fontosabb kérdést azonban szükségesnek tartok, ha csak röviden is érinteni.

Először is mikor kezdjük a higanykezelést? Az elv, a mely a higanynak előbb fejtegetett praeventiv hatásából is következik: „minél előbb, annál jobb”, kitűnik ez abból is, hogyha a syphilit a kezdeti időszakban, az első eruptiónál csak pár hónapig is hagyjuk kezelés nélkül, akkor a baj többször vesz súlyosabb fordulatot, és pedig az esetleg később alkalmazott higany-kurák daczára is, mint ha a kezelést korábban kezdjük, ezt statistikám által én is megerősíthetem; ebből következik, hogy először, mint ezt majdnem valamennyi szerző hangsúlyozza, a legelső gyógymódnak a lehető legnagyobb fontossága van, és erre különös gond fektetendő, de másodsor az is, hogy ezen gyógymódot minél előbb, legfeljebb azonnal a másodlagos tünetek fellépése után kezdjük meg. Én meg-

¹ Zeitschrift für phys. Chemie. 1878. II. kötet, 134. l.

² *Jaederholm*. Ueber Methaemoglobin. Separatabdruck aus der Zeitschrift für Biologie. XVI. kötet, 6. l.

³ *Lewin*. Ueber eine Elementarwirkung des Nitrobensols auf Blut. Virchow's Archiv. LXXVI. kötet 449. l.

vallom, elméletben teljesen a korai kezelés híve vagyok, és helyesnek és észszerűnek tartom az általános kezelést még a másodlagos tünetek kitérése előtt megkezdeni, a gyakorlatban azonban veszedelmesnek, vagy legalább is nem közömbösnek tartanám, ezt általánosan behozni, mert hisz tudjuk, hogy a kórisme „elsődleges syphilitikus bántalom” vagy mondjuk „kemény fekély” sok esetben még a szakembernek is mennyi nehézséget okoz, sőt többször egyáltalán nem lehetséges a differentialis kórismét megcsinálni, most már gondoljuk meg tisztelt orvosegyesület, hogy ha a korai kezelést az összes gyakorló orvosok közkinésévé akarjuk tenni, hogy akkor hány egyszerű lágy fekély és más nem syphilitikus bántalom lenne mint syphilis kezelve, a mi a mi chronikus intermittens kezelésünk mellett még sokkal kevésbé lenne közömbös; ezért épen nem tartom helytelennek, ha az általános kezelés csak a másodlagos tünetek beálltáig kezdetik meg; elvül tehát azt állítanám fel: *kezdjük az általános kezelést akkor, a midőn a diagnosis: syphilis absolute biztos, kétes esetekben inkább várjunk pár hétig, a míg a másodlagos tünetek megjelennek, de akkor azután egy napig se késsünk a kezeléssel.*

Hogy milyen higanygyógymódokat alkalmazzunk, azt csak pár szóval kívánom érinteni.

Nézetem szerint a bedörzsölési gyógmód foglalja el az első helyet úgy a hatás biztossága és tartóssága, valamint könnyű alkalmazhatósága tekintetében; a befeeskendezések felett azon előnye van, hogy fájdalmat nem okoz, és hogy sokkal közvetlenebbül ellenőrizhetjük a hatást, mint pl. az oldhatlan higany sók befeeskendezésénél, a melynél, ha a betegnek intoleranciája van a higany iránt, mégis előfordulhatnak kellemetlen, sőt veszélyes toxikus tünetek; a belső szerelés felett pedig azon előnye van, hogy a gyomor és bélesatornát nem izgatja; egyedüli hátránya, hogy kissé kényelmetlen az alkalmazása, a melyen azonban legtöbbször könnyen túl lehet magunkat tenni, és hogy érzékeny bőrű egyéneknél könnyen izgatólag hat; itt a bedörzsölési gyógmódot igen czélszerűen lehet helyettesíteni a *Welder* által ajánlott rákenésekkel, a hol a higanykenőcs kissé nagyobb adagban nem lesz bedörzsölve, hanem egyszerűen a bőrre rákenve, és a mely egyáltalán nem okoz bőrizgalmakat; a bedörzsölési gyógmód különösen a főkúrákra alkalmas, ha azonban kisebb adagokat veszünk és esetleg ritkábban, pl. minden második nap alkalmazzuk a bedörzsöléseket, úgy a hatás enyhébb és protrahált lesz, úgy hogy mellékúrákra is teljesen alkalmas.

A főkúráknál a bedörzsölési gyógmód főképp oldhatlan higany sók befeeskendezése által helyettesíthető, esetleg oldható sók által is, ha — mint ezt újabb időben esináljuk — ritkábban és nagyobb adagokat feeskendezünk be; a mellékúrákra pedig különösen oldható sók befeeskendezése, vagy valamely könnyebb higanykészítmény: salicylhigany, hydrargyrum oxydul. tannicum, protojoduretum stb. belső adagolása alkalmasak. Megemlítem még, hogy az utolsó időben *Neisser* kórodáján sublimat-feeskendezéseket alkalmazzunk direct a visszerbe, a mit *Jemma* ajánlott (*Rif. med.* 1893. Nr. 164); a kísérletek még nincsenek befejezve, de úgy látszik, hogy ezen módszernek különösen ott, a hol periculum in mora van jelen és gyorsan akarunk hatni, jövője van.

Nem mulaszthatom el, tisztelt orvosegyesület, egy igen fontos kérdéstről röviden megemlékezni, *ez a complicatioja a syphilisenek a gümőkórral.* Ha valaki gümőkóros, úgy ez már maga nagy szerencsétlenség, de ha az ilyen egyén még syphilit is acquirál, úgy az még nagyobb szerencsétlenség, a melynek a syphilis kezelésére és sokszor a gümőkór kedvezőtlen lefolyására nagy kihatása van.

Hogy a gümőkóros egyének syphilitét hogy kezeljük, arra nézve bajos általános szabályt felállítani; az tapasztalati tény, hogy különösen az erős higanykúrák a gümőkóra kedvezőtlen befolyást gyakorolnak, de másrészt nem szabad elfelejteni, tisztelt orvosegyesület, hogy maga a syphilitikus

dyscrasia sokszor még kedvezőtlenebbül hat a tuberculosus folyamatokra mint a higanykezelés, és így a kezelés mindig a gümőkóros folyamat kiterjedésétől és előrehaladottságától, azon körülménytől, vajjon inkább megállapodott-e vagy inkább tovább terjed stb., szóval az orvos belátásától függ. Természetes, hogy itt a tertiarismus veszélye az aktualis veszéllyel szemben háttérbe szorul, és hogy ily esetek a szoros értelemben vett chronikus intermittens higanykezelésre nem alkalmasak, azonban határozott nagy hibának tartanám, pl. egy esúshuruban szenvedő egyént, a ki syphilit acquirál, semmi szín alatt sem kezelni higanyval, sőt a kurát, ha tünetek vannak, esetleg többször meg is lehet ismételni; a ki tudja, hogy mennyire lefokozza a syphilit, de különösen a nem kezelt syphilit az általános táplálkozást, az természetesnek fogja találni, hogy a higanykúra, mely alatt a syphilitikusok vércsökkentése — legalább egy bizonyos határig — javul és a táplálkozás emelkedik, gümőkóros betegeknek is, de különösen kezdődő gümőkórúknál a legtöbbször direct javulva van. Természetes, hogy azt mindig enyhén és a kellő óvatossággal használjuk, és itt nézetem szerint ismét a legalkalmasabb módszer a vigyázva, kis adagokkal végzett bedörzsölési gyógmód esetleg hosszabb pauzákkal az egyes tourok vagy akár az egyes bedörzsölések között is; a befeeskendezési kurák az ilyen betegnél rendszeren jelenlévő nagyfokú érzékenység, és a sokszor nem épen közömbös lobos reakciók miatt, a belső szerelés pedig a gyomor- és bélhuzamnak majdnem elkerülhetetlen — bár sokszor csak kis fokú — alterálása miatt vannak inkább ellenjaválva.

De még előrehaladottabb gümőkórúknál sincs a higany absolute ellenjaválva, sőt ha azt tapasztaljuk, hogy a gümőkóros folyamat a syphilitikus dyscrasia alatt rosszabbodik, úgy direct javulva lehet, természetes még nagyobb elővigyázattal, egy enyhe higanykurát megkísérteni.

És végül, mélyen tisztelt orvosegyesület, mielőtt különben is hosszúra nyúlt előadásomat befejezném, egy kérdést akarok még röviden érinteni, ez pedig a syphilitis fürdőgyógyászati kezelése. Nehogy azonban azon gyanuba essem, hogy én mint fürdőorvos pro domo akarok beszélni, azon kijelentéssel kezdem, hogy a fürdők mint olyanok a syphilitisre semmiféle specifikus hatással sem bírnak, mint ezt még ezelőtt aránylag rövid idővel egyes, különösen kénes fürdők merészebb orvosai állították, a syphilitis specifikus szere a higany, és egyelőre az is marad; ennek dacára azonban nem szabad, tisztelt orvosegyesület, a fürdők hatását kiesinyíteni, vagy talán semmibe sem venni a syphilitis gyógykezelésénél; már a régi szerzők hangsúlyozzák a fürdők fontosságát, az újabb szerzők pedig majdnem kivétel nélkül elismerik azt; így *Fournier* egész határozottan kijelenti, hogy a fürdőgyógyászatnak igen nagy szerepe van a syphilitis gyógykezelésében, s nem egy járulékos, hanem valóban egy kisegítő gyógyeszközt képez; hasonlóképp nyilatkozik *Neisser* is, a ki azt mondja, hogy a fürdőgyógyászat a higanykezelés mellett ugyan csak egy kisegítő gyógmód, de igen sokszor egyenesen nélkülözhetetlen, és valóban tisztelt orvosegyesület, különösen a mi chronikus intermittens higanykezelésünk mellett a fürdőgyógyászatnak már az egész heveny syphilitisnél is fontos szerepe van, mint az anyagforgalmat emelő és a higany kiválasztását elősegítő tényezőnek; még fontosabb azonban a fürdőkúra hatása inveterált alakoknál, minden súlyosabb, különösen tertiacr megbetegedéseknél, a hol a higany specifikus hatása mellett a felszívódást is elő akarjuk segíteni, vagy midőn súlyosabb esetekben erélyes előrement higanykúrák után a higany hatása gyengül, sőt megszűnik, és a szervezetet felfrissíteni, új higanykúrára előkészíteni akarjuk; a syphilitis maligna eseteinél, a hol a higany eserben hagy, vagy plane már kezdettől fogva rossz hatással van.

Előadásom végéhez értem, tisztelt orvosegyesület, bocsássanak meg, hogy türelmüket és becses figyelmüket ily sokáig vettem igénybe, de tudjuk, hogy mily könnyen veszi az orvosok egy része a syphilit, és mily sok rosszul kezelt esettel találkozunk; nézetem szerint ennek nemesak az orvos tájékozatlansága, hanem jórészt egy régi rendszer előitélete és

hibás felfogása az oka, és így rá akartam mutatni arra, hogy a ki egyszer egy syphilit acquirált, annak a feje felett egy Damocles-kard lebeg, és annak veszélyeit habár teljesen megszüntetni egyelőre, sajnos, nem áll hatalmunkban, de csak akkor szállíthatjuk le a minimumra, ha szakítunk a régi rendszerrel és minden betegünket lehetőleg egyforma elvek szerint hosszasan és gondosan kezeljük; ezen nagy fontosságú kérdés nemcsak a specialistát, hanem minden gyakorló orvost is érdekel, és midőn én az ország első orvosi foruma előtt önökhöz szólok, szólok közvetve az ország összes gyakorló orvosaihoz is, és ha csak keveseket is sikerül meggyőznöm, már akkor is jó szolgálatot vélttem az ügynek tenni.

A diphtheritis specifikus gyógykezelésének mai állása.

Szana Sándor dr., gyakorló orvos.

(Vége.)

S ezzel szorosán elő van írva azon út, melyen a fertőző betegségek elleni specifikus gyógyszereket kereső kutatásnak haladni kell. Mindenekelőtt az e fertőző betegségekre inklináló állatoknál az immunitás lehető legnagyobb fokát kell előidézni és akkor meg kell kísérelni az immunizált állat vére bir-e egy másíknál védő, illetve gyógyító hatással.

A feladat első része, állatokat diphtheritis ellen immunná tenni, fényesen meg van oldva.

Nem kevesebb mint kilencz módszerünk van, melylyel diphtheritisre fogékony állatokat immunná lehet tenni s ámbátor a módszerek mindegyike a modern bakteriologia összes módszereiben való alapos jártasságot kíván s a türelem s exaktitás sarkkövei, mégis mindannyi célhoz vezet. A módszerek között az érdekesebbek a következők.

1. Immunná lesz a tengeri malacz, ha előzetesen oly diphtheritis-bacillus-tenyészetekkel kezeltek, melyek magasabb hőfok mellett sterilizáltattak. 2. Immunná lesz, ha jodtrichloriddal elegyített diphtheritis-bouillon-tenyészetekkel kezeltek előzetesen. 3. Immunitást nyer a diphtheritissel fertőzött állat, ha különböző vegyi anyagokkal, főleg a szabad chlort elválasztó anyagokkal való helyi kezelés által, a diphtheritistől meggyógyítatik. E módszer hű utánczása azon immunitásnak, melyet a diphtheritist átállt ember acquirál. 4. S ez a modern experimental pathologia egyik legérdekesebb ténye, diphtheritis ellen immunná lesz egy tengeri malacz, ha hydrogen-superoxyddal kezeltek előzetesen. Teljesen érthetlen az immunitás tanának mai álláspontja mellett, hogy egy szervetlen anyag ily sajátos hatással legyen. Nemcsak hogy a hydrogen-superoxyddal kezelt állat ezentúl a diphtheritis-méreg igen nagy mennyiségeit minden pathologikus reactio nélkül elbirja, de ez állat vére más állatnál is képes e tehetséget előidézni. Kétségtelenül páratlan tény a pathologiában s nem lehetetlen, hogy egy egész új módszernek kiindulási pontját képezendi ezen eddig magyarázatlan tény. 5. Érdekes végre még azon immunizáló módszer, melyet Behring a gyógyszerum nyerése czéljából gyakorol, s a mely abból áll, hogy jodtrichloriddal gyengített kulturákkal ér el relativ immunitást s ezt mindinkább virulensebb tenyészetek befecskendezésével fokozza. Ezen módszerrel tudta az állatok immunitását a legnagyobb fokra vinni.

S hogy főleg diphtheritissnél az immun állat vére nemcsak immunizáló, de gyógyító hatással is birjon, szükséges is az immunitás igen nagy foka, mert az immun vér immunizáló s gyógyító hatása nem fermentatio, vagyis nem olyan mint a bakterium-terményekkel való oltás, hol az oltóanyag csak megindít bizonyos folyamatokat a szervezetben, melyek végeredményben az immunitást idézik elő. Ismétlem, az immun állat vérenek s a vérserumnak hatása nem ilyen. A serum befecskendezésénél az állatnak más vért adunk s e vérrel együtt bizonyos anyagokat, melyek immunizálnak s gyógyítanak. S ép ezért itt nem elegendők egyszerű oltások, hanem kiszámított mennyiségek transfundálása szükséges. Az eljárás ez: Ha egy 1000 gm. súlyú házi nyúl vérenek 5 kem.-ét, tehát összes vérmennyiségének körülbelül $\frac{2}{16}$ -od részét fecskendezük egy másik hasonló súlyú nyúlba, úgy e nyúl nem nyeri majd ezen 5 kem. által az eredeti nyúl egész immunitását, hanem ez immunitásnak csak 16-od részét, úgy a mint az 5 kem.

vér az összvérnek is csak 16-od része, ellenben egy 20 gm. nehéz egérnél ezen 5 kem. által már háromszor oly nagy immunitást lehetne előidézni, mint a milyen volt az eredeti nyúl immunitása, mert az 5 kem. az egér vérenek háromszorosa. S ép azért, mert az ily kísérletek sikere az immunitás nagyságától s az attól függő immunizáló képesség nagyságától függ, ép azért határozta meg Behring — alapulva Ehrlich egy ily törekvésén — az immunitás fokát s az immunizáló állat vérenek immunizáló képességet számokkal, vagyis mérhetővé, összehasonlíthatóvá tette az immunitást s főleg az immunizáló képességet.

Ezen számértéket következőkép nyeri. Behring meghatározza a diphtheritis-méreg azon legesekevényebb mennyiségét, mely például egy egér biztos halálát okozza, s most kutatja mily serum-mennyiség elegendő az egeret e halálos minimalis adag ellen immunizálni. S most e serum-mennyiséget viszonyba hozva a test súlyával, azt mondja: E serum immunizáló értéke 1:1 millióhoz, vagyis ezen serumból az immunizálandó állatszervezet súlyának egy milliomoda elegendő, hogy immunitást idézzen elő a halálos minimal adag ellen. Ezen egyszerű szám által most már promptul meghatározhatjuk ugyanezen serumból mennyi szükséges egy nyúl, mennyi egy ló vagy ember immunizálásához, egyszerűen csak az állat súlyát 1 millióval el kell osztani.

De bennünket nem annyira az immunizálás érdekel, mint a gyógyítás. Mily mennyiség kell már most a gyógyításhoz, vagyis midőn a serum-befecskendezés egy már megtörtént infectio után kezdetik meg. Behring és Wernicke erre nézve azt találták, hogy ha a gyógyítás azonnal az infectio után kezdődik meg, akkor azon mennyiségnek, mely egyszerű immunitást idéz elő, már kétszerese kell hogy az állatokat a haláltól megmentsék; ha a gyógyítás a fertőzés után 8 órával kezdetik meg, már a háromszoros serum-mennyiség kellett, és ha 24—36 órával a fertőzés után kezdtek a gyógyítást, úgy 8-szorosa kellett már az immunizáló mennyiségnek. Látszik tehát mily felette fontos, hogy a gyógyításra használandó állat minél erősebb immunitással birjon, mert mennél erősebb az immunitás, annál kisebb mennyiségek lesznek majd elegendők a postinfectionalis gyógyításhoz. Ez év februárjában Wernicke a berlini élettani társulatnak oly serumot mutatott be, melylyel oly állatokat, melyek 24 órával előbb lettek diphtheritissel fertőzve, s melyek mind igen nehéz lokális és általános tüneteket mutattak, s melyeket menteni, ha a serumból 1:100-hoz arányban kaptak. E számot alapul véve, egy 20 kilós gyermek megmentésére még mindig 200 kem. serum kellene mindjárt az első befecskendezésre, egy mennyiség, melynek ha befecskendezése és felszívódása lehetséges is volna, de beszerzése a legnehezebb és legköltségesebb feladatok közé tartoznék. De Behring és Wernicke fáradhatlan buzgalommal folytatják a törekvést, mennél magasabb immunitási fokokat s így mennél hatásosabb gyógyszerumot nyerni; végczéljuk mindig az lévén a serumból oly hatásút s oly mennyiséget előteremteni, hogy vele embernél is legyen kezelhető a diphtheritis, vagyis hogy néhány köbcentimeter ezen különben a legnagyobb mennyiségben is ártatlan folyadékból elegendő legyen biztos gyógyeredmény elérésére. Módszerük folyton abban áll, hogy a jodtrichlorid által gyengített diphtheritis-bouillon-tenyészetekkel előkészített állatokba a tömény méreg mindig nagyobb és nagyobb mennyiségeit fecskendezik. E töményebb mennyiségek hatása az állatokon ugyanolyan mint a tuberculinnak nagyobb mennyiségben való befecskendezése az embernél.

De ennyire lévén a dolog, most egy érdekes kérdés merült fel, melynek megoldása jellegző századunk praktikus s spekulatív felfogására. Kétségtelen, hogy Behringnek idővel sikerülni fog kísérlet alatt levő állatainál oly immunitási fokot elérni, hogy ez állatok vérseruma az emberek gyógyítására megkívánt képességgel birni fog. De tekintve állatainak korlátolt számát, tekintve, hogy egy állatból csak korlátolt mennyiségben lehet vért bocsátani, nem-e fogunk oda jutni, hogy meglesz a biztos módszer egy gyógyszert a diphtheritis ellen találni s a sok évi munkát majd Behring esekély számú állatainak kihasználása után majd elülről kell kezdeni, vagyis még évekig kell majd várni, míg a gyógyszert megint elő tudják állítani. A praktikus Behring talált módot a világot azon kellemetlen helyzettől megmenteni, hogy ismerjük a diphtheritis gyógyszerét, de nem tudjuk megszerezni. A Meister, Lucius és Brüning ismert vegyi gyár hatalmas istállót rendezett be

Behringnek s ezekben már megkezdtek az állatoknak diphtheritis ellen való immunizálását ugyanazon módszerrel, mint tette ezt eddig Behring laboratoriumi állatainál.

Eredeti állatainak immunitását s így vérszermok gyógyító erejét pedig folyton fokozza. Jelenleg már oly gyógyhatású serummal bír, hogy köteletségének tartotta Koch tanácsára azt embereken is megpróbálni. Koch esete által figyelmeztetve, ezen serumot csak beavatott klinikáknak adták s az eredmény közzétételét kizárólag maguknak tartották fenn.

Végre a tizenegy esetről elért eredményeket teszik közzé, mely eseteket magában a berlini „Institut für Infektionskrankheiten“-ban kezelték. A 11 eset közül 9 gyógyult, 2 halt meg. Az esetek súlyosak voltak mind, az kétségtelen, de minthogy 11 esetből még a lehető legjobb esetben sem lehetne következtetést vonni, az esetek bírálatába nem is bocsátkozom. Érdekes csak annyi, hogy a befecskendezés után a láz csak igen lassan, néhány nap után múlt el, a lepedék is csak néhány nap után tünt el. A halálosan végződött esetek egyikében, melyben vérszegénység tünetei között állt be a halál, az obduciónál sehol sem lehetett diphtheritis-bacillusokat kimutatni, míg a kezelés előtt az állományból azokat lehetett tenyészteni. Ellenben a vér is, a szervek is telve voltak streptococcusokkal, úgy hogy e gyermek nem diphtheritisben, hanem pyaemiában halt el. S az ily esetekben, az úgynevezett septikus esetekben, a diphtheritis gyógyserum nem is hat, mert itt nem a diphtheritis-bacillusok terményei, hanem a streptococcusok terményei ölik meg a beteget. Ezen complicatióra azon megjegyzése van Behringnek, hogy ez vagyis a sepsis gyógyíthatók erélyes lokális desinfectio által, másrészt azonban ezen betegség, s ez ránk gyakorló orvosokra nézve nagy szemrehányás, elkerülhető. Behring szerint ugyanis a septikus alakja a diphtheritisnek egy diphtheritis, melyhez mint accidentalis betegség a sepsis jött, s ép úgy mint a sebész vagy gynaecologus a sepsis minden eseteért felelős, sőt Behring szerint felelősségre vonható, ép úgy felelős a belgyógyász a diphtheritishoz csatlakozó ezen sepsisért, vagyis a septikus diphtheritisért, mely hiányos asepsis vagy antisepsis következménye. Ezen sepsis ritkább a jobb magánygyakorlatban, gyakoribb a kórházakban, melyek intern osztálya gyakran valódi tenyésztője a streptococcusoknak. Azon kórházak, melyben gyakoriak a septikus esetek, azonnal zárandók, mert közveszélyesek.

Ámbátor Behring érvelése igen meggyőző, mégis tekintve, hogy a belgyógyászati antisepsis több nehézségbe ütközik mint a sebészi, igen rossz perspektíva volna ez a jövőre, ha egy másik reménysugár nem kecsgetne s ez az, hogy alapos a kilátás, hogy Behring tud majd streptococcus gyógyserumot is készíteni, mely ép úgy gyógyítja majd a streptococcus betegséget vagyis a pyaemiát, mint gyógyítja a diphtheritis-serum a diphtheritist. Sőt több! Behringnek vannak állatai, melyeket, immunná tett úgy a diphtheritis mint a streptococcus, sőt ráadásul még az anthrax ellen. Ezek vére természetesen azután mind a három betegséget gyógyítja. Ha ehhez még hozzá vesszük azt, hogy az állatok ezen immunitása úgy látszik átöröklődik a magzatra, sőt hogy a tejbe is átmege az immunizáló anyag — (immunizáló dajkák!) — oly fényes perspektíva nyílik meg előttünk, mely a sötét jelen mellett valósággal kápráztat.

Egész röviden bánhatok Klebsnek diphtheritis elleni szintén aetiologikus gyógymódjával. Ő abból indul ki, hogy a bouillonban a diphtheritis s más bacillusok is nem ad infinitum szaporodnak, hanem csak bizonyos mennyiségig, akkor elpusztulnak. Miért? Tán mert nincs már elég tápanyag? Távolról sem, mert más bacillusok ezen a diphtheritis-bacillusoknak már alkalmatlan talajban még búján nőnek. Tehát azért nem szaporodnak már itt a diphtheritis-bacillusok, tételezi fel Klebs, mert önmaguk saját fejlődésükkel párhuzamosan természetnek egy mérget, mely önmaguknak ártalmas, vagyis egy autotoxint termelnek. Ő ezen autotoxint extrahálja s ezzel ecseteli a diphtheritikus lepedéket.

Az egész theoria oly annyira nélkülözi a kísérleti alapot, oly hiányos a logikája, hogy csak Klebs érdemdús neve által érdemel egyáltalán figyelmet s semmi más, mint egy lángész érdekes aberratiója.

- Főforrások: 1. Behring. Die Serumtherapie. I. és II.
2. Behring. Die Geschichte der Diphtherie.
3. Behring. Gesammelte Abhandlungen. I., II.
4. Klebs. Die kausale Behandlung der Diphtherie.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XI. rendes ülés, 1894. április 7-dikén.)

Elnök: Verebélyi László, jegyző: Brück Miksa.

Elnök az ülést megnyitván, a következő általános helyesléssel fogadott szavakkal, melyeket az orvosegyesület tagjai állva hallgattak végig, emlékezett meg Kossuth Lajos elhunytáról és az egyesület igazgatótanácsa által erre vonatkozólag hozott határozatokról. „Kossuth Lajos halála az egész magyar nemzet súlyos, pótolhatatlan vesztesége. Az általános országos gyász az orvosegyesületet sem hagyhatta érintetlenül, és az elnökség a gyászír megérkezése után azonnal igazgatótanácsai ülést hívott egybe azon módzatok megállapítása végett, melyek mellett az orvosegyesület az országos gyászban részt vegyen. Az igazgatótanács az orvosegyesület nevében Kossuth Lajos ravatalára díszes koszorút helyezett, Kossuth Lajos szobrára az egyesület tagjai között gyűjtést indított meg, és végre indítványozza, hogy az egyesület Kossuth Lajos halála felett érzett mély hazafias fájdalmát a mai ülés jegyzőkönyvében örökítse meg. (Általános helyeslés.) A t. egyesület egyértelmű hozzájárulása folytán ezen intézkedéseket az orvosegyesület határozatainak jelentem ki.“

Elnök jelent azután, hogy a Bassó dr.-nak köszönet nyilvánítsa iránt benyújtott javaslat az indítvány benyújtói által visszavonván, a napirendről levétetett. Végre jelenti, hogy Székely Agoston dr. „A tüdővész gyógytana“ című művét beküldötte az egyesületi könyvtár részére.

Napirend.

Kísérleti vizsgálatok a gégeizomzat finomabb mechanizmusáról.

Neumann M. József dr.: A hangszalag feszítését, illetve nyújtását tudvalevőleg a két m. crico-thyreoid. végezi, mely az által, hogy a gyűrűporoz elülső léczét felhúzza a pajzsporezhoz, viszont a hátsó pecsétnyomó lemezt hátra- és lefelé távolítja, mert a gyűrűporoz forgó ponttal bírván a crico-thyreoid ízületben, egy vízszintes tengely körül forgó mozgást végez.

A gyűrűporoz kétkarú szögletemelyű (Harless), melynek vízszintes elülső karja, a gyűrű lécze, kétszer olyan hosszú, mint függélyes karja, a pecsétnyomó lemez, mely okból a m. crico-thyr. sokkal nagyobb erőt bír kifejteni rajta.

Előadó a kísérleti állatoknál az egyik thyr.-t lefejtette és részint életben tartva, részint más kísérletekkel combinálva azt találta, hogy a megfelelő hangszalag feszítése, illetve nyújtása meg nem szűnik. Az ebek az átvágás után rekedtek lesznek, részint diphthongia, részint sajátos madárhang (páva, kakas) hallható; a gégetükri kép azonban a hangrés zárásakor valamely hézagot, legalább szabad szemmel láthatólag nem mutat. A hangszalagok párhuzamosan állanak egymás mellett, jól feszülnek, azonban a hangrés a medialis vonalhoz képest ferde, az elferdülés az operált oldal felé néz, tehát az egészséges hangszalag átlépi a közép-vonalat, de a kannaporez nem lép a másik elé vagy mögé, mint más hűdési formáknál. Ha látható hosszúság rás a két hangszalag közt, úgy nehéz megmondani, hogy melyik hangszalag rovására jut az, melyik zár kevésbé; néha verticalis rás észlelhető, t. i. az operált oldali hangszalag magasabban áll, mint a másik.

Ha kívülről nézzük a gyűrűporozot, akkor a működő crico-thyr. emeli, de egyszersmind a saját oldala felé vonja, úgy hogy a gyűrűporoz kis oldalforgást kénytelen végezni a függélyes (lépcső) tengelye körül. A jelenség magyarázata a következő: a két m. crico-thyr. ámbár páros, de kölcsönös izom, úgy hogy mindegyike mindkét hangszalag feszítését eszközöli. A gyűrűporoz u. i. nem áll két különálló félből, hanem egy merev gyűrű és ha elül csak az egyik izom emeli is, mégis kitér a hátsó lemez mindkét kannaporeczal együtt és nyújtja mindkét hangszalagot.

Ha az egyik m. crico-thyr. átvágatott, akkor mindkét hangszalag kevésbé (mert fél erővel) feszítették. A dolog az által nyer némi complicatiót, hogy a gyűrűporoz forgópontja (a crico-thyreoid ízület) engedékeny, mi által a gyűrűporoz emelése, illetve kitérése assymetrikus; a működő crico-thyreoid-izom vízszintes componense (a ferdén hátrafutó rostok) azon oldalra vongálja, mert az operált oldalon a hátrahúzás egészen elesik, az emelés is kissé elmarad, úgy hogy az ép oldalon annyival jobban emeltetik és annyival hátrafelé húzatik, mint a másik oldali ízület engedékenysége engedi.

A rekedtség nyilván az által jó létre, hogy mindkét hangszalag kevésbé feszül és az assymetrikus kitérés folytán az egyik hangszalag magasabb mint a másik.

A másik, kutyákon észlelhető tünet, hogy az operált oldalon a hangszalag belégzéskor jobban távolodik kifelé, és még inkább távolodik mindkét hangszalag kifelé, ha mindkét m. crico-thyr. átvágatott. Tehát a m. crico-thyr., illetve a hangszalag feszülésének megvan az a hatása, hogy a hangnyújtványt nem engedi szerfelett kifelé rotálni, mert a feszességgel bíró hangszalag a maga hossz tengelyének irányába iparkodik hozni a hangnyújtvány hossz tengelyét, mi mechanikai törvények alapján könnyen érthető.

Ha mindkét m. crico-thyr. átvágatott, a hangszalagok feszessége rögtön megváltozik, ellazulnak; a hangoztatásnál kisebb-nagyobb elliptikus hézag támad, az állatok jobban elrekednek, magasból mélybe átesapó hangjuk mesterségesen javítható, ha ujjunkkal a gyűrűporoz léczét felnyomjuk. De a kannaporozok és hangnyújtványok adductiója kifogástalan, a rés csak a szalagok között van, melynek szabad szélei durva rezgéseket végeznek, felfogóbulnak, majd pedig lehúzódnak; nyugalmi helyzetben pedig nem sarló alakúan kivájtak, hanem ellenkezőleg domború szélel bírnak, hasasak.

Az ép m. crico-thyreoid. compenzáló hatása még akkor is érvényre jut, ha a másik oldali, pl. a bal m. crico-thyr.-on kívül a bal n. recurrens is átvágatik. A hangszalag ekkor teljesen mozdulatlan, hulláallásban van; az állat intentiója dacára hangrész-zárás már nem jön létre, de a teljesen benuult hangszalag mégis láthatólag feszül a másik oldali crico-thyr. működése folytán. Ezen tünetek módosulnak az állat intendálása és az altatás foka szerint, és az eszmélő, hevesen kiabáló állatnál leginkább szembetűnők.

Sőt ha mindkét nerv. recurrens át van vágva, akkor is a még egy oldalon egyedül ép crico-thyr. mind a két hangszalagot feszíteni, azaz nyújtani képes erős intendálás közben, és a kép rögtön alapjából megváltozik, ha ezen izom is le van fejtve; a hangrész mozdulatlan, hasas, hússzerű hangszalagokkal, kifelé rotált hangnyújtványokkal négyszögletes dűlény (szalmiak-cukor-szelet) alakú tág rész. Némely állatnál dyspnoé lép fel, midőn a hangrész erősen összecukódik, de légesömetzés után megint az előbbi alakú.

Ezen előadó által talált részleteknek klinikai fontossága közvetlen. Az egyoldali m. crico-thyr.-hűdésnek tünetei a gyűrűporoz tengelyforgása az ép oldal felé, a mi kitapintható, ha az illető vagus-hangot produkál; gégetükörben pedig ennek megfelelőleg ferde hangrész jól feszülő, párhuzamosan álló hangszalagokkal; az egészséges oldalon valamivel mélyebben áll a hangszalag.

Mindkét crico.-thyr. hűdését aphonía és a hangrész rendkívüli tágulata belégzéskor fogják mutatni. Az embernél pedig a kannaporozok csúcsának előrehajlását is fogjuk látni.

Az irodalomban csak két jól észlelt esetet fogadhatni mint ilyet, Mackenzie (5852) és Heyman D. Archiv. f. klin. Med. 1889. eseteit; a többit homályosnak és kétesnek kell mondania.

A m. crico-thyr. a pajzsporezhoz felhúzza a gyűrűporoz léczét, de oly izomerőt, mely azt attól távolítaná, nem ismertünk. Előadó azonban vizsgálatai folyamán oly izomerőt talált, mely némiképp antagonista ezen izomnak. És ezen erő a m. crico-aryt. post. egyik erőcomponense.

Ha a kikészített gégen a m. posticus ingereljük, akkor azt látjuk, hogy a hangszalagok széttérnek; t. i. a hangnyújtványok kifelé és felfelé rotáltatnak, e közben a gyűrűporoz távolodik a pajzsporeztől, a lig. conicum feszül, minek magyarázata az, hogy a posticus egymás felé, szögletbe hajlítani iparkodik a gyűrűporoz lemezét és a kannaporozot, mely húzásnak mind a két poroz engedni kénytelen, a míg egyébként fixálva ninesen. Tehát a gyűrűporoz vízszintes tengely körül forog és elülső léczze lefelé ívet ír le.

Belégzésnél tehát, a midőn a m. crico-thyr. ellazul és a posticus működése lép előtérbe, az előbb felhúzott gyűrűporoz nemcsak a rugalmasság folytán, hanem a posticus izomereje által tér vissza helyzetébe.

Viszont a posticus akkor bírja teljes erejét kifejteni, ha megvan terhelve, vagyis ha az antagonismus érvényre jut, azaz ha a m. crico-thyr. összehúzódik és a gyűrűporozot elől felhúzza. Ekkor a hangszalagok erősen feszítvők, tehát szintén a posticusnak ellene hatnak.

A mint látjuk, a hangszalag feszítésén működő erők egy zárt gyűrűt képeznek, melynek részei: a hangszalag, a pajzsporez

elülső lemeze, a m. crico-thyreoid., a gyűrűporoz, a m. posticus, a kannaporoz. Aktív működik a crico-thyreoid. és a posticus, továbbá a hangszalag rugalmassága, fix a pajzsporez; minden hang számára beállítatik és fixáltatik a gyűrűporoz és a kannaporoz.

Visszatérve a m. crico-thyr.-ra, ennek 3 erőcomponensét különbözteti meg Jelenffy, melyeket előadó is acceptál. A függélyes (emelő), a vízszintes (hátrahúzó) componens, és végre a frontális componens, mely a pajzsporez oldallapjait a sokkal merevebb és szilárdabb gyűrűporozhoz közelíti, mi által a pomum Adami jobban előrelép, vagyis a szöglet kisebbedik. Ennek megfelelnek az izomrostok iránya és tapadása. A 3. (frontális) és még vitás componens izomrostjai a gyűrűporoz szélétől a pajzsporez lapjainak belső felületéhez mennek, tehát egyebet nem tehetnek, mint az oldallapokat a gyűrűporozhoz közelítik, a mennyiben a gyűrűporozot szét nem húzhatják.

Ezen utóbbi componens lételetét Ónodi tagadja, mondván, hogy a pajzsporez a fix- és a gyűrű a mozgópont, a fixpont pedig nem lehet ugyanazon izom számára mozgópont.

De ez nem áll, mert a pajzsporez azért fix marad, ha oldallapjai összelapulnak is. Egyébiránt Ónodi ellenmondásban van önmagával, mert azt írja (Akadem. Értesítő X. kötet) egy előbbi közleményében, hogy a pajzsporez lapjának egymásfelé közelítését (szabad szemmel) látta a m. crico-thyr. kötegeinek összehúzódása következtében.

Ónodi Adolf. A m. crico-thyreoides működésére vonatkozólag szóló is eszközölt vizsgálatokat és azok eredményeit publikálta is. Az előadó nézete, mely miként ő jelezte is, azonos Jelenffy véleményével, homlokegyenesen ellenkezik azon állásponttal, melyet szóló e kérdésben elfogyal. Sem az anatómiai, sem a physiologiai viszonyok alapján nem tudja szóló megérteni, hogy miként lehetne oly izmot, mint a m. crico-thyreoides elmélet elmélet kedvéért három különböző működésű részre felosztani. Az előadó is megerősítette azt a tényt, hogy a m. crico-thyreoides működése abban áll, hogy a cartilago cricoideát a pajzsporez alsó széléhez közelíti. Tény az is, hogy ugyanakkor a hangszalag a középvonal felé közeledik, de e tény magyarázatát illetőleg eltér az előadó nézete szóló nézetétől. Szóló a hangszalag közeledését egyszerűen a lazult állapotban lévő hangszalag megfeszüléséből magyarázza, és nem fogadhatja el előadó és Jelenffynek erre vonatkozó azon nézetét, hogy a m. crico-thyreoides egy része összehúzódáskor a mellett, hogy a gyűrűporoz felemeltetik, a pajzsporezokat egymáshoz közelíti. A mi az előadó által észlelt azon tünetemről illeti, hogy a m. crico-thyreoides működésekor a pajzsporez felső szabad szarva kifelé tér, a nélkül, hogy e különben nem nagy fontosságú észlelésre vonatkozólag a prioritást vitatná, mindenekelőtt megjegyzi, hogy két héttel előbb mutatta be az élettani értekezleten, mintsem előadó arról szóló közleménye megjelent. E tényre vonatkozólag sem fogadhatja el előadó magyarázatát, hanem ezt egyszerűen a hangszalag megfeszüléséből és a pomum Adami-nak ekkor történt hátrahúzásából magyarázza. Előadó egyáltalában nem tudta megváltoztatni az általa hangoztatott nézetétől szóló ellenkező véleményét, és most arra kéri, vigyék e különben is minutiosus kérdéseket a gégeszeti társulat elé, és ott döntsék el a vitás kérdéseket közösen végzendő kísérletekkel.

Neumann M. József. Ónodi helyteleníti azt, hogy előadó a m. crico-thyreoides három részre osztja fel, előadó ezt nem is teszi, hanem működésének mechanikai magyarázatánál több componensét különbözteti meg, miként pl. a m. sternocleidomastoides összehúzódásakor is egy függélyes és egy vízszintes componens szerepel, és ezek érvényesülése szerint ezen izom összehúzódásakor a fejet majd csak lefelé, majd pedig oldalra is fordítja. Ónodi most nem tartja elképzelhetőnek, hogy a m. crico-thyreoides összehúzódásakor a pajzsporez két lemezét egymáshoz közelíti, ezzel szemben utal arra, hogy maga Ónodi akadémiai értekezésében azt mondotta, hogy a m. crico-thyreoides oldalsó részei a pajzsporezlemezeket közelítik.

Ónodi Adolf. Nagyon sajnálja, hogy előadó, mivel szóló tárgyilagosságot nem tudta megezőfolni, dacára annak, hogy e kérdést három dolgozatban részletesen tárgyalta, nem ezekre, hanem már egy régen megjelent előleges jelentésére szólónak hivatkozik. Megjegyzik különben, hogy az előadó által említett tételt azon előleges jelentésben nem mint saját észleletét, hanem mint Michael elfogadott nézetét közölte.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A betegvizsgálatról általában, írta Tauszk Ferencz dr.

A „Klinikai Diagnostika“ e bevezető fizete rövid 36 oldalon igen jó útmutatója a kezdőnek és figyelmeztető zsinórmértéke egyben-másban a gyakorló orvosnak is a beteg általános megvizsgálásában követésre ajánlatos sorrendet és eljárást illetőleg. Hét fejezetben foglalokzik röviden és mégis a szükségesekre mindenben tekintettel a körelőzmény megállapítása módjának a taglalásával, tárgyalja továbbá a jelen állapot

ide vágó részét, azt t. i., a mely a testalkotásra, a beteg táplálkozási és erőbeli állapotára, a betegnek az ágyban legszivesebben elfoglalt helyzetére, a bőr vizsgálatára és végül egyes feltűnő jelenségekre vonatkozik. A rövidség, melyvel szerző tárgyat dióhéjba szorítja, nem válik kárára a könnyű megértésnek, a vezérfonal használhatóságát a gyakorlati kivitel terén meg épen emeli. A részletes betegvizsgálatnak a füzetben foglalt schemája a főbb exploratív módok szerint csoportosítva jó áttekintést ad a követendő elbírás helyes sorrendjéről, a mely mellett egyedül lehetséges a pontos és gyors tájékozódás, czélirányos orvosi működésünk ez első feltétele.

K-y dr.

A bázsing és gyomor vizsgáló módszerei. Irta Hirschler Ágoston dr. egy. m.-tur.

A „Klinikai diagnostika“ egyik részét képező munkálat mint önálló mű is megjelent Dobrowsky és Franke kiadásában. Az érdekes munka két részből áll. Az első résznek tárgya az *oesophagus*; körülményesen ismerteti az oesophagus boncz- és élettanát, valamint vizsgáló módszereit, elmondva róla mindent, a mi megtekintés, tapintás, kopogtatás és hallgatódzás által az oesophagus betegségeinek felismerését lehetővé teszi. A második részben szerző a *gyomorral* foglalkozik. Miután ennek boncztanát és szöveti szerkezetét leírta, áttér a gyomor physikális vizsgálati módszereire s e téren nemcsak a megtekintést, tapintást, kopogtatást és hallgatódzást illetőleg ad útmutatást, hanem a gyomor-nak kutatóval való vizsgálatát is, mint diagnostikai eljárást, kellően méltatja. A gastroscopiával és gastrodiafaniával, mint még igen „kezdetleges ponton“ álló eljárásokkal röviden végez, de annál behatóbban tárgyalja a gyomor működéseinek vizsgálatát: a gyomornedv elválasztó működését, a gyomortartalom makroszkopikus, mikroszkopikus és chemiai tulajdonságait és rendellenességeit, a gyomor mozgató és felszívó működését, s végül a hányadék vizsgálatát. Hogy pedig e nagy anyag, melyet szerző mindvégig részletesen és kimerítően, a tudomány legújabb haladásait is kellően ismertve és bírálva tárgyal le, csak 64 nyomtatott oldalt foglal el, annak oka a stylus tömörsége, az egyszerű és világos előadás, mely minden fölösleges szószaporítástól ment. E mű irodalmunkban hiányt pótol s bizonyára egyaránt szíves fogadtatásra számíthat úgy az orvostanhallgatók, mint a gyakorló orvosok részéről.

A-y dr.

II. Lapszemle. Gyógyszertan.

Az urethan kellemetlen mellékhatásait adja összefoglalva Friedländer dr., de oda concludál cikkében, hogy ezek annyira ritkák és jelentéktelenek, miszerint bátran és bizvást használhatjuk a gyógyszert a gyermekpraxisban. Általános kellemetlen mellékhatásokat láttak alkalmazásánál Ober, Sieveking és Surzeycki; egyszer másszor szédülés, fejfájás, bizonytalan járás és szemkáprázás is társultak még az általánosan rossz közérzethez, sőt a betegek ugyanazt a képet nyújtották, mint az alkoholisták. (Sieveking.) Sticker és Sieveking 2 esetben hányást is láttak alkalmazása után beállani, igaz ugyan, hogy utóbbi szerzőnek betege 3 grammot fogyasztott el 1 órai időközökben, s még így is csak másnap reggel jelentkezett nála hányás. Günther szerint a szívre is hat, ő legalább a pulsus gyérülését látta tőle, míg Coze ugyanezt csak a beállott álomban tudta constataálni, míg megelőzőleg felfokozott érlökést tapasztalt. Mindkét szerző Eloyval együtt a légzésre való befolyásról is szól, szerintük a légvételek száma és mélysége lefokoztatik. Anrep állatkísérleteivel igazolta mind a három szerző állításait a légzésre vonatkozólag. Néhány (1—3) foknyi hőcsökkenést is láttak adagolása után beállani. (Anrep, Coze, Eloy és Ughi.) Ober, Sticker és Huchard az elválasztó szerveknek magatartását is tülzetesen tanulmányozták urethan adagolásnál, s egyhangúlag állítják, hogy az izzadást többé-kevésbé fokozná. Ugyancsak hat a vizeletelválasztásra is: így Sticker szerint már bevétel után néhány órával a vizelet mennyisége kétszerannyi lesz; ezzel szemben Umpfenbachnál 24 óra alatt csak 100 cm³-rel növekedett a vizeletmennyiség, míg egy polyuriában szenvedő hystericá-nál 1000 cm³-rel látta a vizeletet megszorodni. Albuminuriát is észlelt egy esetben. Mairé és Combele arról panaszkodnak, hogy betegeiknél a szer megszokása következtében már 6—7. napra megszűnik a várt álomhozó hatás s így a rendszeres dosist folytonosan emelni kell (Umpfenbach).

Látjuk tehát, hogy az alig számbavehető káros mellékhatások, de meg mindennemű mérgező tünet hiánya miatt is az urethant ártalmatlanabb altató szereink közé sorozhatjuk; ha a terapiában mégsem tudott szélesebb positiót magának biztosítani, ezt egyedül hatása megbízhatlanságának tudhatjuk be, mely alkalmazásának a legtöbb szerző szerint egyedüli számbavehető hátránya. (Ther. Monatshefte, 1894. H. Nr. 1.)

Rottenbiller dr.

Az orexin hatásáról. *Penzoldt* szerint az orexinum hydrochloricum kiváló stomachicum, a mennyiben 300 esete közül körülbelül 50%-nál az étvágyat megjavította s részben teljesen helyre is állította. Therapeutikus értéke jórészt azon alapul, hogy a gyomor sósavfejléstési képességet felfokozza, egyúttal azonban motorikus és absorbeáló képességét is előmozdítja. A mi a kellemetlen mellékhatását illeti, néhány esetben hányást, többször pedig kellemetlen égető érzést keltett. E kellemetlen mellékhatásoktól megszabadulandó, P. az orex. hydrochloricum helyett az orexinum basicum-ot ajánlja, annyival is inkább, mert úgy látszik ennek étvágyjavító képessége még tetemesebb amannál. Használatát P. indokoltak találta: anaemia-nál, chlorosisnál, functionalis neurosisoknál (neurasthenia, hysteria); tuberc. pulmonumnál, könnyebb gyomorbajoknál (dyspepsia, atonia, könnyű catarrhalis megbetegedések); továbbá jelentéktelenebb circulationalis és respiratorikus zavaroknál is. Az eredmény nem volt biztató: előrehaladottabb tüdőgümőkórúknál, súlyosabb szívbajoknál, lázas processusoknál, végül súlyos gyomorbántalmaknál sem (pl. carcinoma stb.) Nagy elővigyázatot igényel adagolása vesebajosoknál, de érzékeny gyomor nyákhártyával bírónál is. Contraindikált alkalmazása gyomorfekélyeknél és általában mindenütt ott, hol esetleges hányást minden áron kerülnünk kell. Rendelése igen alkalmas por alakban ostyában, esetleg a nélkül is, ha utána bőségesen itatunk beteginkkel meleg italokat, pl. jó bouillont vagy tejet. Adagolásának legjobb ideje 10 óra délelőtt. Közepes dosisa 0.3 gramm felnőtteknek. (Centralblatt f. d. med. Wissensch. Nr. 44.)

Rottenbiller dr.

Belgyógyászat.

A tüdővést Strizover szürke kenőcs bedörzsölésével kezeli. Szerző e szert már 5 év óta használja a phthisisnél és sok esetben a vele elért eredmények szerinte oly frappánsak, a minőkkel más kezelési methodusnál nem találkozunk; vannak ugyan esetek, hol a kezelés az állapotot nem javított, de kárt a kezeléstől sohasem látott. Eljárása következő: Kétszer naponta 2 gm. szürke kenőcsöt dörzsöltet be, minden negyedik bedörzsölés után egy langyos fürdőt vétet. Ily eljárás mellett 60—120 gm.-ot dörzsöltet be a beteg bőrére, a nélkül, hogy intoxicációs tünetek jelentkezzenek; megfelelő pausák után a kezelés ismét folytatható. Ily methodus mellett a lázak elmaradnak, a fennálló diarrhoea megszűnik, beteg étvágya javul, súlyban gyarapszik (egy esetben 2½ hónap alatt 9 kilóval), a köpet kevesebb, inkább nyákosává válik, a bacillusok a köpetben megkevesbednek, sőt állítólag a tüdőbeni elváltozások is javulnának; így egy esetében a csücsök felett hallható crepitatio szűnt meg a kezelés alatt, egy másik esetében pedig annyira javultak volna a viszonyok, hogy S. nem tartja lehetetlennek a phthisikus processus eltűnését. Specificumnak nem tartja ugyan az ung. cinereumot phthisisnél, de szebb eredményeket egy gyógymód sem képes felmutatni. (Wiener klinische Wochenschrift, 1894. Nr. 3.)

Hasenfild A. dr.

A myxoedema glandula thyroideával való kezelésének előnyei és hátrányai. *Grainger Stewart.* Egy myxoedemás nő 1893. február 25-dikétől május 10-dikéig juh főtlen gland. thyroideájával kezeltetett aképen, hogy eleinte harmadnaponként 2 gm.-ot kapott ostyában, márczius 9-től kezdve negyednaponként 2.5 gm.-ot, márczius 29-én 3 gm.-ra emeltetett az adag, április 24-dikén pedig 3.75 gm.-ot vett be. A kezelés eredménye kielégítő volt. A test súlya és körfogata tetemesen kisebbedett. A bőr puha, nyulékony és nedves lett. A beteg magától vagy megfelelő kezelésre izzadt. Az arcvonások megváltoztak. Az apathia megszűnt, a nő figyelmes és víg. A szemhéjak olyanok, mintha kissé vizenyősek volnának. Az orr keskenyebb, az ajkak vékonyabbak, a pofák kipirultak, az előbb borzas és ritka hajzat megnőtt. A beszéd olyan, a milyen egészséges állapotban volt, az emlékező tehetség jó, a közérzet feltűnően javult. A három év óta szünetelő havi baj újra megjött. A vér vörös véresejtjeinek száma és haemoglobin-foglalata növekedett. Az emésztést az orvoslás sohasem zavarta. A hőmérsék a mirigy bevétel után egyszer-másszor 38° fölé emelkedett.

Kell tehát, hogy a gland. thyroideában legyen oly chemiai anyag, a mely a táplálkozást, valamint a bőr és az idegrendszer

működését fajlagosan befolyásolja és a mely a gyomoremésztésnek ellenáll. De másrészt a gland. thyr. bevételének vannak kellemtelenségei, sőt veszélyei is.

A Royal Medical Society-ben való bemutatás alkalmával márczius 3-dikán a beteget mulékony dyspnoea lepte meg. Márczius 28-dikán minden rossz következmény nélkül 0.01 gm. pilocarpint kapott. 29-dikén ugyanolyan adag után a beteg elkezdett köhögni, nehézlégzés támadt, a köpet habzó volt és a hallgatódzás tüdő-vizenyőt derített ki. Kevés alkohol e tüneteket csakhamar enyhítette, a beteg elaludt, s csak jelentéktelen dyspnoea okozott 2 napig kellemetlenséget. Kilencz nap mulva új roham jelentkezett, úgy látszik nagyobb testi megerőltetés és szellemi izgalom következményeként. E 24 óráig tartó rohamnak alkohol és ammon. carbon. vetettek véget. Április 26-dikán, miután 24-dikén a mirigy adagja 3.75 gm.-ra emeltetett, igen erős roham támadt. A beteg az ágyban ült, cyanotikus volt, légzés 42, érverés 102, gyakori köhögés és véres köpet; a tüdő felett kiterjedten szörtyzörejek. Ammon. carbon., strophantus, alkohol, száraz köpölyök és aether-befecskendezések ellenére is folyton rosszabbodott a beteg állapota, végre magánkívül volt. Érmetszés az öntudatot helyreállította. A lélekzés még néhány napig nehéz és a köpet véres volt, de 28-dikán digitalis bevétel után a szörtyzörejek eltűntek. A mirigykezelést abbahagyták s roham többé nem jelentkezett.

Ezekből látható, hogy a gland. thyr. kis adagja a szív működését számra és erőre nézve fokozza, nagy adagja pedig ellenkező hatású. Kerülni kell a mirigy-kezelés alatt nagyobb testi megerőltetést, szellemi izgalmat és a bronchialis nyálka-elválasztást növelő orvosságokat (pl. a pilocarpint). (The Practitioner, 1893. jul. — Fortschr. d. Med. 1894. Nr. 2.) W—dt.

Sebészet.

Epekő-ileus gyógyult esetét közli Körte. Egy 52 éves férfiúnak, a kinek a kezelő orvos bemondása szerint már megelőzőleg többször epekőkolikája volt, s ugyanakkor több epekövet ürített ki bélsarával, mult év szeptember 30-dikán minden előzmény nélkül heves hasfájdalmi támadtak, a melyek leghevesebben a bal alhasáján kintak. Eleinte hashajtót kapott, utána opiumot, majd egy magas beöntést, de eredménye ezeknek nem volt. Sem szelek, sem bélsár nem távoztak, sőt heves hányás és csuklás lépett fel rövid idő mulva. Október 3-dikán bélsarat hányt, mely 4., 5., 6-dikán folytatódik. A beteg teljesen elerőtlenedik. Minthogy 6-dikán a sérvkapuk szokott helyein semminemű elváltozást sem észleltek, s a fájdalom egy és ugyanazon helyre koncentráldott, epekő által okozott bél-elzáródásra szólt a kórisme. 10-dikén hosszú metszéssel, balra a köldöktől, megnyitja a hasüreget, feszes, elhomályosodott és erősen belövelt peritoneummal fedett ileum-kaesokra bukkan. A medencében néhány kanálnyi véres savós folyadékot talál; jobboldalt a hasüregben összeesett bélkaesok voltak. A valvula Bauhini felett 20—30 cm.-re a vékony belekben egy szilárd tyúktójásnyi tömegre akad, minthogy annak beljebb tolása nem sikerül, a bélen ejtett hosszanti metszéssel távolítja azt el, a mikor az is kitűnt, hogy a nyákhártya nincs invaginálva, mint azt ily esetről mások látták. A bél és hasfal sebei egyesítve lesznek, s a beteg már ötödnappra székel minden baj nélkül. A tyúktójásnyi epekő nagyon könnyen szétmorzsolódott. A jelen esete képezi a 4-dik esetét, a midőn epekő elzárja a bél ürterét, s műtét útján távolítja azt el. Egy esetében a beteg elpusztult. Véleménye szerint úgy ebben, mint előbbi eseteiben is a kórisme felállítása csak lehetőségi volt, a hol az anamnesis volt a legbecsesebb értékű. (Centralblatt für Chirurgie. 1894. Nr. 8.) Ch. dr.

A fiúk és a férfiak mastitise. Laurent igen érdekesen írja le e bántalmat. A mirigy valamivel megnagyobbodik, a csecsbimbó erősen kiduzzad, nyomásra a mamma fájdalmas, mely néha annyira fokozott, hogy még a fehérnemű is elviselhetetlen. Ez volna a kórkép a fiuknál. E tünetek 10—14 napra javulnak; genyedés ritkán mutatkozik s bár a gyuladás megszűnt, a mirigy jó ideig nagyobb marad. A bántalom csak az egyik oldalra szokott terjedni. Okául külerőszakot (traumát) és onaniát emlegetnek. De az utóbbi nem valószínű. Nincs reá befolyása sem a coitusnak, sem az ettől való tartózkodásnak. Valószínűleg a fejlődő kor, a pubertás okozza, melyről tudjuk, hogy az egész szervezetben elváltozó-

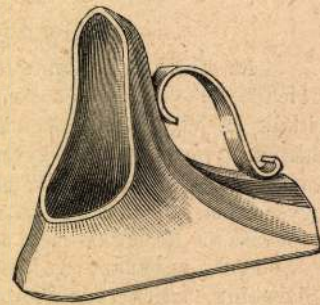
sokat hoz létre. Makacs esetekben sok mindent megkísérlettek gyógyítására. Fürdőket, higanykenőcsöt s belsőleg jódot dicsérnek. Nem helyeselhető, ha a mastitis megszüntetésére coitust ajánlanak.

Felnőttknél a mastitis már ritkábban fordul elő. A férfiaknál e bántalom lehet mastitis acuta és chronica. Laurent még egy harmadik alakot különböztet meg, mely gümőkóros betegeknek észlelhető. Tünetek: a csecsmirigy megnagyobbodása, a bimbó duzzanata, rendkívüli érzékenysége s ama rossz tulajdonsága, hogy gyakran el is genyed. Oka: külerőszak, mint a borjúsíj és puskasíj viselése katonáknál. A harmadik alakja a mastitisnek a tüdővészéseknel előforduló spontán fájdalomiról jellegzetes. A mastitis ezen alakja igen kínzó lehet, mely a legkisebb érintésre is nagy fájdalmakat vált ki. Ritka ezen betegeknek a genyedés; de a bántalom több hónapig eltarthat. Szerző egy 17 éves fiatal emberről is említést tesz, ki kezdődő gümőkórban volt és kit 5 hónapig kintott a mastitis. Coitust még nem végzett, s midőn a kórházból távozott, coitus után az emlője meggyógyult. Midőn a kórházba visszajött, a mastitis újra fellépett. (Gaz. med. de Paris. 28.) Novotny dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Typhus abdominalis 13 esetében tett kísérleteket Jaksch tanár a lactopheninnel. A lactophenin egy phenetidin, melyben az eczetsav tejsavval van helyettesítve. Szerző $\frac{1}{2}$ —1 gramm adagokban adta keményítő-tokoskákban; a napi adaggal 6 grammig is felment. A hőmérsékesökkenés káros mellék tünetek és rázó hideg nélkül következett be és órákig eltartott; ezenkívül a szer megnyugtatólag is hat, a deliriumot eltünteteti és euphoriát idéz elő. (Wiener med. Presse, 1894. 13. sz.)

2. Vizeletfelfogó edényt nők számára szerkesztett R. L. Grosse üvegműszer-gyáros (Ilmenau i. Thür.). Előnye ezen edénynek, hogy segélyével ágyban fekvő beteg nők a legceskélyebb megerőltetés és a nyugalom megzavarása nélkül vizeletnek. Cézlszeri alakja folytán (lásd a mellékelt ábrát) a kiömlés veszélye el van hártva és minthogy jól odaillesik a női nem szervekhez, vizelettarthatlanság esetében állandóan is használható. E mellett gyorsan és teljesen megtisztítható. Az edény a legjobb porcellánból készült, kívánatra azonban átlátszó üvegből is kapható, beosztással ellátva, úgy hogy a vizelet mennyisége egyszerűen leolvasható.



3. Sáp-kórosak fejfájása ellen a vaskészítmények Robin szerint nagyon kétes értékűek. Eredménynyel használhatók ilyenkor a következő szerek: Rp. Paulin. sorbil. pulv. 6.0; Extr. cannabis indicae 0.30; Extr. gentianae qu. s. ut fiant pil. Nr. XXX. Naponként 3 labdacot. Rp. Antipyrini 5.0; Cocaini hydrochlor. 0.10; Coffeini 0.10; Ammonii bromati 5.0; Ammonii jodati 5.0. M. f. pulv. Div. in dos. Nr. X. Naponként egy port. Rp. Phenacetini 2.5—5.0; Exalgini 1.0—2.5. M. f. pulv. Div. in dos. Nr. X. Naponként 2 port. (Allgem. med. Central-Zeitung, 1894. 26. sz.)

4. Balanitis gyógyítására Chichester ecsetelést ajánl a következő oldattal: Rp. Atropini sulfur. 0.05; Zinci sulfur. 0.10; Acidi borici 0.25; Aquae destill. 25.0. Ha egyttal phimosis is van jelen, a fenti oldatból néhány csepp befecskendezendő. (Allgem. med. Central-Zeitung, 1894. 27. sz.)

5. Phthiriasis ellen újabban a tinctura chrysanthemii-t ajánlják, mely úgy készül, hogy 1 rész chrysanthemum-port 10 rész 80%-os alkoholban macerál az ember 8 órán át és azután megszüri. E tinctura úgy a parasitákat, mint azok petéit ép oly biztosan öli, mint a szürke kenőcs vagy a sublimat-oldat, a nélkül azonban, hogy viszketést vagy bőrlobot okozna. Kétszeri beecsetelés többnyire elegendő. (Pharm. Post, XXV. kötet.)

6. A hólyag túlságos izgatottságánál (polakiuria) Chun a következő orvosságtól látott jó eredményeket: Rp. Acidi benzoici 4.0; Boracis 6.0; Aquae destill. 180.0. Három evőkanálnyi veendő be naponként. (Le progrès médical, 1894. 11. sz.)

TÁR C Z A.

A XI-dik nemzetközi orvosi congressus Rómában.

Róma, 1894. április 6.

A congressus 19 osztálya az ú. n. *Policlínico Umberto*-ban tartotta üléseit. Ez egy még teljesen be nem fejezett klinikai épületesoport, egymással folyosókkal összeköttetésben álló pavillon-rendszer szerint építve. Ez idő szerint már hét külön pavillon van készen, középen egy nagy központi épülettel, melyben a kórház igazgatásához szükséges helyiségek vannak elhelyezve. Ide fogják összegyűjteni a klinikákat, melyek ez idő szerint még szétszórva vannak Róma különböző kórházaiban. Minden klinikához pótosztályok jönnek, és ha az egész telep kiépül, 40 pavillonból fog állani. E poliklinika a város végén fekszik, a Porta vián kívül pompás kilátással a távoli Apenninekre. Jelenleg még nincsenek benne betegek.

E hely az ülések tartására, bár kényelmesen el lehetett helyezni benne az egyes osztályokat, nem volt észszerűen megválasztva. Távol fekszik a város központjától, a hozzájutás kellő közlekedési eszközök hiánya miatt nehézkes volt: ez magyarázza, hogy az üléseket a congressus nagy zsúfoltsága dacára, különösen a későbbi üléseken, aránylag kevesen látogatták.

A munka mindazonáltal serényen folyt. Noha a bejelentett 2700 előadásnak csak egy része került tárgyalás alá: így is nagyon sok tárgy jutott egy napra. Úgy tetszik, legelőkelőbbek és leglátogatottabbak voltak a belgyógyászati, sebészeti és dermatológiai osztály ülései.

Az egyes szakosztályok tudományos működését csak röviden is átnézni, ez idő szerint teljes lehetetlenség. Noha tervbe vették, hogy minden előadás rövid kivonatát beszélik és a congressus hivatalos lapjában a reakövetkező nap kiadják: a gyakorlatban ez nem valósult és csak a tárgyalásra kitérő tárgyak névsorát voltak képesek közzé tenni és csak egyik másik értekezés kivonatát közölték; a sokféle nyelv miatt pedig egyetlen ülés tárgyait sem lehetett pontosan végig követni és feljegyezni: úgy hogy csak később lesz alkalom betekintést nyernünk a congressus működésének tudományos értékébe. Egyelőre csak annyit jegyezhetünk fel, hogy semmiféle nagyobb korszakalkotó felfedezés vagy egyetemesebb érdekű tudományos eszme felvetése sem merült fel a tudományos tárgyalások folyamán. Az egyes szakosztályok ülésein Magyarországból is többen tartottak előadásokat, melyekről annak idején majd beszámolunk.

Az egyetemes üléseket általános érdekű előadásokkal az ú. n. Eldorádo nagy termében tartották közel a szép művészetek palotájához, melyben a kiállítás volt elhelyezve. E terem is nagyon szűknek bizonyult oly nagy számú hallgatóság befogadására. Kiválóbbak voltak ezen előadások közül a következők:

A márczius 30-diki ülésen, melyen Virchownak Forli város részéről egy dísz aranyérmét nyújtottak át, *Virchow* tartott felolvasást: *Morgagni és az anatómiai gondolkodás* címen, melyben ez olasz tudóst úgy tüntette fel, mint a modern pathologia megalapítóját. Ugyanez ülésen *Bouchard* (Páris) beszélt „*A lázról*“, azon végkövetkeztetésre jutván, hogy a meggyengült idegrendszer rendkívül érzékeny mindazon hatásokkal szemben, melyek látat gerjeszteni képesek. A harmadik előadó *Babes* (Bukarest) volt. Előadásának tárgya: „*Az állam viszonya a modern bakteriologiai vizsgálatokhoz*“, melyben az állam tendőit fejtegette a modern bakteriologiai buvárlatokkal szemben és körvonalozta azon állami eljárásokat, melyek egy modern *hygienikus államtól* megkövetelhetők.

A márczius 31-diki ülés diszelőadásai a következők voltak: *Foster* (Cambridge) „*Szervezkedés a tudományban*“ cím alatt azt az eszmét vetette fel, hogy az orvosi és rokontudományokban a vizsgálódást internationalis úton kellene szervezni, nemzetközi úton evidentiában tartani folytonosan, ki mit kutatott ki a tudományban. Ez által meg lenne gátolva, hogy egyik buvár ne foglalozzék azzal, a mivel már a másik sikeresen foglalozott; továbbá meg lenne akadályozva, hogy még meg nem

érett dolgozatok idejekorán napvilágot lássanak, és mint a kloakák szennye meg ne fertőztessék a tudomány tiszta forrását. Egyestűni kellene e czélból a különböző culturnemzeteknek. Ha az első szervezkedés sokba is kerülne, kifizetné magát a beruházás azon haszonnal, mely abból a tudományra hármolna. Utána *Nothnagel* (Bécs) olvasott fel egy elmefuttatást „*A szervezet alkalmazkodásáról a beteges elváltozásokban*“ cím alatt, a functionalis és morphologikus compensatiók és alkalmazkodások egész sorozatát említve fel a pathológiából és fejtegetve e folyamatok törvényszerűségét. A harmadik előadást *Lauche* (Christiania) tartotta „*Az idiopathikus szívmeagnagyobodásról és szívizom-elfajulásról*“. A szívmeagnagyobodás keletkezésére legfőbb okozók gyanánt a *sör-alkoholismust*, az *idegrendszer kifáradását* és a *létért való küzdelést* veszi fel; e baj ellen legjobbnak tartja prophylaktikus orvoslás gyanánt az Oertel-féle kúrát.

Április 2-dikán *Danilewsky* (Szent Pétervár) és *Bizzozero* (Turin) adtak elő, amaz: „*A protoplasma alapállományáról és annak az élet folyamán mutatkozó változásairól*“, emez: „*A szervezet növekvéséről és regenerációjáról*“. D. szerint az életjelenségek anyagi alapja a *fehérje*, munkatársa a *protoplasma*. Különböző szervezetek protoplasmáiban a fehérjék különböző sorai foglalnak helyet. Alsóbb rendű szervezetekben nincs complet moleculájú fehérje. A protoplasma fehérjéje a magasabb rendű szervezetekben mind tökéletesebb lesz. A protoplasma az élet folyamata alatt kétféleképp változik el: *hyalin* és *stroma protoplasmává*. A protoplasma és a benne levő fehérje-complexumok alkalmazkodó képessége folytán káros anyagokhoz is hozzá szokik, mint az alkohol, morphin, arsen. B. összegezve az újabb vizsgálatok eredményeit, a szervezet növekvésére és regenerációjára vonatkozólag azon végkövetkeztetést állítja fel, hogy e folyamatokban sem a vérkeringés, sem az idegbefolyás zavarai nem szerepelnek; a folyamat itt magában a szövetelemben folyik, a melyre magára hat a fokozódott izgalom.

Ez előadások közül végre még *Stokvis* (Amsterdam) szellemes előadását kell felemlitenünk, ki a *Chemia és pharmakotherapie közötti viszonyról* értekezett az újabb vizsgálatok alapján.

Április 5-dikén volt a bezáró ülés az Eldoradoban, melyen a szokásos üdvözlések után kihirdették a határozatot, hogy a XII. internationalis orvosi congressust Oroszországban tartják, az orosz kormánynak hagyva fel az elhatározást: Szent-Péterváron-e, vagy Moszkvában?

A congressus tagjainak tiszteletére egész sor ünnepély volt felvéve a programmba. Ezeknek egy része csak félig sikerült, mi részint a rendezés készületlenségének, részint annak róható fel, hogy ily nagy tömegét a látogatóknak kellőleg el látni és kielégíteni nem közönséges feladat. Ha az általános ünnepélyek nem elégitették is ki a várakozást, annyival inkább sikerültek a szűkebb körű estélyek, melyeket egyesek adtak, köztük különösen *Bacelli*, nagyobb számú meghívottak részére. A királyi palota fogadó estélye szintén nagyon szép volt. Kedélyesek voltak az egyes szakosztályok lakomái is, valamint az egyes kirándulások is és általában mondható, hogy szívélyes előzékenységgel találkozott a vendég mindenütt. Minden apróbb inconvenientiát pedig fényesen kárpótolta maga az örök város sehol másutt nem található műremekeivel és ódon emlékeivel, és bizonyára mindenki, a ki a congressus alkalmával látta először Rómát, kellemes emlékekkel távozott innen vissza hazájába.

Talán nem lesz felesleges ide iktatni egy pár megjegyzést az itteni tapasztalatok alapján a jövőbeli hasonló congressusok rendezésére. Az ily congressusok munkálkodásának súlypontja kétségen kívül az osztályok működésében van. Ezek iránt kell a congressus folyamán az érdeklődést felkelteni és fentartani. Kivánatos lenne e végből az, a mi itten tökéletlenül történt, hogy minden szakosztály tagjai megkapják az illető szakosztály munkaprogramját minden ülésnap reggelén. Kivánatos lenne továbbá előre beszélni az egyes előadóktól értekezésük rövid kivonatát és a congressus hivatalos nyelvein közzé tenni azt, a tárgyalás reggelén és a vita folyamán minden

szakosztályban egy több nyelvű interpretatort alkalmazni, ki a felszólalásokat röviden a felszólaló nyelvén kívül a többi nyelven is közölné a hallgatókkal. Csak így lehetne elérni azt, hogy a bábeli nyelvzavarban minden tag érdeklődése fennmaradjon az előadott tárgy iránt. Fontos lenne továbbá az, hogy minden ülésről másnap reggel a congressus hivatalos közlönyében megjelenjenek a tartott előadások, különben átnézetet a szakosztályok működéséről még a szakosztályi tag sem szerezhethet mindaddig, míg a congressus kiadványai meg nem jelennek. Mindezek kétségen kívül sok nehézségekkel járnak, de a haszon, a mi e berendezésből keletkezik, bizonyára bőven kifizetné az erre fordított fáradságot, és tudományos tekintetben is élvezhetőbbé, tanulásosabbakká tenné az ily congressusokat, melyeknek értékesége iránt e hiányok mellett nem minden ok nélkül emelkednek mind sürűbben a kételkedő felszólalások.

—n.

† Dr. Szabó József tanár

született 1822, meghalt 1894.

Szabó József tanár halálával ismét egyike dőlt ki azon oszlopos férfiaknak, kik hazánkban a természettudományok meghonosítása és fejlesztése körül magoknak elévülhetetlen érdemeket szereztek, kiket hosszú élettel áldott meg a sors és e hosszú életet szóval, irással, tettel, kimeríthetetlen szorgalommal a hazai természettudományi felvilágosodás ügyének szentelték, kik tanítványokat, követőket nevelve, maguk körül propagandát csinálva eszméiknek a társadalomban alapvetően közreműködtek hazai egyetemes közművelődésünk modern irányba terelésére. Szabó József tanár egyike volt legszorgalmasabb és legtevékenyebb természettudósainknak, széles látókörrel és kifogyhatatlan buzgósággal, kit rendkívüli olvasottsága és bő nyelvismerete különösen alkalmassá tett arra, hogy mindazon valamire való eszmét, a mit szaktudományában a külföldi szakirodalomban felmerült, hazai irodalmunkhoz átültesse, buvárkodó szelleme pedig arra, hogy az ország mineralogiai és geológiai viszonyainak felderítésében kezdeményező és alapvető tevékenységet fejtsen ki.

Eszmevilága, bár leginkább saját kedvenc szaktudománya körül mozgott, széles terjedelmű és általános műveltségénél fogva kapcsolatba tudta hozni azt az ismeretek egyéb ágaiival is. Sokat járt kelt a nagy világban, személyes szemlélődés alapján ismerte az angol, francia, német, amerikai modern culturát, összeköttetésben állott az országok nagyírű tudósával, mi meglátszott gondolkodásán, társalgásán, írásmódján, mely azonban mindig megtartotta a magyarosság eredeti zománczát.

Laboratoriumán, könyvein kívül a szabad természetben élt, beleértve abba nemcsak az élettelen, hanem az élő világot is, az embereket, a társaságot. Buzgó tagja volt minden olyan társulatnak, mely a hazai természettudományi ismeretek fejlesztésére és terjesztésére közreműködött. A természettudományi társulat, a földtani társulat, a M. Tudományos Akadémia volt leginkább munkálkodásának köre, melyben valamennyiben elsőrendű szerep jutott az ő tudományos működésének.

Tevékeny részt vett az orvosi oktatásban is, több mint harmincz éven át tanítván az orvosi tanfolyam hallgatóinak a mineralogiát és geológiát. Buzgó tagja volt a Magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek is, melyeknek az utóbbi időben elnökévé is választották.

Szerény modorú, kedves ember volt, kit eleven társalgása, sokoldalú műveltsége miatt mindenütt szerettek és tiszteltek.

Hosszú élete folyamán életének legutolsó napjáig megtartotta szellemének frissességét, kifogyhatatlan munkakedvét.

Bezáródó sirja felett igaz gyászba borulva áll a hazai természettudomány.

Elhunyt tudósunknak rövid életrajzát a következőkben adjuk:

Szabó József Kalocsán, 1822-ben született, a hol atyja érseki uradalmi kasznár volt. Ugyanott végezte el a piaristáknál a gymnasium hat osztályát, melyekben mindig a legelső helyet foglalta el. Szabad idejében a zenét, éneket, rajzot és tánczot művelte, a minek köszönhető főképpen, hogy minden társaság kedvence volt.

1837-ben került a fővárosba, a hol két évig philosophiát, azután az akkori törvény szerint három évig a törvénytudományokat hallgatta. Tanulmányait 1843-ban fejezte be. Időközben megtanulta a classikus nyelveken kívül a németet, a francziát, az olaszt és angolt, szabad óráiban a gyorsírást is elsajátította.

Már gyermekkorában kiváló hajlama volt a természettudományokhoz. Mikor tanulmányait elvégezte, a selmeczi bányászati akadémia hallgatói közé állt. A szünetidőben gyalog bejárta Magyarország és Ausztria kiválóbb kohóit és bányáit. Mikor az akademiát elvégezte, Zsarnóczán, később Felső-Bányán nyert tanári állomást. Ezeken a helyeken kiváló alkalmat látott kedvenc tanulmányait, a vegytant, ásványtant és földtant gyakorlati irányban is művelni. Legelőször a magyar orvosok és természetvizsgálók 1845-diki pécsi vándorgyűlésén tünt fel kiváló szakértelmével. A fiatal 23 éves bányanövendéket a jelenlevő szakemberek lelkesülten üdvözölték.

1848-ban az első felelős magyar ministeriumba hívták meg a bányászati osztály kohászati szakához. 1849-től 1855. december végéig a budapesti egyetemen mint helyettes tanár működött s az ásványtanon kívül még a vegytant is előadta. 1853-ban házasodott meg, Havas Ignác előkelő fővárosi polgár leányát, Etelkát vette nőül, a ki alig néhány évi boldog házasság után elhunyt. Hat év múlva másodszor nősült, a mikor Dulovics Valériát vezette az oltárhoz.

Egyideig a budai főreáliskola tanára és igazgatója volt, később a pesti kereskedelmi akadémia tanára lett, majd 1862-ben a budapesti Tudományegyetemen az ásványtan és geologia rendes tanárává nevezték ki. Egyetemi tanársága alatt sok, külföldön is elterjedt becses tudományos szakmunkát írt, résztvett mint kormánybiztos az 1862-diki londoni kiállításon s több évig a budai bányabiróság elnöke is volt. A szünetidőket minden évben tudományos utazásokra használta fel. Bejárta egész Európát s Afrika északi részeit. Még 1882-ben, 60 éves korában is fiatal erővel és kedvvel kelt útra, hogy áthajózza az Atlanti Óceánt s beutazza az Egyesült-Államokat, a hol résztvett az amerikai tudósok montreáli vándorgyűlésén.

A legtermékenyebb szakírók egyike volt. Legelső nagyobb munkája *Az ásványtan alaponalai*, a mely 1861-ben jelent meg első kiadásában s azóta sokszor kibővítve ma is általánosan használt tankönyvül szolgál. Szakértekezései az eredeti kiadással egyidejűleg rendszeresen németül, francziául és angolul is megjelennek. Másik nagyobb munkája a *Geologia*, a melyben az új petrographiai rész és a kőzetek geológiai beosztása új irányt jelöl a tudományban.

Legbecsesebb munkája, melyen 14 évig dolgozott, „Selmecz környékének geológiai leírása”, e munkába rakta le összes tudományos tapasztalatainak gyümölcseit. E munkáját az Akadémia elsőrendű jutalomban részesítette.

Hosszas tanári és tudományos pályáján számos kitüntetés érte. Mint egyetemi tanárt időközben dékánnak és rektornak választották. 1858-ban lett a Magyar Tudományos Akadémia levelező, 1864-ben rendes tagja, később pedig a III. osztály titkára és igazgatóságának tagja. Tagjává választották több külföldi tudós társaságnak. Az oxfordi egyetem jubileumán mint a Magy. Tud. Akadémia és egyetem képviselője díszdoktori oklevéllel tisztelték meg. A király a Ferencz-József-rend lovagkeresztjével, királyi tanácsosi czímmel és utóljára nemességgel tüntette ki, a „szentmiklósi” előnevet adományozván neki. A kir. természettudományi társulatnak egykori titkára és alelnöke volt, a földtani társulat, az állat- és növényhonosító társaság pedig elnökét gyászolja benne. Még a husvéti rövid szünet alatt is geológiai kiránduláson volt, melyről azonban betegesen jött haza és néhány napig tartó, de kínos szenvedés után befejezte áldásos életét. Szabó Dénes dr., a kolozsvári egyetemen a szülészeti tanára, szerető atyját gyászolja az elhunytban.

Temetése általános érdeklődés mellett f. hó 12-dikén délután ment végbe, melyen a halottas házuál az Akadémia nevében *Than Károly*, az Orvosok és Természetvizsgálók vándorgyűlése nevében *Dulácska Géza* dr., a temetőben pedig *Majthényi Endre* tanárságát és *Krausz Elemér* gyógyszerész-hallgató mondtak végbucsuást az elköltözöttnek.

Nyugodjanak békében hamvai.

Heti szemle.

Budapest, 1894. április 12-dikén.

Bakteriológiai cursus. A belügyminister a következő körrendeletet intézte valamennyi törvényhatósághoz. Ismervén azon fontos szerepet, mely a bakteriológiát az orvosi tudományok mai álláspontja szerint minden tekintetben, de nevezetesen a helyes és biztos kórismezés körül megilleti, alkalmat kívánván nyújtani ez évben is a hatósági orvosoknak arra, hogy a tudomány ezen élénk fejlődésben levő ágának jelen állásával gyakorlati úton könnyű szerrel megismerkedhessenek, indítatva éreztem magamat részükre egy átlag 3 heti bakteriológiai tanfolyamot újból berendezni.

A tanfolyam vezetésével Pertik Ottó dr. egyetemi tanárt, a budapesti bakteriológiai intézet vezetőjét bízom meg, míg a helyiségeket és a szükséges segédeszközöket Budapest fő- és székváros közönsége bocsátja a tanfolyam hallgatóinak rendelkezésére.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg zuhanyokkal és párolással, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1894. április 5-től egész április 11-ig ápolott betegekről.

1894.	Felvett			Elbocsátott			Mehalt			Maradt			Az ápoltak közül				
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban				
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőknő	heveny fertőző	az illői-úti kórházban	
Apr.	5	48	36	84	31	31	62	4	1	5	1146	846	1992	1048	27	22	895
"	6	45	27	72	38	23	61	6	2	8	1147	848	1995	1048	27	24	896
"	7	57	49	106	51	46	97	5	3	8	1148	848	1996	1040	27	23	906
"	8	33	24	57	36	11	47	5	2	7	1140	859	1999	1033	27	26	913
"	9	72	51	123	57	51	108	3	2	5	1152	857	2009	1029	27	26	927
"	10	60	50	110	38	55	93	5	—	5	1169	852	2021	1034	27	29	931
"	11	48	38	86	48	44	92	3	1	4	1166	845	2011	1032	27	31	921

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

Trencsén-Tepliez kénes-fürdő

Felső Magyarországon Vasúti állomás Tepla-Trencsén-Teplitz.

Az osztrák-magyar monarchia legerősebb kénes fürdői 28°-32° R. fokú meleg forrásokkal. Javalatok: köszvény, csúsz, megrögzött syphilis, idegszabák, ischias, idült bőrbetegségek, csontszú és úszók, makacs sebek stb.

Kényelmes és olcsó. — Fürdő-leírást ingyen küld a fürdőigazgatóság.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószert.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

Dr. PAJOR SÁNDOR

vezetése alatt

VIZGYÓGYINTÉZET

Budapest, VIII., Szentkirályi-(Ősz-)utca 14.

Egybekötve massage, villanyozással. * Charcot-féle suspensio.

Ugyanitt berendezve Szénsavas acélfürdők.

Dr. HERCZEL
haldobérgi egyetemi m.-tanár

Sebészeti Sanatoriumma.
Sebészeti és nőgyógyászati magánintézet.

BUDAPEST
VI., Felső erdősor 5. sz.

Allanó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Rendelő órák: 9-10 és 1/2-3-4-ig; szegényeknek d. e. 14 8-9-ig. — Kivánatra prospectus.

Med. univ. Dr. BÁCSKAY BÉLA

nyilvános tehénhímlőtermelő intézete

ARADON 14

egész éven át szállít friss és biztos fogamzására nézve mindenkor előzetesen kipróbált oltóanyagot a következő árakon:

Egy phiola 50 egyénre (1 gr.)	3.-	100 egyénre való 8-10 phiolába
Két " 100 " (2 gr.)	6.-	osztva
Egy " 3 " "	50	Saját tulajdonú szabadítható scarificator (igen kedvelt oltó-eszköz)
" " 15 " "	2.-	1.25

Vegy-, görcsövézeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, vérs-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-tej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és korvegytani tanarsegéd.

BALATONFÜRED

GYÓGYFÜRDŐ

Zalamegyében, Magyarország.

Posta, távirtda helyben.

Fürdőidény kezdete május 27-től szeptember végéig.

De azon gyenge üdülők és mellbetegek, kik B.-Füred kedvező climáját előbb használni akarják, május 13-tól szívesen láttatnak el — meleg fürdők kivételével — minden kényelemmel.

Tiszta ozondús, enyhe, egyenletes tóparti levegő; égvényes, sós, szénsavas, vasas, források; juhsavó, tej, szőlő, massage gyógy-mód; szénsavas meleg pezsgő és szénsavas hideg fürdők, gőzfürdő, zuhanyok, balatontavi hideg fürdők és uszodák, orvosi tekintélyek által igen ajánlva; vérszegénység, görvély, gümőkór, csúsz, köszvény, légzőszervek hurutos bántalmái, rékedtség, vér-köpés, gyomor, bélhurut, máj és lépverbőség, női bajok és ideg-bántalmakban.

Elsőrangú fürdőintézet.

Hegyektől védett gyönyörű fekvés, díszes és czélszerű berendezés, gyógyterem, sétatársak, árnyékos sétányok, lombos park, fenyves liget, tiszta, színi előadások, hetenkint táncmulatság, élvezetes kirándulások, sétacsónakázás. Elegáns lakások az Erzsébet, Klotild udvarokban és a Grand-Hotelban; csinos nyaralók. Jó és mérsékelt étkezés, table d'hôte, couvert 1 frt 50 kr. A szobák ára 40 krtól 4 frtig. Junius 15-ig és augusztus 20-tól a saison végéig a lakások 30 százalékkal, az étkezés 20 százalékkal olcsóbb a Grand-Hotel éttermeiben.

Vasuti állomás Siófok és Veszprém, Siófokról gőzhajón 1 óra. Veszprémtől bérkocsin 1 és fél óra. Vasuti saisonjegyek 33 1/2 százalékos kedvezményvel, menettérti jegyek — 3 napra — féláron kaphatók. Prospektusokkal ingyen szolgálunk. A fürdőintézet rendelő főorvosa Dr. Huray István.

Lakásmegrendelések — előleg mellett — Kovács Ábel fürdőigazgatóhoz intézendők Balatonfüredre.

Balatonfüredi ásványvíz, mely mint éltrendi víz is igen kedvelt, főraktára Édeskút L. ásványvíz-szállítónál Budapesten. Szemeray Jánosnál Veszprém és Birkmayer Lajosnál Székesfehérvárott.

A fürdőigazgatóság.

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 általános poliklinika laboratoriumából.

A kénes vizek befolyása az emésztésre.¹

Vas Bernát dr. és Gara Géza dr., a laboratorium vezetőitől.

Már régebben kifejezték egyes szerzők — mint *Hufeland*, *Seegen* — azon nézetüket, hogy az egyes fürdők és ásványvizek megítéléséhez és azoknak osztályozásához nem elégséges a vizeknek analitikai és empirikus alapon nyugvó ismerete. Pedig manapság is az az eljárás van használatban, hogy a vizeket szilárd alkatrészeik hasonlatossága alapján szorítjuk rendszerekbe. Ez az eljárás tudományos tekintetben már épen nem kielégítő. *Than* tanár 1890-ben a balneologiai congressuson hangsúlyozta, hogy a régi módszerek mellőzésével az ásványvizekben ne a sókat, hanem a savmaradékokat, a fémeket kell tekintetbe venni s az egyes vizek olyképen csoportosítandók, a mint azok a villamos vegybontáskor a két különböző polussal szemben viselkednek. Ez a felfogás minden esetre új irányba tereli a vegyész munkáját, s szorosán véve leginkább is őt érdekli. Az orvos számára a balneologia és a balneoterapia akkor fog a mai tudományos színvonalra emelkedni, ha az ásványvizek nemesak vegyi, de physiologikus alapon is ismertekké lesznek. Ily irányú vizsgálatok a külföldi fürdőhelyeken már végeztek. Ezúttal utalni akarunk *Jaworski*-nak² a *karlsbadi* vízzel, és a legutóbbi időből *Lewa*-nak³ a *taraspi* vízzel végzett kísérleteire. Nálunk eddigelé vajmi kevés történt, azért is ezélszerűnek látszott a figyelmet erre felhívni az által, hogy néhány hazai ásványvíznek physiologikus hatása kísérleti alapon tanulmány tárgyává tétetett.

Kísérleteket végeztünk egynéhány kénes vízzel, mint a *parádi*, *pöstyéni*, *margitszigeti* és a *városligeti artézi* forrás vízzel, s ezeknek mindenekelőtt a gyomor működésére való hatását vizsgáltuk. Kísérleteink első sorban a kísérleti egyén normalis emésztőképességének megállapítására irányultak. Ezt az *Ewald*-féle próbareggeli (300 kem. tea cukor nélkül és egy fél zsemlye) után 1 órával gyomorkutatóval nyert gyomortartalom vizsgálása által határoztuk meg, a figyelmet főképp a szabad sósav és a pepsinre fordítván. Az oltó ferment vizsgálatától ily kísérleteknél véleményünk szerint bátran el lehet tekinteni. A szabad sósav a qualitativ próbák egy valamelyikével (legezélszerűbben tropaeolinna vagy a *Günzburg* reagenssel) lett kimutatva, a quantitativ sósavpróbákat nélkülözhetőknek véltük már csak azért is, mivel *Noorden*,⁴ *Honigmann*⁵ és mások vizsgálatai nyomán a sósav mennyiségét illetőleg azok is teljesen kielégítő felvilágosítást képesek nyújtani. Különben is az összes sósav mennyiségének (kötött és szabadnak) meghatározására szolgáló s többnyire igen complicált el-

járások, a minőket *Cahn* és *Mering*,¹ *Martius* és *Lüttke*,² *Sjöquist*³ stb. ajánlottak, minden tekintetben épen nem kifogástalanok, a hogy azt *Rosenheim*⁴ s mások vizsgálatai bizonyítják. Ezen complicált módszerek sem klinikai, sem diagnostikai szempontból több támpontot nem nyújtanak az orvosnak, mint az olyan egyszerű színreakciók. *Noorden*⁵ szerint a gyenge, de azért positiv qualitativ sósavreactio azt mutatja, hogy minden affinitás le van kötve és van még egy kis felesleg a sósavból, tehát a sósavválasztás normalis; igen élénk sósavreactio a normalisnál erősebb sósavválasztás mellett szól, míg a negativ sósavpróbák arra utalnak, hogy a sósavválasztás nem elegendő, az affinitás ninesen teljesen lekötve. Kísérleti eredményeink megítélésénél mi is ezeket tartottuk irányadóknak. A pepsint 38° C. mellett végzett emésztési kísérletekkel vizsgáltuk, s annak mennyiségét a mindig egyenlő mennyiségben alkalmazott fibrin elemésztésének idejéből itéltük meg.

A gyomornedvben ezenkívül az összaciditás $\frac{1}{10}$ normal natronlúggal lett meghatározva, s a nyert érték százalékszámokkal jelöltetett. Tekintetbe vétettek ezenkívül az organikus savak, fehérje, propepton, pepton és egyéb accidentalis alkatrészek, mint a nyák, epefestények.

A gyomor motorikus funkcióját szintén a próbareggeli segítségével vizsgáltuk, azon időtartamot állapítván meg, a mely alatt a próbareggeli a gyomrot elhagyta.

Ezen előzetes vizsgálatok után kísérleteinket az ásványvizekkel folytattuk, vizsgálván első sorban annak az éhgyomorra való hatását. Ily módon felvilágosítást reméltünk nyerni arról, hogy minő elváltozást idéz elő az ásványvíz a gyomor különféle funkcióiban, továbbá, hogy mennyiben módosul ez a hatás a szerint, a mint a bevitt ásványvíz hőfokát, mennyiségét vagy adagolásának módját változtatjuk meg. Minthogy kiindulási pontul azon control vizsgálati eredmények jöttek tekintetbe, melyeket ugyanily feltételek mellett a gyomorba vitt destillált vízzel nyertünk, ez által egyszersmind eldönthettük azt is, hogy egyáltalán bir-e valamely *specifikus hatással* a kísérlet tárgyát képező ásványvíz és hogy a gyomor melyik funkciójánál nyilvánul az legfőképpen.

A kísérletek egy második sorozatában az ásványvíz hatását az emésztési folyamat közben vizsgáltuk, és pedig olyképen, hogy az ásványvizet a próbareggeli előtt vagy után, vagy pedig a próbareggelivel együtt rendeltük. Ez által practikus szempontokat is véltünk találhatni az ivógyógyomódnak rationalis alapon nyugvó alkalmazásához, azaz támpontokat arra nézve, hogy mily módon, mily mennyiségben, minő hőfok mellett, mily időközökben kell az ásványvizet adni és hogy mennyi idővel az ivás után vagy előtt legmegfelelőbb a táplálék felvétele.

A physiologikus vizsgálatok után gyomorbetegéknél is alkalmaztuk az ásványvizet. Előbb a próbareggeli után vett gyomornedv vizsgálása által megállapítottuk a gyomor emésztőképességét, azután ismervén az ásványvíznek az előző kísérletek alapján kiderített hatását, az egyes kóresetek természete

¹ Előadta az orsz. balneol. egyesület 1894-dik évi nagygyűlésén Vas Bernát dr.

² D. Arch. f. kl. Med. 1885.

³ Berl. klin. Wochenschr. 1894. 11. sz.

⁴ Zeitschr. f. klin. Med. XIII.

⁵ Berl. klin. Wochenschr. 1893. 15—16. sz.

¹ D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 39.

² Die Magensäuren des Menschen. Stuttgart, 1892.

³ Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. XIII.

⁴ Ctbl. f. d. kl. Med. 1892.

⁵ Berl. klin. Woch. 1893. 19.

szerint akként módosítottuk a víz adagolását, a mint az a coneret esetben a legalkalmasabbnak látszott. Az ásványvíz alkalmazása közben időről időre végzett gyomornedvvizsgálatok által alkalmunk volt meggyőződni, hogy minő befolyása volt az ásványvíznek az illető kórfolyamatra, hogy mennyiben mutatkozott a használat közben javulás s esetleg mikor állott ismét helyre a gyomor megzavart működése. Ezen tisztán chemiai eszközökkel végzett ellenőrzésen kívül természetesen a beteg subjectiv érzéseire is figyelemmel voltunk, a víznek a bélrendszerre való hatására pedig a székletét tulajdonságaiból vontunk következtetést.

1. A kénes vizek hatása a gyomor motorikus funkciójára.

A kénes vizek hatását a motorikus funkcióra a vizívás után különböző időben kisajtott gyomorbennék mennyiségéből íteltük meg. Ebből azonban egyúttal a gyomor felszívó képességére biztos következtetést vonni nem lehetett. *Mering*¹ kísérletei óta tudjuk, hogy a gyomor vizet épenséggel nem sziv fel, csak a vízben oldott sók szivódnak fel, miközben még a gyomor maga is több-kevesebb vizet választ ki, úgy hogy a gyomorbéli felszívódás sok tekintetben a diffusio physikai folyamatához hasonlít. Hogy a kénes vizekből, illetve sóiból mennyi szivódik fel a gyomorban, azt csak a kisajtott gyomorbennék sóinak quantitativ meghatározása és az ivott víz só-tartalmával való összehasonlítása által lehetne megállapítani, bár tekintve, hogy a gyomor a sók felszívódása közben maga is választ el vizet, ily complicált eljárás mellett sem lehetne kifogástalan adatokat nyerni. Ezért is a felszívó képességre vonatkozó vizsgálatokat ezúttal figyelmen kívül hagyva, főleg a motorikus funkcióra voltunk tekintettel.

Összehasonlítva a destillált vízzel végzett ellenőrző kísérletekkel, azt találtuk, hogy a kísérlet tárgyát képező kénes vizek általában véve gyorsabban hagyták el a gyomrot, csak hogy a tovamozgás gyorsasága nemesak az egyes ásványvizek faja szerint, hanem egy és ugyanazon ásványvíznél is különbözőnek mutatkozott, annak hőfokához, mennyiségéhez mérten.

Így több kísérlet középértéke gyanánt találtuk, hogy 400 cm³ 15° C. *pöstyéni* vízből

10 percz után	80 cm ³
20 " "	50 cm ³
30 " "	15 cm ³

volt még a gyomorkutatóval eltávolítható. Ugyanezen vízzel, de magasabb hőmérsék (30° C.) mellett a következő mennyiségeket lehetett még a gyomorból kihozni:

10 percz után	110 cm ³
20 " "	60 cm ³
30 " "	25 cm ³

a miből következik, hogy a melegebb víz behatása alatt a gyomor mozgása lassúbb volt.

Ha 15° C. *parádi* vízből jutott 400 cm³ a gyomorba, abból 30 percz múlva már egyáltalán semmi sem volt exprimálható.

Ugyanilyen élénkítő hatást fejtenek ki a gyomor mozgására a *margitszigeti* és a *városligeti* artézi források vizei is, csak hogy valamivel gyengébben mint az előbb említett két ásványvíz.

Controll kísérletek azt mutatták, hogy egyforma viszonyok között a destillált víz a *margitszigeti* víznél 29%-kal, a *városligeti* artézi forrásnál 37%-kal, a *pöstyéni*nél 43%-kal, a *parádinál* 50%-kal lassabban hagyta el a gyomrot. Vagyis tehát a kénes vizek gyorsabban távolodnak el a gyomorból mint a destillált víz, ez a körülmény pedig, úgy látszik, bizonyos, eddig meghatározatlan mértékig arányban áll a víz mennyiségével és hőfokával.

A kénes vizeknek ezen viselkedése nyilván a gyomor peristaltikájára való hatásukra vezethető vissza. Ennek magyarázatához megerősítő adatokat találunk *Bókai Árpád*² tnr. azon dolgozatában, a melyben a bélgázoknak a peristaltikát elősegítő képességét vizsgálta. A hydrothionnal végzett kísérleteinél már a legkisebb mennyiségre is, tehát az általános

mérgezés beállta előtt, ettől függetlenül, igen heves bélmozgások keletkeztek, melyek néhány másodperc múlva hengeredő mozgásba mentek át. Nines okunk abban kételkedni, hogy kísérleteinknél szereplő ásványvizek valamennyiében foglalt hydrothion az, mely a peristaltika fokozásában oki momentumként szerepel. Megerősíteni látszik ezt azon körülmény is, hogy a vizek kénhydrogen-tartalmának foka szerint nő a peristaltikára gyakorolt hatásuk; így láttuk, hogy a legerősebb a *parádinál* és leggyengébb a *margitszigetinél*. Az utóbbiban ugyanis COS szénoxydhydrat foglaltatik, s ez bomlik fel H₂S és CO₂-re. Ezen kísérleti eredményből már a priori levonható volt azon következtetés, hogy mindenütt, a hol a gyomor mozgási elégtelenségével állunk szemközt, különösen ha ez a gyomor izomzatának csökkent mozgató ereje által van feltételezve, a tápláléknak gyorsabb tovamozdítása czéljából ilyen fajta ásványvizeket eredménnyel fogunk használni. És tényleg, ha ásványvízzel együtt vagy az után adtuk a próbareggelit, mindig előbb találtuk tiresen a gyomrot, mint vízadagolás nélkül. Ha ellenben a vizívás előtt vétetett a próbareggeli, akkor valami jelentékenyebb fokozódása a peristaltikának észlelhető nem volt. Eredményeink némileg ellenkezni látszanak *Stiftnek*¹ a *weilbachi*, ugyanezek kénhydrogen tartalmú vízzel nyert tapasztalataival, a melyek szerint a kénes víz a gyomor peristaltikáját és felszívó képességét inkább csökkenti. Igaz ugyan, hogy ezen állításának bizonyítására az ivás után hosszabb ideig észlelhető kénhydrogenszagú felbőfőgésen kívül más megerősítő adatot fel nem hoz.

2. A kénes vizek hatása a gyomornedv elválasztására.

Az ásványvizek hatása az éhgyomorban, a gyomornedvelválasztást illetőleg akként nyilvánult, hogy a gyomor nyákhártyáját izgatta s az által nedvelválasztást hozott létre.

A kénes vizek, kísérleteink szerint, a gyomorsavat, mint a gyomornedv egyik főalkatrészét először is bizonyos fokig *neutralizálni* képesek. Így találtuk, hogy a bevitel után 10 perczel a gyomornedv még alkalikus, 15 perczel utána a *pöstyéni* víz 2%, a *parádi* 4%, valamint a többi vizek is különböző alkalmakkor 1—4% összaciditást eredményeztek. Ezen időtől fogva a kénes vizek sósavválasztást serkentő hatása nő, maximumát 1/2—3/4 óra alatt éri el, a midőn a 15° C. víz ivása folytán nyert aciditási fokok 16—28% között, 25°—30° C. víz mellett 5—15% között ingadoznak. Forró (40—45° C.) víz ivása után, a mit természetesen csak ritkán láthattunk, még a hideg víznél is jóval erősebb sósavválasztó hatás volt észlelhető, így a *parádi* és *pöstyéni* vizek után az aciditás 30—35% között ingadozott. Két órán túl azonban a különböző hőfokú vizek után is egyaránt eszik az aciditás, miglen 3 óra multán teljesen eltűnik.

Ezekkel szemben a destillált víz ivása után rendszeren kisebb értékeket kaptunk, a mi annál is inkább feltűnő, minthogy a gyomorsav ez esetben közömbösítésre fel nem használtatott.

Tapasztalván, hogy az ásványvíznek a gyomornedv elválasztására való hatása tetőpontját az ivás után 1/3—3/4 órával éri el, természetesnek látszott, hogy ezen időben lesz a legalkalmasabb a gyomor rendes funkciójának — az emésztésnek — elvégzésére. Tényleg, ha a kísérleti egyénnél előzőleg adtuk az ásványvizet s utána 1/2—1 órával a próbareggelit, akkor lehetett a gyomornedvben a legnagyobb fokú aciditásokat észlelni.

Példakép felhozzuk a következő esetet. Probareggeli után egy órával vett gyomornedvben az összaciditás, több meghatározás középértéke szerint, 65% volt. Azon esetben, ha a próbareggeli előtt egy fél órával adtuk a vizet, s a reggeli után egy órával távolítottuk el a gyomornedvet, a különböző hőfok szerint következőkép módosult az aciditás értéke:

Víz menny.	Hőfok	Parádi víz	Pöstyéni víz	Margitszigeti víz	Városligeti artézi víz
400 cm ³	15° C.	94%	87%	80%	84%
"	30° C.	74%	71%	71%	74%
"	45° C.	123%	115%	—	—

¹ *Mering*. Verhandl. des Congr. f. inn. Mediz. 1893.

² *Bókai*. Kolozsvári orvos-term. értesítő. 1884. VI. k. III. f.

¹ Die Wirkung des Schwefelwasserstoffgases. Berlin, 1886.

Az eredmények több meghatározás középértékeinek felelnek meg. Az aciditás egyes esetekben, a midőn a gyomornedv $1\frac{1}{2}$ órával a próbaregeli után távolítottatott el, még nagyobb volt; így a parádi víz után középértékben 145% -ot, a póstyéni után 120% -ot lehetett találni. $1\frac{1}{2}$ óra után azonban egyfelől az aciditás is csökkent, de másfelől a gyomortartalom annyira megkevesbbedett, hogy gyomorkutatóval is vagy csak igen kis részét, vagy épséggel semmit sem lehetett már belőle eltávolítani.

A midőn a kísérleti egyének az ásványvizet a reggelivel együtt vagy az után itták, az előbbinél jóval kisebb aciditás volt található.

Mindezek útmutatásul szolgálnak arra nézve, hogy ott, a hol a gyomorsav képződése hiányos, a hol az elválasztás serkentésére kell törekedni, ott adassék a víz a reggeli előtt egy bizonyos idővel s legyen egyúttal rövidre szabva a vízivás és a reggeli közti időköz.

A reggelivel együtt adott víz hasonlóképp fokozza a savképződést, bár nem oly mértékben, mint ha azt a reggeli előtt iszszák. A maximalis aciditás 15°C ., 400 cm^3 parádi víz után 84% -ot, ugyanannyi póstyéni után 79% -ot tett ki. A gyomortartalom a reggeli után $\frac{1}{2}$ órával lett eltávolítva. Ezen esetekben is hasonlóan csökken az aciditás már $1\frac{1}{2}$ óra után; 2 órával a reggeli után még 10% aciditás, azontúl már csak nyomai voltak kimutathatók a sósavnak.

Az előbb adott reggeli s az azután ivott víz nem változtattak azokon az értékeken, a melyeket hasonló körülmények között, értvén ez alatt a bevett táplálékot, a víz mennyiségét és az időtartamot, egészséges egyéneknél ásványvíz ivása nélkül is el lehetett érni.

A gyomornedv második fő alkotórészének, t. i. a *pepsinnak* viselkedése az ásványvíz behatásának időtartama szerint változott. Általában kísérleteink tárgyát képező vizek egyikénél sem lehetett oly hatást tapasztalni, a minőt *Jaworski* a karlsbadi vizekkel végzett kísérleteinél a pepsint illetőleg látott, t. i. hogy a behatás kezdetén a karlsbadi víz tönkreteszi a pepsin-fermentumot, és ez csak lassan, fokként tér vissza olyan arányban, a mint a gyomornedv alkalicitása eltűnik s az aciditás mindinkább kifejezett lesz. Szerinte a pepsin regenerációja semmiképp sem tart lépést a savképződéssel, hanem ennél jóval lassabb és maximumát később éri el mint a gyomor savtartalma. Ezzel szemben kénes vizeinknél azt találtuk, hogy teljes pepsinhiány csupán egy pár perczig van a gyomorban, legfeljebb 10 perczig a víz felvétele után, s ezután a pepsin-képződés is megindul; lépést tart ugyan a sósavképződéssel annyiban, hogy a sósavképződés maximumán éri el maximalis értékét, csakhogy ez jóval csekélyebb, mint a mennyi oly nagy mennyiségű sósavnak különben is megfelelne. Ebből látható, hogy a gyomornedv emésztőképessége, a pepsint illetőleg, a kénes víz behatására nem változott. Midőn mi *Jaworskival* szemben azt találjuk, hogy a kénes víz a pepsint nem teszi tönkre és hogy fejlődését nem gátolja addig, a míg egyáltalán van a gyomorban valamelyes mennyisége a kénes sónak, hanem csupán késlelteti, az talán a kísérleti eljárásban levő különbségen is alapulhat. Mi ugyanis az igen érzékeny fibrinnel végeztünk kísérleteket, *Jaworski* pedig tojásfehérje-lemezekkel, melyeknek megemésztésére tudvalevőleg erősebb gyomornedv szükséges mint a fibrinhez.

A *nyálcra* kétségtelenül van befolyásuk a kénes vizeknek s minden különösebb magyarázat nélkül igen természetesen találjuk, hogy a jó hatás leginkább mindjárt a víz felvétele után nyilvánul, akkor t. i., a mikor a gyomornedv még alkalikus kémhatású.

Cholagogus hatását a víznek a gyomorbennékben foglalt és abban ki is mutatható epefestanyagokból egész biztossággal felvenni nem megnők. Még kevésbé fogadható el az epefestenyek eredetére nézve alkotott véleménye *Jaworskinak*; ő ugyanis megfiltrálván a gyomornedvet, ha a filtratumot is színezettnek találja, abból friss epeömlésre következtet, míg szintelen filtratum az epének már hosszabb ideig tartó hozzákeverődésére utalna. Az epének a gyomorba való bejutását még egy és ugyanazon egyénnél s egyenlő körülmények

között sem tapasztaltuk mindenkor, másoknál pedig általában nem is volt észlelhető. Valószínű, hogy az epe jelenléte külső körülményeknek, az expressio alatt beállott nagyobb fokú erőlködő mozgásnak egy következménye. *Jaworski* — mint említők — ezt sok esetben a karlsbadi víz hatásának tulajdonítja, a nélkül azonban, hogy állítását csak némileg is elfogadható adatokkal támogathá.

A mennyire a székletét számából következtetni lehet, a kénes vizek a bél peristaltikáját is fokozzák, igaz ugyan, hogy ezt inkább a hideg víznél tapasztaltuk, s még kérdéses, hogy mennyire van magának a hidegnek befolyása a bélmozgásokra.

Az eredmények, a melyeket egészséges egyéneknél physiologikus viszonyok között elérni lehetett, a következőkben foglalhatók egybe:

1. A kénes vizek előmozdítják a gyomor mozgató erejét és a sósavképződést.

2. A sósavképződés erősebb hideg, mint langyos víz után, de legerősebb forró víz ivása után, $\frac{1}{2}$ órával reá vett reggeli mellett.

3. A sósavképződés kevésbé intenzív, ha a víz a reggelivel együtt vagy utána vétetik.

4. A pepsin-elválasztást némileg hátráltatják, de meg nem szüntetik.

5. Nyákot oldanak a vizek különösen a gyomorba jutás első időszakában.

6. Cholagogus hatásuk kétséges.

7. A bélműködést szabályozzák.

Ezen vizsgálatok eredményeiből a priori következtetést lehet vonni, hogy a gyomor különböző functionalis zavarainál, értvén alatta a gyomornedvelválasztást, a resorptiót és a mozgási képesség elváltozásait, minő módon lesznek a legelőnyösebben adhatók az ásványvizek. Midőn ebbeli kísérleteink részletezését más alkalomra tartottuk fenn magunknak, e helyen csak physiologikus vizsgálataink eredményeiről akarunk beszámolni, hangsúlyozván ismételtén, a mire már a bevezetésben utaltunk, hogy kísérleteink befejezett egészet nem nyújthatnak, minthogy a kérdés igen tág s minden irányban való kidolgozása sok munkaerőt és időt vesz igénybe. E munkálkodásunk egyik czélja az volt, hogy a mellett, hogy egy hazánkban gazdagon képviselt ásványvízfajnak a gyomorra gyakorolt hatását ismertetjük, felhívjuk a fürdőorvosok figyelmét arra, hogy saját hatáskörükben hasonló irányú vizsgálatokat végezzenek. Ezzel nemcsak tudományos tekintetben hoznak hasznot, a mennyiben hozzájárulnak a tudományos balneoterapia fejlesztéséhez, hanem az illető fürdő és forrás ügyének is szolgálatot tesznek, s általok oly eszközt nyernek, melynek segítségével betegeiknél, a kórkép előzetes tanulmányozása után, nagyobb pontossággal fogják alkalmazhatni rendelkezéseiket, mint a hogy azt ezideig tették.

Tekintettel arra, hogy Magyarország kintinő forrásokban oly rendkívül gazdag, már hazafiúi szempontból is kötelességünk, hogy tovább munkálkodással a modern, tudományos balneoterapia megteremtéséhez tőlünk telhetőleg hozzájáruljunk.

Közlemény a berlini kir. Frigyes Vilmos tudományegyetem államorvostani intézetéből.

A cyanhaematinról.

Irta *Szigeti Henrik* dr., v. egyetemi tanársegéd a budapesti törvényeséki orvostani intézetben.

(Folytatás.)

Ezek után azt hiszem kimutattam, hogy a *Preyer*-féle cyanhydroxyhaemoglobin, *Hoppe-Seyler* és *Linosier* cyanhaematinja és *Kobert* cyanmethaemoglobinja, ha eredetük szerint különböznek is egymástól, tulajdonképen mégis azonosak és helyesebben *cyanhaematin* névvel jelölendők, mivel a vegyületeket nem az előállítási mód, hanem vegyi tulajdonságaik szerint kell elnevezni és osztályozni. Ez általános szabály és ezért sorozandó a cyanvérfestékvegyület a haematinvegyületek közé.

Néhány szóval meg akarok még emlékezni a vérfesték egy másik állítólagos cyanvegyületéről, t. i. a *Preyer*-féle cyanhydrogenhaemoglobinnal. Már fentebb jeleztem, hogy ez nem is cyanvegyület, hanem nem egyéb, mint az ismert haemochromogen (*Hoppe-Seyler*) vagy redukált haematin (*Stokes*). „*Die Blutkrystalle*“ című művének 154-dik lapján azt mondja, hogy ezen vegyület színe két elszörpölési csíkot mutat, melyek a szénoxydhaemoglobinhoz hasonlítanak, csak hogy közelebb fekszenek a színek ibolya-végéhez. Ez nem helyes, mert ha a két színek ellenőrző hasábal és fokozattal ellátott spectroscop segítségével összehasonlítjuk, nagyon könnyen meggyőződhetünk arról, hogy az elszörpölési csíkok fekvése lényegesen eltér egymástól és hogy az állítólagos cyanvegyület első, *D*-hez közelebb fekvő csíkja sokkal élesebb és sötétebb, mint a szénoxydhaemoglobiné. Továbbá, ha az úgynevezett cyanhydrogenhaemoglobin színeket megfelelő haemochromogen-oldattal összehasonlítjuk, meggyőződhetünk mindkettő azonosságáról. E szerint nem adhatok *Preyer*-nek igazat, midőn azt mondja: „Ezen színek könnyű megkülönböztetni egy másiktól, melyre keletkezési módja miatt mindjárt gondolni lehetne, tudniillik a redukált haematinétól (= haemochromogen)“, mert az érvek, melyeket felemlít, részben nem helyesek, részben nem bizonyító erejűek. Így helytelen azon állítás, hogy az elszörpölési csíkok fekvése különböző, a mit különben már megemlítettem. Továbbá nem találtam mindenben beigazoltnak azon megfigyelését, hogy „a cyanhydrogenhaemoglobinnal elszörpölési csíkjai egyszerre tűnnek elő ellentétben a redukált haematinéival, melyek nem lépnek fel egyszerre, továbbá hogy majdnem egyforma intenzitásúak és távolról sem oly élesen határoltak, míg ellenben a redukált haematin -csíkja, mely legelőször mutatkozik, szerfelett élesen határolt és sötétfekete és a másik később előtűnő elmosódott és homályos“. Egyenlő töménységű vérolatokkal eszközölt számtalan vizsgálataimnál nem találhattam ezen különbséget. Nem minden esetben lép fel redukált haematinál az egyik csík korábban, másrészt meg előfordul az a cyanvérfesték-vegyületnek haemochromogenné váló átalakulásánál is. Ha az oldat nem túlságosan hígított és ha a redukált szerből elegendő mennyiséget veszünk, akkor egy időben lép fel a két elszörpölési csík. Hogy a két színkép mindenben egyező, már előbb is említettem.

A kénammonium hozzáadására nyert oldatnak levegő vagy oxygenhez való viselkedésében sem mutatkozott lényeges különbség. Ha levegővel összerázzuk vagy oxygent vezetünk be, cyan lévén még az oldatban, cyanhaematin képződik, mi felismerhető az által, hogy előáll széles elszörpölési csíkja. Ha az oldatot cyanmentessé teszünk, oxygentartalmú alkali haematint nyerünk, épúgy mint közönséges redukált haematinból. Ha a redukáló szer fölös mennyiségben van jelen, ismét redukált haematin képződik.

A vegyfolyamat, mely redukáló szereknek cyanhaematinra való behatásánál végbe megy, talán úgy képzelhető, hogy a reductionál hydrogen lesz szabaddá, ez egyesül a cyannal kéksavvá és a cyanmentes haematinból haemochromogen képződik. Utóbbit a jelenlevő kéksav ismét visszaváltoztathatja cyanhaematinná, ha előbb levegővel való összerázás által oxydáltatott.

Mindezekből pedig következik, hogy *Preyer* cyanhydrogenhaemoglobinja azonos a *Hoppe-Seyler*-féle haemochromogennal vagy a *Stokes*-féle redukált haematinnal.

Ennyit a különböző szerzőktől más-más névvel jelelt cyanvérfestékvegyületek azonosságáról.

Mivel a vérfesték azzal a tulajdonsággal bír, hogy a cyannal vegyületté egyesül, mely élénk piros színe és jellegző színképi viselkedése által kitűnik, közel fekvő az a kérdés, nem alkalmazható-e ezen sajátága a törvényszéki vegytanban a cyan kimutatásánál. Ezen kérdés már csak azért is jogosult, mivel mindig megvolt a törvényszéki vegytanban a kéksav és sóinak kimutatására szolgáló kémszerek gyarapítását célzó igyekezet, mert bizony gyakran megtörténik, hogy már csak a vegyelemzés alá kerülő anyag mennyiségének csekély-sége miatt nem sikerül kimutatásuk. *Kobert* ajánlja is a

methaemoglobint kémszerül a cyan kimutatására. A cyan ugyanis élénk pirosra változtatja a methaemoglobinnal sárgás-barna színét, mire előáll a cyanvérfestékvegyületnek fentebb leírt jellegző színképe. *Kobert* felette érzékenynek találta ezen kémlést, mit ellenőrző vizsgálataim be is igazoltak, bár nem állíthatom, mint *Kobert*, hogy érzékenyebb a berlini kék-próbánál vagy a légenysavas ezüsttel való kémlésnél. De ha nem is pótolhatja a berlini kék-próbát, mégis ajánlom alkalmazását, mert minél több egybehangzó kémlést csinál a vegyész, annál nagyobb lelkiismeretének megnyugvása. A *Kobert*-féle kémlés igen jónak bizonyul ellenőrző kémlésnek, mivel mintegy a berlini kék és a guajak-próba által okozott kék színeződés ellentétéül vörös színeződésben alapul épúgy, mint a *Liebig*-féle rhodan-próba.¹

A *Kobert*-féle kémlésre nézve még csak azt a módosítást ajánlanám, hogy a methaemoglobin előállításához ne használjassék vörös vérlúgsó. Czélszerűbb a chlorsavas kalium használata. Vörös vérlúgsó alkalmazása ellen azért vannak aggályaim, mivel ez mint ferri-cyan-kalium cian tartalmaz. Már pedig ha vörös vérlúgsó tartalmú methaemoglobin-oldathoz a megsavanyított hullarészecskékből vagy a gyomortartalomtól nyert és cyanra vizsgálandó párlatot, mely rendszerint savanyú kémhatású, hozzáadjuk, a sav behatására elbomolhatik a ferri-cyan-kalium, mialatt kéksav lesz szabaddá és utóbbi időzheti elő a jellegző kémhatást a nélkül, hogy a párlatban cyan volna jelen, a mi kiszámíthatlan következményekkel járó tévedésre adhatna alkalmat. Chlorsavas kalium használatánál ki van zárva ezen eshetőség.

Ha a methaemoglobin a cyan kémszere gyanánt is használható, nem áll ez megfordítva is. Miután kimutattam, hogy itt csak cyanhaematin és nem methaemoglobin-vegyületről lehet szó, tehát ebből az következik, hogy a cyan ép oly kevésbé lehet a methaemoglobin, mint a haematin kémszere, mivel mindkettőből képződik ép oly gyorsan ugyanazon idő alatt minden vegyi és hőbehatás nélkül cyanhaematin. Bár mennyire kívánatos is lett volna a methaemoglobinnal jellegző kémlés feltalálása, annyival is inkább, mivel ilyenek hiánya főleg a methaemoglobinaemia és methaemoglobinuria vizsgálatánál nagyon is érezhető, még sem járulhatok hozzá az elmondottak alapján *Kobert* nézetéhez, hogy a cyan a methaemoglobin kémszere. Mindazonáltal ajánlhatom ezen kémlést a chlorsavas kaliummal történt mérgezés vegyi kimutatásának támogatására. A chlorsavas kalium mérgező hatása tudvalevőleg, a mint azt legelőször *Marchand*² mutatta ki, a vérelbomlásán és a vérfestéknek methaemoglobinná való átalakulásán alapul; a vér kávé- vagy esokoládébarna és a methaemoglobin színképét mutatja. Hogy *Kobert* kémszerét kipróbáljam, megmérgeztem kutyákat chlorsavas kaliummal, ezeknek véréből 1%-os vizes oldatot készítettem és ehhez kevés kéksavat adtam. Azonnal előállott az említett kémhatás, mely csak megerősítette azt, hogy methaemoglobin van jelen, mi mellett már a vér színe is szólott és mi egyébként a színképelemzéssel is megállapítottam. Különösen akkor ajánlhatom ezen kémlés alkalmazását, ha a boncoló orvos nem rendelkezik spectroscoppal és tartania kell attól, hogy azalatt, míg a vér a vegyészhez kerül színképelemzés végett, viszávaltozhatik a methaemoglobin haemoglobinná.

Ugyanez áll nitrobenzollal történt mérgezés kimutatására is, melynél *Lewin*³ állítása szerint savanyú haematin, ellenben *Marchand*⁴ nézete szerint szintén methaemoglobin képződik.

A cyan-kémlés alkalmazása tehát annak a kimutatására szolgálhat ez esetekben, hogy a vérfesték elváltozást szenvedett és ez többnyire elégséges is. Vajjon methaemoglobin vagy savanyú haematin képződött-e, a mérgezés kimutatására nézve közömbös. Még egyszerű színképelemzés útján sem volna el-

¹ *Otto*. Anleitung zur Ausmittlung der Gifte. VI. kiadás. Braunschweig, 1884. 28. l.

² *Marchand*. Ueber die Intoxication durch chloresäure Salze. Virchow's Archiv LXXVII. 455—488. l.

³ I. h. 447. l.

⁴ *Marchand*. Ueber das Methaemoglobin. Virchow's Archiv. LXXVI. kötet, 496. l.

dönthető a kérdés, a szinképek kénammonium hozzáadására való elváltozása adhatna csak felvilágosítást erre nézve.

Kívánatos volna ezen próbának alkalmazása cholera-ban elhaltak vérének vizsgálatánál is, mert újabb állítják, hogy cholera-ban megbetegedettek vérében methaemoglobin képződik. Ha — mint mondtam — a kéksav a methaemoglobinnak nem is specifikus kémszere, mégis érdekes volna ilyen véren való kipróbálása is.

Visszatérve a methaemoglobinnak a cyan kimutatására való alkalmazására, még meg kell jegyezniem — a mit egyébként *Kobert* is kiemel —, hogy még egyéb anyagok egész sorozata, nevezetesen az alkaliák és alkalikus földcsók, a kalium, natrium és ammonium szénsavas és légenysavas sóinak igen híg oldatai szintén idézhetik elő a methaemoglobin vörös színeződését, mivel az úgynevezett alkalikus methaemoglobin képződik, mely szintén élénkpiros, de a spectrokop segítségével könnyen megkülönböztethető a methaemoglobinnak kéksav által okozott megvörösítésétől. Az alkalikus methaemoglobin színeképe nézve ugyanis jellegző, hogy két elszörpölési csíkja van, melyek nagyon hasonlítanak az oxyhaemoglobinéhoz, a D-hez közelebb fekvő azonban szélesebb és saját észleléseim szerint kettős contourokkal bír. Az alkalikus methaemoglobin színeképében hiányzik az elszörpölési csík a vörös mezőben. A feleserélések elkerülése végett kívánatos tehát a spectrokopikus vizsgálat megejtése, bár meg kell engednem, hogy az ilyen tévedéstől nem igen kell tartani, mivel a vizsgálandó párlat saványú kémhatású és nem tartalmaz sókat.

Továbbá még egy körülmény veendő figyelembe, t. i. az, hogy a methaemoglobin-oldat redukált haemoglobinná való átalakulásánál szintén megvörösödik. Igaz ugyan, hogy a redukált haemoglobin színe nem élénkpiros, hanem inkább ibolyavörös, de híg oldatokban nem ismerhető fel oly könnyen ezen színárnyalat. Mivel a cyanra vizsgálandó párlat redukáló hatású anyagokat tartalmazhat, nincsen kizárva annak alkalikus oldatát is. Haematin helyett haemin is használható. Ezen kémlelést, melyet rövidség okáért — a *Kobert*-féle próbától való megkülönböztetés végett — *cyanhaematin-próbának* neveztem el, következő módon csinálom:

Miután a vérfesték alkalmazása a cyan kimutatásánál cyanhaematin képződésén alapul, e célra ajánlhatom a methaemoglobinon kívül a haematint vagy annak alkalikus oldatát is. Haematin helyett haemin is használható. Ezen kémlelést, melyet rövidség okáért — a *Kobert*-féle próbától való megkülönböztetés végett — *cyanhaematin-próbának* neveztem el, következő módon csinálom:

I. *Haematin vagy haemin alkalmazása in substantia.* Haeminkristályokból nyert tiszta haematint vagy haeminkristályokat vékony rétegben teríték ki fehér alapon, fehér porcellánesésében vagy fehér papíron. Legezészerűbb, ha a szűrőn maradt haematint vagy haemint, úgy a mint finoman elosztott állapotban a szűrőpapírhoz ragad, használjuk olyformán, hogy a szűrőpapírost a reáragadt fekete üledékkel megszáritjuk és keskeny szeletekre metéljük. Ilyen papírosszeletet kiterítünk tárgylemezen és azon a helyen, hol a haematin vagy haemin mint fénylő fekete por tapad, megnedvesítjük igen híg (1%) kaliumhydroxyd-oldattal. Utóbbi feloldván a haematint és haemint, zöld folt támad a papíron. Most újból megszáritjuk a papírosszeletet és azután reáceppegetünk a zöld foltra a cyanra vizsgálandó párlatból. Ha kéksavat tartalmaz, akkor megvörösödik. Ezen színváltozást esékély nagyítással mikroskop alatt is észlelhetjük. Ha pedig az újonnan támadt vörös foltot áteső fényben megvizsgáljuk spectroskoppal, látjuk a cyanhaematin széles elszörpölési csíkját. Legkönnyebben kezelhető ilyen vizsgálatoknál a *Browning*-féle kézi spectrokop. A megvizsgálandó papírosszeletet két tárgylemez közé fogjuk és reáfordítjuk áteső fényben a spectrokopot a megvizsgálandó helyre. Mikrospectroskoppal is végezhető a színeképelemzés ez esetben oly módon, hogy a tárgyat

mikroskop alá tesszük és akként járunk el, a mint azt *Felletár*¹ eszközökhöz vagy szövetekhez tapadt vérfoltok vizsgálatánál ajánlotta volt. Miután a vizsgálandó párlat saványú kémhatású lehet, ezélszerű kalilúggal való közömbösítése, míg nem gyengén alkalikus kémhatásúvá lett. Kéksav jelenlétének ugyanis cyankalium képződik, mely a haematint vagy haemint feloldja és vele cyanhaematinná egyesül. Ha a párlat KOH-dal közömbösített, nem is szükséges a papírosszeleteknek KOH-dal való előzetes megnedvesítése, mivel a vörös folt már fekete alapon is képződik.

Az eljárást egyébként egyszerűsítethetjük az által, hogy tiszta szűrőpapírosszeleteket tömény alkalihaematin-oldatba mártunk és azután megszáritunk. Így nyerünk zöld színű reagenspapírost.

Ezen próbának előnyei:

1. Már igen kis mennyiségű kéksav is kimutatható általa.
2. Kiegészítésül szolgál a többi színes kémleléshez, a mennyiben a vörös szín fekete, illetve zöld alapon igen szépen és világosan tűnik elő.
3. Mindazon anyagok, melyek a *Kobert*-féle methaemoglobin-próbát zavarhatják, ki vannak itt zárva.

Csak a redukáló anyagok, nevezetesen a kénammonium képeznek kivételt, mert ezek is okozhatják a haematin vagy haemin megvörösítését, nevezetesen ha előzetesen kaliumhydroxyddal alkalihaematinná alakítottatott át. Ezen vörös színeződés azonban könnyen különböztethető meg a cyanhaematinétől spectrokop segítségével, mivel redukált haematin okozza és ennek megfelelően két sávos színeképpel is bír.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XII. rendes ülés, 1894. április 14-dikén.)

Elnök: Ángyán Béla; jegyző: Terray Pál.

Bemutatók:

Kettős bélsarcoma operált esete.

Kétli Károly tanár. A ma bemutatandó betegekkel újból igazolni óhajtja, hogy mennyire indokolt a belgyógyászatnak a sebészettel karöltve való haladása egymásnak támogatására, egyrészt a kórismézés céljából, másrészt a gyógyítás szempontjából.

Jelen eset egy 27 éves jelen bajáig teljesen egészséges, elég jól fejlett nőt illet.

Betegsége 1891-ben, vagyis 3 évvel ezelőtt székszorulással kezdődött. Másfél esztendő előtt az orvosok már hasúri daganatot constatáltak nála. Bemutató előtt a beteg néhány hónappal azelőtt jelent meg először egy a has középvonalában, valamivel a köldök alatt fekvő, jól mozgatható, orsóalakú, tömött állományú, síma felületű daganattal. A daganat betegnek járásnál csak csekély fájdalmakat okozott, azonkívül székrekedésekről is panaszkodott, melyek azonban enyhébb hashajtókra engedtek. A daganat a béllal látszott összefüggni. Lefüzdött májnak, vándorvesének vagy lépnek nem lehetett a daganatot tekinteni. Esetleg betokolt hashártya-izzadmány lehetett volna.

A diagnosis kétséges volta miatt pontosabb megfigyelhetés végett 1894. január 25-dikén a kórodára vétetett fel. Hashártya-izzadmány ellen szolt, hogy az hosszas nyugalom, lobellenes kezelés, oszlato eljárások dacára nem kisebbedett, sőt rohamosan kezdett növekedni, továbbá ellene bizonyított a daganat nagyfokú mozgathatósága.

A klinikai észlelés alatt mind valószínűbbé vált, hogy bél-tumor van jelen. Még pedig több körülmény folytán a bélben ritkábban előforduló sarcoma gyanuja merült fel. Carcinomára következő okokból nem lehetett gondolni: 1. Carcinoma ily fiatal korban alig fordul elő, míg a bél-sarcoma *Madelung* szerint épen a 20—30. életévek között leggyakoribb. 2. A carcinoma, ha a bél-

¹ *Felletár*. Adatok a rozsdás vaseszközökön és egyéb tárgyon beszáradt vérnek biztos felismeréséhez. — Gyógyászat 1887. 45. sz.

ből indul ki, annak lumenjét lényegesen megsűkíti, míg jelen esetben az enyhe hashajtóknak engedő obstipatiók nagyobb bélszűkületet nem engedtek felvenni. 3. A daganat orsóalakja és síma, egyenletes felülete, valamint a daganatnak az utóbbi időben való rohamos növekedése is a carcinoma ellen bizonyítanak.

Primaer bélsarcoma eddig csak 14 esetben (13 férfi, egy nő) van az irodalomban feljegyezve.

Ezen esetben a tünetek olyanok voltak, a mint azokat *Madelung* leírja. *Madelung* szerint ugyanis bélsarcománál a táplálkozási zavarok rohamosan állanak be, ámbár a daganat különösebb functionalis zavarokat nem okoz és a fájdalmak is rendszeresen csak csekélyek.

A bemutatott betegnél sem voltak functionalis zavarok, a könnyen leküzdhető obstipatiótól eltekintve. A daganat azonban az észlelés alatt gyorsan növekedett; azonkívül az általános táplálkozási zavarok itt is oly rohamosan növekedtek, hogy már-már a beteg életéért kellett aggódnia. Belső szerekkel a beteg állapotán javítani egyáltalán nem lehetett, ezért kötelességének tartotta bemutatni már humánus szempontból is a betegnek ezen reménytelen állapotán, ha lehetséges, műtét által segíteni. A műtétet indicálva látta volna még akkor is, ha a kórisme bélsarcomára abszolút biztossággal lett volna tehető: 1. mert a beteg a műtét előtt közel állván az exitushoz, a műtét által nem kockáztattunk meg semmit; 2. mert a betegség hosszabb lefolyása a mellett bizonyított, hogy a kiújulás nem fog a legközelebbi jövőben bekövetkezni. Ezért azt hiszi bemutatni, hogy a humanitás is parancsolta a műtét beavatkozást.

Dollinger tnr., kit a műtétre felkért bemutatni, az operációt 1894. február 15-dikén hajtotta végre.

A műtétel alkalmával kiderült, hogy a daganat a jejunum legfelső részéből indult ki, annak falaiból körkörösén nőtt ki olyformán, hogy a daganat képezte a bél continuitásának egy részét; a daganat alsó részlete az ép vékonybélbe ment át. A daganat tényleg orsóalakú volt; hossza 18 cm.; átmérője 10 cm., legnagyobb convexitása 35 cm. Makroszkopice is határozottan sarcomának imponált. A daganat a bél submucosájából indult ki és fő részében úgy a mucosát, valamint az izomzatot tönkre tette; legépebb a serosa maradt, mely csak itt-ott volt kisebb sarcomagöböktől áttörve. A daganat a bél átjárhatóságát, a mint az supponálva lett, nem sérelmezte. Az obstipatiók, melyek a hashajtókra oly könnyen engedtek, tehát egyszerűen úgy magyarázandók, hogy a daganat mucosát és muscularist nem tartalmazván, egy a bélhuzam folytonosságába iktatott, mintegy holt részlet képviselt, melyben természetesen a peristaltikus mozgások megszűntek. A műtét az említett daganat alatt 20 cm.-rel egy másik kisebb daganatot (6 cm. hosszú és 5 cm. haránt átmérőjű) is talált teljesen hasonló tulajdonságokkal, valamint néhány meg-nagyobbodott bélfordor-mirigyét is. A daganattá alakult bélrészletek resectio által lettek eltávolítva.

Madelung eseteiben azt tapasztalta, hogy a daganat feletti bélrészletek a bélsárnak a tumorban való pangása miatt rendszeresen diverticulumszerűen ki voltak tágulva és gyakran túltengve. A jelen esetben a daganat feletti bélrészletek ürtere rendes volt. Góreső alatt a daganat a makroszkopikus képnek megfelelőleg tényleg sarcomának, még pedig kis gömbölyű sejttű sarcomának bizonyult. *Billroth* tapasztalatai szerint a vékonybélben a sarcomák ezen alakja fordul elő leggyakrabban, míg a végbélben az alveolaris és melano-sarcomák szoktak fejlődni.

A műtét óta 2 hónap múlt el. Beteg azóta összeszedte magát, jó színben van, életkedve megjött. Azonban kötelességének tartja bemutatni már az igazság kedvéért is elmondani, hogy a beteg néhány nap óta a metszési hegtől balfelé hasában fájdalmakat érez és ugyanott egy kisebb daganat érezhető. Eleinte arra lehetett gondolni, hogy a daganatot talán zsugorodott hegcsövet képezi, azonban két nap óta a daganat növekszik, a fájdalmak erősebbek, úgy hogy a kiújulás valószínűleg már meg is történt.

Jelen eset érdekléssel bír azért is, mert egy tapasztalattal tett gazdagabbá, mik a teendőnk a jövőben hasonló esettel szemben.

Jelen esetben a bántalom előrehaladott stadiumában lett a tumor kiirtva s mint látjuk, a beteg élete meg lett hosszabbítva, az egyén életkedvét visszanyerte. Ezért nem osztja bemutatni

Madelung nézetét, ki előrehaladottabb esetben határozottan a műtét ellen nyilatkozik.

Ismételten hangsúlyozza, hogy hasonló esetekben feltétlenül végezni kell a próba-laparotomiát, hogy ez által a bélsarcomát gyorsan felismerve és kiirtva, a betegeket bajuktól hosszabb időre, esetleg végkép — a mi szintén nincs kizárva — megszabadíthassuk.

A műtét és lefolyás a fentebbi esetben.

Dollinger Gyula dr. A műtét 1894. február 13-dikán történt. A has felnyitása után szabadon előtte feküdt a daganat, a mely a jejunum legfelső részéből indult ki, és sehol a szomszéd részekkel összenöve nem volt. Ezen daganattól 20 cm.-rel lejjebb a bélben egy második, jóval kisebb és fentebb már leírt daganatot lelt. Egynehány bélfordor-mirigy meg volt nagyobbodva. A daganatok már a külső vizsgálat után is húsdagoknak bizonyultak, de miután a daganatok fejlődésének első tünetei már ezelőtt 3 esztendővel mutatkoztak, a daganatok tehát igen lassú növéstűek voltak, úgy hogy arra lehetett számítani, hogy ha kiújulás következik is be, az csak hosszabb idő múlva várható, másrészt pedig a daganatok összenöve nem lévén, azok könnyen eltávolíthatók és a beteg ez által legalább egy időre az általuk okozott kellemetlenségektől megszabadul: *Dollinger* a két daganat kiirtását elhatározta és e vegből a megfelelő bélrészleteket resectálta. A resectio után a beleket vékony selyemmel, szücsvarrattal összevarrta. A felső daganat helyén lévő varrat kivételé azért volt igen nehéz, mivel a jejunum legfelső részét kellett varrni, ott a hol az a duodenum folytatásaként a bélfordor alól előkanyarodik. Mindkét kimetszett bélrésznel először a nyákhártya külön varratott és azután ismét külön a savós hártya. Ezen varratok bevezése után még a meg-nagyobbodott bélfordor-mirigyek távolítottak el és a hassebezárattott. A gyógyulás zavartalan volt, azonban az utóbbi napokban a hasüregben ismét egy daganat tapintható ki, a mely minden valószínűség szerint egy kiújult húsdag.

„Choledochuskó“ operált és gyógyult esete.

Kéti Károly tnr. Ezen 52 esztendőös nőbeteg 1893. december 28-dikán lett a II. belkórodára felvéve.

Baja felvétele előtt 2 hóval kezdődött, akkor ugyanis ismeretlen okból rendkívül heves kólikaszerű fájdalmak lepték meg. A fájdalmak néhány órán keresztül tartottak. A rohamot követő napokon körülbelül 8 napig beteg rendkívül sárga volt.

Mivel a kólikaszerű rohamok 2—3 hetenként ismétlődtek, beteg bajától szabadulni óhajtván, a kórodát kereste fel. Alkalma volt bemutatónak a klinikán fekvő betegnél több rohamot észlelni. A rohamok alatt a beteget a hideg borzogatta és forróságai is voltak. A fájdalmak oly hevesen jelentkeztek, hogy a beteg úgy érezte, mintha meg kellene semmisülnie. A sárgaság a rohamok után mindig fokozott mértékben lépett fel. A rohamokat követő napokon a máj alatt a meg-nagyobbodott epehólyag volt tapintható.

A rohamok okát a coledochus vagy a ductus hepaticusba kellett lokalizálni; a ductusokba beékelődő epekövek vagy az epejáratok körüli hegedések válhatnak ki ily rohamokat.

A rohamok az észlelés alatt mind sürűbbekké váltak és beteg a belső kezelések eredménytelensége mellett folyton soványodott és közérzete a legnagyobb mértékben deprimálva volt.

Bemutató ezért indicálnak látta beteget bajától műtét által megszabadítani, a műtétet *Dollinger* tanár 1894. január 30-dikán végezte. A műtét alatt kitűnt, hogy a rohamok oka a choledochusba ékelődött kő volt. A műtét óta beteg teljesen egészséges.

A műtét és lefolyás a fentebbi esetben.

Dollinger Gyula dr. A műtét f. é. január 30-dikán történt. A has megnyitása a jobboldali egyenes hasizom külső szélé mellett történt. Az epehólyag helyén a májban egy tömött heg. Ezen heghez oda volt növe a cseplez, másrészt pedig a duodenum külső falzata hegesen el van változva és oly erősen van az epehólyaghoz növe, hogy előre látható volt, hogy a szétválasztásnál a duodenum be fog szakadni, a mi megtörténvén, a duodenum heges része kimetszetett és kettős szücsvarrattal egyesített. Ezután a heges kötőszövetből ki lett fejtve az epehólyag, a mely üresnek találtatott és a coledochus, a mely ujjnyi vastagságra ki volt tágitva és a melyben egy mogyorónagyságú, két végén facetákkal

biró kő találtatott. A coledochus erre meg lett nyitva és a kő belőle kivéve, és miután a facettákból arra kellett következtetni, hogy legalább még egy kőnek jelen kellett lennie, a coledochust Dollinger mindkét irányban újjal megkutatásolta és a porta hepatitisnak nagy epe útjait szintén megvizsgálta. Mintán második követ nem talált, a coledochus sebét finom selyemmel, szűcsvarrattal bevarrta. A lefolyást némileg zavarta az, hogy a beteg a chloroformnarcosis alatt többször hányt és a hányadék egy részét a légző utakba beszította, a mi a műtétet követő napokon tüdőhurutot okozott. Most a beteg teljesen egészséges.

A bal térdizületben végzett arthrodesis gyógyult esete.

Ostermayer Miklós dr. Ez esetben legnagyobb fokú kétoldali genu valgum miatt a patellák egyidejű teljes külső ficzamával többszörös osteotomiákat, t. i. Mac Ewen-féle linearis supracondylaris és Mayer-Schede-féle ék alakú kimetszést a fibula linearis átmetszésével végzett. Bevezetéképen nagyfokú contractura miatt *mindkét oldalt a biceps-in lett subcutan átmetszve*. Ezen műtétek 1892. december havában végeztettek és aseptikus sebfolymat után teljes eredményhez vezettek, a mennyiben a correctio teljesen sikerült. Csak az izületszalagok lazasága, tágultsága maradt meg mindkét oldalt, mely azonban csupán baloldalt, hol a difformitás is nagyobb volt, oly nagymérvű volt, hogy a beteg térde járásközben, midőn bal lábára nehezedett, a valgítás értelmében becsuklott, betörött. A bal térdére alkalmazott aczélsínekkel ellátott bőrhüvelylyel azonban a végtag majdnem oly működés-képes volt mint a jobb, mely rendszeren működött, miért is a beteg gyógyult állapotban 1893. április havában elbocsátatott.

1894. évi január havában a beteg ismét jelentkezett az osztályon azon panasszal, hogy gépezetét alig néhány hét múlva elbocsátása után félredobta, mert alkalmatlan volt neki és gépezet nélkül ugyan járni tudott, azonban a bal láb becsuklása, gyöngege miatt munkára nem vállalkozhatott, miért is bemutatót arra kérte, hogy segítsen állapotán. A bal térdizület oldalsó szalagjai igen lazák és tágultak voltak, oly annyira, hogy ad- és abductio, utóbbi aránytalanul nagyobb mérvben végezhető. Bemutató *arthrodesis genu sinistrit végzett. Volkman-féle* harántmetszéssel a patella átfürészlésével megnyitotta az izületet, melyen *Helferich-féle* ívalakú resectiót végzett, akként, hogy a lig. alaria cruciata és a meniscusok kiirtása után a csontvégek porczos felületeit az előbbieket conturjainak megfelelőleg finom lombfűrészformájú vékony fűrészlemezsel lemetszette, a femur-condylusok domborulatát a tibián ejtett vájulatba illesztette és mindkét oldalt két-két csontvarratot alkalmazott legvastagabb dupla catguttal. Patella varratot duplán, armirozott alul keresztvezető catgut-fonállal végzett, azután drainaget és sebvarratot alkalmazott. A vértelenítő pólya levétele csak akkor történt elevatióban, miután a végtag jodoform-gaze-kötéssel ellátva, Watson-féle resectió sínre gypspólyákkal rögzítve volt. 48 óráig tartó elevatiót alkalmazott. A sebfolymat aseptikus volt. A műtét után 22. napon ablakozás, drain- és fonál-eltávolítás történt, a seb per primam egyesült. Egy héttel később, tehát a 4-dik hét végén a sín eltávolítottatott, a csontvégek összeforrtak, ankylosis állott be. Február végén tette a beteg az első járási kísérleteket mankóval és bottal. Jelenleg a 30 éves napszamos férfibeteg merev lábával megtanult járni és legközelebbi napokban gyógyultan hagyja el az osztályt.

A műtétet a beteg munkaképtelensége és vagyontalansága indicálta, mely lehetetlenné tette volna élethossziglan beszerzendő drága gépek hordását. Ez az *első arthrodesis, mely nagyfokú rhachitikus genu valgum után fenmaradt gyógyíthatlan izületlöttyögés miatt végeztetett. A Helferich-féle* ívalakú térdresectio kitűnő módot nyújt arra nézve, hogy számba nem vehető rövidülés mellett vérző, callusképzésre alkalmas csontfelületek teremtése által ankylosist előidézhesünk, tehát teljesen biztos eredményt, melyet az eddigi eljárások egyike sem képes abszolút biztossággal nyújtani, miért is a térdben való arthrodesisnél legmelegebben ajánlható.

Dollinger ezen igen érdekes és művi úton szépen megoldott esethez egynehány észrevételt óhajt tenni. Mindenekelőtt azon kérdést intézi az előadóhoz, vajjon a beteg a művi gyógykezelés előtt részesült-e valamiféle orthopaedikus gyógykezelésben. *Dollinger* ugyanis azt tapasztalta, hogy ha oly esetben, a midőn a csontok már sclerotikusak, a gaesos térd nem művi úton, hanem a nélkül orthopaedice gyógykezeletik, hogy akkor nem a csont hajlik egyenesre, hanem a térd külső

szálagja lazul meg annyira, hogy a beteg lityegő térdet kap és azért oly esetekben egyedül a műtét beavatkozást tartja megengedhetőnek. A második észrevétele az, hogy véleménye szerint ezen egyénnél, a kinek csontnövése már be van fejezve, az arthrodesis helyett a resectiót azért gondolta volna inkább indicálnak, mert a resectio által a végtag rövidebb lett volna, a mi egyenes helyzetben megmeredt térdnél előny, mert a beteg nem kénytelen minden lépésnél végtagjával a középponttól kifelé egy ívet leírni, és nézete szerint ez az oka annak, a miért ily esetben mások nem arthrodesist, hanem resectiót végeztek.

Ostermayer Miklós. A beteg határozottan tagadja, hogy valaha orthopaedikus kezelésben részesült volna; ez valószínű is, mert a beteg falusi kocsis. Az izületi szalagok lazaságának eredetét előadó arra tartja visszavezethetőnek, hogy miután a deformitás a beteg életének 15-dik éve óta igen jelentékeny mértékben növekedett, az izületi szalagok hosszú ideig nagy feszülésnek voltak kitéve. *Wildorf* két esetében hasonló magyarázatot ad. Hogy a patella sublaxatiója idézte volna elő a lazaságot, azt előadó sem állította. *Dollinger* tanár azon véleményét, hogy ez esetben talán inkább lett volna javulva a tipikus térdresectio, mert ez a végtag nagyobb rövidülését idézi elő mint az arthrodesis, valóban megfontolandónak tartja. Hüdött alsó végtagokon még nem végzett arthrodesist.

Epekövek által okozott circumscrip peritoneitis következtében fellépett vastagbél stenosis.

Lovrich József dr. Jelen praeparatum egy nyolcz hónap óta teherben levő nőtől való, ki három hó óta gyomorgörcsök és gyakori hányásoktól kínoztatott, melyek eleinte ritkábban, az utolsó hónapban azonban éjjel-nappal kínozták; ezzel egyidejűleg székszorulása is volt.

F. évi márczius 31-dikén a II. belkóródára vétetett fel igen puffadt hassal, melyen keresztül az időnként fellépő heves féregszerű mozgásban levő belek contourejai tisztán kivehetők voltak.

Április 10-dikén hajnalban szülőfájdalmak által meglepetve, leánygyermeket szült. A rendes lefolyású szülés után az I. szül. kóródára vétetett át, a hol ileus tünetei nagyfokú elesettséggel, cyanosissal, bélsárhányással, alig kitapintható pulussal lépvén fel, még aznap este a beteg az I. seb. kóródára vétetett, a hol laparotomia lett rajta megkísérítve.

Műtét után pár órával a beteg meghalt a boncolásnál — melyet *Pertik* tanár úr végzett — következő elváltozások találtak:

A hashártya rózsaszínűen belövelt, de még mindenütt fénylő. A vékonybelek és a vastagbél felhágó részlete egész a flexura coli hepat.-ig férfikarnál vastagabbra tágultak a bennük levő körülbelül 10—12 liternyi híg bélsár és gázoktól. A flexura coli hepat.-án túl a vastagbelek összeesve voltak. Az epehólyagot borító hashártya szívós, nehezen levonható kötegek által fedetik és rögzítettik a szomszédos és alatta fekvő duodenum felső haránt szárának nyolcz cm. részletéhez és az e felett fekvő vastagbél flex. coli hep.-nak 5—5 cm. hosszú részletéhez, mely utóbbit ezen szívós álhártyáktól képezett köteg gyűrűalakúlag veszi körül. Az epehólyag mérsékelten hegesen zsugorodott, izomzata egész 5 mm.-re megvastagodott, nyákhártyája helyét pedig egy körülbelül 2 mm. vastag, fénylő, szívós, síma, tükröző és kötőszöveti kötegek rajzolatát felismerni engedő hegszövet foglalja el. Az epehólyag nyaki részleténél a nyákhártya halvány, epefestenyektől beivódott, sárgás-zöldes, duzzadt. Az epehólyag ürét babnyai, egész kis mogyorónyi facettirozott lágy, könnyen szétmorzsolható barnás-zöldes, halvány-sárga réteget mutató 56 epekő tölti ki, melyek közül egy kis diónyi nagyságú, dudoros felületű, keményebb összeállású a nyaki részbe van beékelve. Ductus cystikus és choledochus azonban heges szövetnek nyomait sem mutatja, nyákhártyája valamivel megvastagodott, epefestenyétől beivódott, síma, végig átjárható. Maga a hólyag tyúktojásnál nagyobb és nyaka felé erősebben tágult, hengeralakot képez, a melynek magassági átmérője körülbelül 3 cm. és a felület felé kiemelkedve, az előtte fekvő duodenum haránt szárának falát ledomborítja. A duodenum üre ezen epekövek által kitöltött epehólyag és nyak által körülbelül kisujj számára átjárhatóvá szűkített. A flex. coli hep.-nak 5.5 cm. hosszú, a perit. által gyűrűszerűleg körülvevő részében a falzat az ürter felé bedomborodik és ezt az ürteret kisujj számára alig átjárhatóvá teszi. Ezen bedomborodásnak megfelelőleg a bélfal izomzata 7 mm. vastag, nyákhártyája vizenyösen duzzadt, számos redőt vető.

Maga a vastagbél ezen részlete körülbelül 10 cm. hosszúságban periton. megvastagodott álhártyák által 5 1/2 cm.-re rövi-

dített, mi által az ürtért szűkítő kiemelkedés mellett fel- és lefelé egy-egy diónál nagyobb kiöblösödés található a bél falán. A vastagbél ezen szűkült részletig a már említett igen híg, rendkívül büzös bélsár-mennyiséggel van kitöltve. A nyákhártya elsimult, sárgás-barnán beivódott; egyes felületes sötétbarna-vörös vérszes esikoktól tarkázott; míg az összeesett haránt és lehágó vastagbél teljesen üres, nyákhártyája halvány, vérszegény, vizenyösen duzzadt. Ezen anatomikus elváltozásokból látjuk, hogy az epekövekkel kitöltött hengeralakúlag tágult hólyag periton. felületével összekapaszkodott a duod. perit.-ával és annak belfelületébe emelkedve, lumenének szűkületét vonta maga után, mi által teljesen kielégítő magyarázatát látjuk a már 3 hóig fennállott hányásnak, másrészt az epekövek által okozott és végeredményében előtünk fekvő szívós köteggel kibélt ephólyag periton. felülete erősen megvastagodott álhártyák közé temetve, nemcsak a szomszéd gyomorvégi bél haránt szárával, hanem az ephólyag előtt fekvő és szívós álhártyákkal gyűrűszerűleg körülvett flex. coli hep.-val majdnem szétválaszthatlanul összekapaszkodott olyanformán, hogy ezen gyűrűszerű álhártyák a vastagbél ezen részletét körülvéve, egyszersmind rövidítik is, úgy hogy annak belfelületét mintegy csúcsával befelé tekintő szögletbe törék és ez által a vastagbél ürterét kisujj számára alig átjárhatóvá szűkítik. Ezen szűkület által szükségszerűen a megfelelő bélrészlet izomzata is erősen túltengett állapotban látható.

A mi a megvastagodott álhártyákat képező perieystitist és periton. circumscr. chron.-t az ephólyag szomszédságában levő duodenum és flex. coli hep.-án illeti, ezek keletkezésének magyarázatát leljük az ephólyag mucosáján történt elváltozásokban, melyek az ephólyag periton.-án és a szomszédos bélrészleten hasonlóan chron. fibrosus kötegek képzéséhez vezettek. (Cholecystitis chron. fibrosa.)

Tudvalevőleg az ephólyagból a duc. cyst., illetve choled.-ba jutott kövek közül csak 1—2 cm. átmérőjűek (épen ezen ductusok kerületének megfelelőek) kerülhetnek a bélhuzamba, és ha mégis ennél jóval nagyobb átmérőjű köveket találunk a bélsár közé keverve, úgy ezek vagy a norm.-nál nagyobb kövek által fokozatosan tágított lumenü ductusokon keresztül juthatnak a bélhuzamba, vagy pedig a kövek által perforált choled.-nak és duod.-nak folytonossághiányain keresztül, mely folytonossághiányok későbbi egyesüléstük által hegek képződéséhez vezethettek, azonban jelen esetben ilyen hegeknek sem az epefestyől beivódott choled. nyákhártyáján, sem pedig a duod. nyákhártyáján nyoma sem látszott; a nyákhártya ellenkezőleg mindenütt sértetlen lefutású, rajta sehol hámiány nem látható, noha ezen elváltozásnak lehetősége a kövek mekkoraisága által fenforoghatott volna. Mindazonáltal a kövek mellett található fibrosus megvastagodását a nyákhártyának és a circumscript periton.-t épen az epekövek jelenléte által elfogadhatóan magyarázhatni. A mi a bélsárhányás utolsó napon való felléptét illeti, ezt megfejtí a perit.-nak gyűrűszerűleg történő fibrosus chron. lobja, a mely a perit.-nak azelőtt hosszabb részletét rövidebbre húzza össze és ez által a bélfalzat lumen felé tekintő szögletbe hajlítását idézi elő, mi által ezen bélrészlet kisujj számára alig átjárható lumenüvé szűkült; hogy ezen szűkület által vált a bélsár-circulatio lefolyásában akadályozottá, e mellett szolt a beleknek ezen részletig terjedő férfikarnyi tágultsága és a szűkületen túl eső részleteken való összeesettsége. Hogy a felhalmozódott híg bélsár-mennyiség a periton.-nak izgatottságát vonta maga után, az természetes és ennek megfelelően anat. elváltozásként a zsigeri hashártya belöveltségét találjuk, a nélkül, hogy lobos elváltozásokkal — milyen a fibrin exsudatio általi homályossága a hashártyának — vagy tünetekkel találkoznánk.

A diagnostist tehát ezek után a következőkben foglalhatjuk össze:

Epekövek, az ephólyagnak idült rostos behártyalobja. Idült rostos ephólyag körüli lob. Körülírt hashártyalobja az ephólyaggal összekapaszkodott gyomorvégi bél haránt ágának és a vastagbél jobboldali hajlatának. A gyomorvégi bél ürterének szűkületé az epekövek által tágított ephólyag nyomása folytán. A vastagbél ürterének szűkületé, vastagbél körüli gyűrűszerű idült hashártyalob folytán történt szögletbe törés által. A hashártya zsigeri lemezének vérbősége a pangó bélsár folytán. Bélsárhányás.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató szakülés 1894. április 11-dikén.)

Elnök: Schwartzert Ottó; jegyző: Mohr Mihály.

Distichiasis partialis gyógyítása galvanocauterrel.

Feuer Náthán. Míg az egész szemhéjszél vagy ennek nagyobb részét illető distichiasisnál elég jó mütéti módok állanak rendelkezésre, melyek közül néhányat az előadó már bemutatót, addig a distichiasis partialisnál czélszerű eljárási mód nem létezik. Partialis Flarer-mütét eltorzítja a szemhéjszél s a heg által a szomszédos szőrök rossz irányba hozatnak; de még a partialis transplantatio utáni állapot is nagyon elüt az élettani viszonyoktól, mi különösen fiatal egyéneknél nehezen esik latba. Mindkét említett mütét különben csak akkor jöhet tekintetbe, ha az úgynevezett vadszőrök együtt állanak; ha azonban elszórtan állanak a szemhéjszél mentén, akkor rendesen az epilatio végeztetik, melynek azonban azon hátránya van, hogy az új szőrök nemsokára tüskék gyanánt ismét megjelennek és még jobban szúrják a szemet, mint a kinőtt szőrök, már akkor is, mikor a csipővel még meg nem foghatók. Sok helyen tehát a galvanocautert alkalmazzák, melynek hegyét beszúrják a vadszőr helyén, hogy ennek hagymáját kiégessék. Minthogy azonban a leghegyesebb galvanocauter is oly nagy sebet ejt nemcsak a szemhéjszőr-telepen, hanem a porczban is, hogy ott mély hegek, illetőleg behorpadások jönnek létre és a porcz is egyenetlenné válik, ez által oly állapot teremtetik, mely későbbi kiterjedt distichiasisnak okául szolgálhat.

Előadó tehát következőleg jár el:

Ha csak egyes, elég messze egymástól álló vadszőrök vannak jelen, akkor szerfelett finom varrótünc hegyét szúrja be a rossz irányú szőr tüszőjébe; ezen türe rávezeti az electrocauterkaesot, mi által amaz annyira meglemelegszik, hogy a hagymát kiégeti. Az égett seb pedig oly kicsiny, hogy utána a szemhéjszél behorpadása nem észlelhető.

A bemutató fiatal leánynál azonban a vadszőrök sűrű sorban foglalták el a felső szemhéjszél külső harmadát, miért is előadó itt mindenekelőtt a vadszőrök mögött egy intermarginalis metszést végzett mint a Flarer-féle mütétnél, mi által ezen helyen a szemhéjszőr-telep elkülönített a porcztól; most a mellő lemez hátulsó felületén a galvanocauterrel mérsékelt edzést olyképen végzett, hogy csakis a vadszőrök hagymái, nem pedig a fölöttük levő jó irányú szőrök hagymái semmisítenek meg. Utókezelés nem volt szükséges. A seb néhány nap alatt egészen begyógyult és úgyszólván physiologikus viszonyok állottak be. A vadszőrök eltiintek és öt hét alatt újra nem jelentkeztek, a szemhéjszél ezen része ép oly vastag és egyenes mint a többi rész, és rendes szőrsort mutat.

Egy másik bemutató betegnél, kinél az egész alsó szemhéj mentén distichiasis volt, előadó Flarer-féle lemetszés helyett az előbb említett módon az egész szemhéjszőr-telepet kiégette, a nélkül azonban, hogy a bőrt is szétroncsolta volna.

Ennek előnye abból áll, hogy a szemhéjszél nem válik oly élessé mint a Flarer-féle mütét után, és hogy ezen eljárás utókezelést nem igényel.

Goldzieher Vilmos. Csak megerősítheti a bemutató azon tapasztalatát, hogy a galvanocauterrel igen jó gyógyeredményt lehet elérni a distichiasis gyógykezelésében. A most bemutató beteg trachomája miatt soká járt szoltó poliklinikai rendelésre, hol időnként epilálta a rendellenes szőröket, alapos gyógykezelés végett pedig a betegot kórházba utasította.

Id. Siklós Gyula. Szintén elismeri a jó eredményt, melyet a bemutató ez esetben a galvanocauterrel elért. Történelmi szempontból megjegyzi, hogy Kiss dr. szegedi orvos volt az első, a ki a galvanocautert distichiasis ellen alkalmazta és ezt a szaklapokban le is írta.

Feuer Náthán. Kiss dr., bár nem az első, de az első egyike volt, kik a galvanocautert distichiasis ellen használták, de ő oly módon alkalmazta, melyet szoltó nem tart czélszerűnek.

Lupus conjunctivae esete.

Feuer Náthán. E fiatal leánynál, ki orrlupusban szenved, a bal szem ép volta mellett a jobb szem kötőhártyája nagyobb mérvben injiciált, duzzadt és megvastagodott. Az alsó szemhéj porczkötőhártyáján a belső zúg mellett kis csomóalakú emelkedés látható, mely színe által nem különbözik a környéktől; a felső

átmeneti redőről azonban vastag hártya csüng le dupla draperia alakjában, melynek mindegyik fele szemcsés felületű csücsben végződik.

Egy levágott darabnak *Justus dr.* által történt góresövi megvizsgálása a kórismére nézve támpontot nem nyújtott; de az orrlupus jelenlétéből előadó némi valószínűséggel azt következteti, hogy a kötőhártyabántalom is ily jellegű.

Göldzieher Vilmos. A bemutatott beteg kötőhártyáján látható terimenagyobbodást szóló sem tartja trachomának. Hogy lupus-göb vagy tuberculum-e, azt biztosan csak góresövi vizsgálattal és állatkísérletek alapján lehetne eldönteni. Hogy ilyenmű granulosis képződések a conjunctiván elég gyakran fordulnak elő, azt szóló is bizonyította néhány közleményében.

Ily granulomák scrophulosis és syphilis alapján is keletkezhetnek. Egy scrophulotikus fiúnál egy ily csomót kiirtott és ez nyirkmirigy-szövetből állott, az esetet lymphadenitis conjunctivae neve alatt írta le. Az ily természetű conjunctivalis csomók többnyire lymphoma colli-ban szenvedő betegeknek lépnek fel. A scrophulotikus csomó a conjunctiván nagy göbök alakjában vagy izoláltan vagy egész sorban lépnek fel, vagy az átmeneti redőkből lecsüngő draperia alakjában. E csomókat részint ollóval, részint galvanocauterrel irtotta ki; góreső alatt a lymphatikus folliculusok túltengésének bizonyultak. Hogy ilyféle csomók syphilisnél is fejlődnek, arról az orvosegyesületben már beszélt egyszer; hasonló eseteket közöltek *Sattler* és a múlt évi heidelbergi congresuson *Leber*. Szóval granulosis folyamat a conjunctiván nemcsak trachománál fordul elő, melyet nem is épen a göbök jellemeznek, hanem különböző betegségeknek, a melyeknél a conjunctivában levő nyirkmirigy-képletek túltengése állhat be.

Feuer Náthán. A csomót majd a napokban lemetszi és alapját galvanocauterrel szétroncsolja, az azután megejtendő góresövi és bakteriologiai vizsgálat fel fogja deríteni a csomó természetét.

Bubó-esetek Welander-féle parenchymatosus injectiókkal orvosolva.

Farkas László. Osztályán nagyobb számú bubó-esetben, melyekben a bubó már elgenyedésnek indult, a *Welander*-féle eljárást próbálta meg, azaz a bubó szövetébe 1 cm³ 1%-os hydrargyrum benzoicum-oldatot injeciált, és ezt a szükséghez mérten ismételte is; az injectio után a tumor fölé Burow-féle oldatba mártott borogatást tétetett. Az injectio után a fájdalom néhány órára fokozódik, de azután a gyulladás tüneteivel együtt lassanként csökken. Számos esetben a genyedésnek indult tumor fel szívódott, máskor a genyet egyszerű punctióval kibocsátotta. A *Welander*-féle eljárás a gyógyulás tartamát csökkenti, és a behatott mütétet többnyire nélkülözhetővé teszi és azért ezen eljárás érdemes arra, hogy szélesebb elterjedésben alkalmaztassék.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A nőgyógyászat tankönyve orvosok és orvostanhallgatók számára *Fritsch Henrik dr.*-tól. Fordította *Berczeller Imre dr.*, nőorvos Budapesten. 216 fametszetű ábrával. Budapest, 1894. Singer és Wolfner kiadása. Ára 6 frt.

Fritsch Henrik Nőgyógyászatának lefordítása által *Berczeller dr.* szolgálatot tett a magyar orvosi közönségnek. Eredeti nőgyógyászatunk eddigelé még nincs. *Schröder* Gynaekológiájának magyarra fordítása a hetvenes évek közepéről való és alig kapható, és így orvostanhallgatóink, valamint gyakorló orvosaink szívesen fogják fogadni, ha addig is, míg a megjelenendő belgyógyászati munkában a női ivarszervek betegségeiről szóló részt hazai szerzőtől megkaphatják, egy jóra való külföldi munkának elég jól sikerült fordítását bírhatják.

Fritsch munkája mint tankönyv sikerült. Tapasztalt szerző, jeles orvos mond el benne mindent sok szószaporítás nélkül, a mi szükséges, világos írásmóddal. Fordító igyekezett jó magyar fordítást adni, a mi neki, eltekintve némely apróbb jelentőségű hibáktól, eléggé jól sikerült. A munkát a kiadó cég eszösen állította ki, a rajzok az eredeti munkától megszerzett clichék lenyomatai.

—x.

II. Lapszemle. Kórtan. Gyógyszertan.

A levegő hatása az ép hashártyára. *Walther* 30 nyulón és maeskan végzett laparotomia alapján a következő eredményekre jutott: 1. Ha az egészséges hashártya 20 percig levegővel érintkezik és ezután genyesztő mikrobáknak 24 órai tiszta vagy kevert tenyésztéssel fertőztetik, akkor a levegő megváltoztatta hashártya-részlettől kiinduló peritonitis támad. 2. Ha a hasürből 20 percig kiemelt peritoneumnak a levegővel való direct érintkezését a savós hártákra indifferens folyadékkal (6^o/₁₀₀ NaCl vagy 6^o/₁₀₀ NaCl + 2^o5^o/₁₀₀ NaCO₃) megátoljuk, akkor ugyanolyan és ugyanannyi vagy még több genyesztő mikrobával való intraabdominalis fertőzés sem okoz peritonitist. 3. Ha az ép hashártyát a hasürről kívül 20 percig át vízzel telített 38^o-ú légáramnak teszszük ki, ugyanolyan fertőzés után nem keletkezik hashártya-gyulladás. Hasonló volt az eredmény vízzel telített 38^o-ú O, CO₂ és N-áramnál is. Úgy látszik tehát, hogy az élő savós hártya és az O között chemiai folyamat nem jön létre. 4. Ha 20 percig a levegőn volt két hashártya-részlet mozdulatlanul érintkezik, akkor a legnagyobb asepsis ellenére is fibrosus összenövés fejlődik. Mechanikus rögzítés és opium elősegítik ezt az összenövést. 5. A levegőnek az ép savós hártára gyakorolt ezen káros befolyását a kiszáradás folytán létrejött endothel-elhalás okozza. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasit. XII. 372. — Schmidt's Jahrbücher, 1894. Bd. 241. Nr. 2.*) *W—dt.*

A diaphterin (oxychinaseptol) mint antisepticum. *Steinmetz dr.*, ki a müncheni gyermekkorházban kísérletezett e szerrel, jó desodoráló képességénél fogva 1%-os oldatait gangraenosus és diphtheritikus folyamatoknál melegen ajánlja. Egyebekben szerinte alig mulja felül egyéb, eddig ismert és használt kitűnő antisepticumainkat, sőt maróbb hatású ezeknél, úgy hogy 50%-os kenőcs belőle par excellence maró anyagot ad. Mérgező symptomákat alkalmazásánál nem látott. (*Münch. med. Wochenschrift XL. 31. 1893.*) *Rottenbiller dr.*

Belgyógyászat.

Morbus Basedowi ellen *O'Wen* egy betegének juhok *glandula thyreoideáját* adta. A beteg naponta 1/4 mirigyet evett meg nyersen, megszóva s eczettel megsavanyítva. Állapota e kúra alatt annyira javult, hogy az azelőtt nagyon súlyosan beteg férfi ismét munkaképessé lett. *O'Wen* kísérleteit folytatni fogja. (*Brit. med. Journ. 1893. 2. XII.*)

A piperazinnal tett újabb állatkísérleteket *Rosenthal.* Az állatok belső szervein mesterségesen idézett elő húgysavas lerakódásokat, melyeket a piperazin kitűnően oldott. A natr. phosphoricum, borax és lithium is képesek voltak a húgysavat oldani, de hatás tekintetében messze mögötte maradtak a piperazinnak, melyet ezek alapján a legjobb urátoldó szernek nyilvánít *Rosenthal.* (*Union méd. 1893. nov. 16.*) *A—y dr.*

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. *Chronikus urticaria* több esetében látott gyógyulást bekövetkezni *Stern* a jodkalium belső használata után. 2¹/₂%-os oldatból 3 evőkanálnyi ad naponként. Néha a jodkalium használatának megkezdésekor fokozódik a viszketés, de csak mulólag, mert csakhamar javulás következik be. Megjegyzendő, hogy a betegek egyike sem volt syphilitikus. Szerző még felemlíti, hogy *Erasmus Wilson*, a híres angol bőrgyógyász, is közölt egy idült urticaria-esetet, melyet jodkaliummal sikeresen kezelte. (*Bulletin général de thérapeutique, 1894. 10. sz.*)

2. A chininum chlorhydrosulfuricum finom fehér tüket képez, melyek egyenlő mennyiségű vízben oldódnak. *Grimaux* és *Laborde* szerint ugyanazon physiologiai sajátosságai vannak, mint a chininsulfatnak, előnye azonban, hogy könnyű oldhatósága miatt bőr alá fecskendésre alkalmasabb, annál is inkább, mert kevesebb fájdalmat okoz, mint a chininsulfat vagy chininhydrochlorat. A chininum chlorhydrosulfuricum chinintartalma körülbelül akkora, mint a chininsulfaté. (*Wiener mediz. Presse 1894. 9. sz.*)

TÁR C Z A.

Szilágyi Ete tanár

Született 1844-ben; meghalt 1894-ben.

A kolozsvári egyetem orvosi karának, vele együtt a hazai orvosi tudománynak ismét halottja van.

Szilágyi Ete, a fiatal egyetemen a szemészetnek szép reményekre jogosító tanára, nincs többé.

Évek óta húzódozó baja, mely több év előtt kiállott mellhártyagyulladás után maradt vissza, lassan elsoványította, végre élete delében sirba döntötte az egykor erőteljes, sportedzett és életvidor férfiút, kinek veseegészségénél csak akaraterje és jellem-szilárdsága, tudomány- és művelődésszeretete volt nagyobb.

Nem megelőző hosszas szak-carriére után s aránylag fiatalon jutott ugyan tanszékéhez, de azt nagy ambícióval és tetterővel foglalta el, pedans kötelességérzettel töltötte be és szaktudományának tanításában és búvárlatában nem köznapi eredményeket mutatott fel.

Szaktársai között matematikai képzettségével tűnt ki és önálló gondolkodásának tudományos eredményei a szemészet ezen részében termettek maradandó gyümölcsöket. Sokat nem írott, de a mit írott, abban a felfogásnak eredetisége, mondhatni új eszméknek genialitása mutatkozott.

Legkiválóbb munkája kétségen kívül az volt, mely a múlt év utolsó felében jelent meg tőle „Mikrometer-Ophthalmoskop“ cím alatt, mely tíz évi önálló kutatásainak eredményét tartalmazta a retina-erek mérésére vonatkozólag a legkülönbözőbb physiologiai és pathologiai viszonyok között és általános feltűnést keltett úgy szűkebb, mint tágabb szakkörünkben. E munka folytatásának összeállítására képezte foglalkozása tárgyát élete utolsó napjáig és bizonyára abban sok értékes adatot hagy örökségül szaktudományára ezen általa nagy elmeállal inaugurált irányának.

Azon puritán jellemű orvosok közé tartozott, kiket pályafutásukon hivatásuknak tisztán ideális céljai vezetnek és a kikre e hivatás anyagi fructificatioja ingerül nem szolgál. Magánykorlatot alig üzött, mint magán álló egyén megelégedett szűkes tanári jövedelmével és orvosi segélyét úgyszólván csak klinikája útján ingyen nyújtotta a közönségnek. Ha e tekintetben talán túlzásba is esett, minden esetre jellemének férfiaságára és szilárdságára mutat, hogy ezt évek hosszú során át vaskövetkezésséggel — mindenemű külső pressiók daczára — keresztül vitte.

Hosszasan húzódozó betegsége, mely őt már évek óta rideggé, komorrá és visszahúzódozóvá tette, csak az utolsó napokban öltött akut jellegűt, és inanitióban levő szervezetét a bekövetkező halál aránylag gyorsan váltotta meg szenvedéseitől, melyekkel évek hosszú során makaesul daczolt és a melyeket mindvégig panasz nélkül és férfias akaraterővel tűrt.

Az egyetemes műveltségű és széles látkörű tanártársnak, a minta jellemű embernek és jó barátoknak emlékezetete sokáig fenn fog maradni közöttünk!

Lóhús mint tápszer.

A nép táplálkozása, azt véljük, olyan kérdés, mely az egyegek, a társadalom, a hatóságok, végre a kormányok gondoskodó figyelmét nagyon kiérdemlik.

Mentől könnyebben, azaz jobban táplálkozik egy ország lakossága, az annál munkaképesebbé válik és ott a közegészségi állapot is sokkal előnyösebb alakulást nyerend.

A táplálkozás kérdései mindenütt elsőrendű fontossággal bírnak és a közéletnek fent elsorolt tényezői, de különösen a közegészségügy munkásainak beavatkozása folytán ezekre már nagyobb figyelem fordítatik.

A táplálkozási kérdésekbe való beavatkozás, különösen a jobban való táplálkozásnak előmozdítása nehéz úgy a vidéken, valamint a városokban is. A vidéken esakis közvetetlen lehet hatni kereseti források nyitása és a létezők gyümölcsözőbbé tétele által.

Városokban a közvetlen behatás lehetséges, de az élelmezési kérdéseknek minden irányban való előnyös megoldása itt is nehéz, és a nehézségek a város nagyobbdása, iparának fejlődése arányában fokozódnak, befektetéseket kell a városoknak tenni árúcsarnokok építésébe, nagy vágóhidak berendezésébe; ezek kamatai, a nagyobb fogyasztási adó, kövezetvám, a szállítás költségei a távolról hozott cikkeknel mind az élelmi szerekre nehezdedvén, ezeket okvetlenül megdrágítják. A tapasztalás beigazolta, hogy a mi égaljunk alatt mentől inkább szaporodik az egyes egyének végzendő szellemi, valamint physikai munkája, annál inkább előtérbe helyezkednek az állatoktól eredő tápszerek és különösen oly városokban, melyekben az ipar fellendül, lépésről lépésre emelkedik a tej- és a húsnak a fogyasztása.

Hogy a városok, különösen a székes főváros élelmi szerekkel elláttassék, sok történt. A számos közlekedési vonal megnyitásával mód nyujtatott a gazdáknak, hogy a székes főváros piacára juthassanak, ott növényi termények mindig kellő mennyiségben lesznek, sőt az állati termékek közül a tejszíkséglet fedezése a tejgazdaságok folytonos keletkezése által biztosítva van és ennek megdrágulása már csak legfeljebb időszaki lehet.

Másként állunk a hússal és ennek kérdése, úgy látjuk, komolyan foglalkoztatja a földműveléstügyi m. kir. ministert.

A tejgazdaságok tömeges keletkezése, mert ezekben csak jó fejős tehének tartatnak és tenyésztés nem folyik, az elzülött állatok pedig levágnak, *apasztják* az anyag szaporítására szolgáló állományát az országnak. A ragadós tüdőlob miatti irtások vidékenként szintén erősen depecorálnak. Az alacsony gyapjúárak miatt rohamosan fogy az országnak juhállománya, és így közel fekszik, hogy első sorban a fő- és székvárosnak hússal való ellátása legalább is amnyiban fog nehézségekbe ütközni, hogy ezen élelmi cikkk meg fog drágulni.

A húsbeszerzés nehézsége egy a keleten esetleg beköszöntő járvány által még inkább megnehezülvén, ez valóságos calamitássá lehet, mert a nyugatról való beszerzésére a fogyasztásra való árúnak azért, mert ott szintén nincs fölösleg, gondolni sem lehet.

Tekintettel a hússal való táplálkozás fontosságára, ennek előnyére, közegészségi hasznára, ezzel szemben tekintettel a fent elmondottakra, azon kérdés merül fel: vajjon a szegényebb sorsúak, különösen a munkás osztály képes lesz-e a munkaképességének fentartására megkivántató húsmennyiséget bevásárolni és nem lenne-e célszerű pótszerről gondoskodni, melylyel a szarvasmarha húsa helyettesíthető volna?

Egyik szakemberünk, később pedig az állatorvos-egyesület is ezen kérdésre választ adván, a lóhús kiméretését hozta javaslatba. Ezen javaslat alapján határozta el a földműveléstügyi m. kir. minister, hogy a lóhús kiméretését országosan szabályozni kívánja és a m. kir. belügyminister által megkerestetett az orsz. közegészségügyi tanács, közölje a lóhús kiméretésére vonatkozó szakvéleményét, hogy ahoz képest ezen ügyet rendezni lehessen.

Az országos közegészségi tanács f. évi márczius hóban Kélti tanár és Tormay ministeri tanácsos előadása mellett tárgyalta ezen nem csekély fontosságú kérdést és az indokolást, valamint az ebből folyó véleményt és a javasolt kiviteli módzatok rövid kivonatát a következőkben ismertetjük.

Az előadás először is foglalkozik az ország egyes vidékeinek húsfogyasztásával és constatálja, hogy ez helyenként mily mérvű, hogy van egész törvényhatóság, hol a napi fogyasztás 21·9 gramm, sőt annak kisebb vidékek, a hol a napi átlag még ennél is csekélyebb.

Münchenben	fejenként a napi fogyasztás	177	gramm
Párisban	"	186	"
Londonban	"	274	"

tiszta húst értve.

A katona nálunk szintén nem nagy fogyasztó, az ő napi adagja 170 gramm, nem elsőrendű húst értve.

Voit dr. kimutatta, hogy egy város népe akkor táplálkozik helyesen, ha minden lakos naponta kellő növényi tápanyag mellett legalább 250 gramm húst fogyaszt, melynek 25%-a csont lehet.

Budapest lakossága most sem fogyaszt ennyit, itt a fejenkénti fogyasztás 170·6 grammot nem igen halad meg. Nem haladja pedig meg azért, mert a hús például a délnémetországi városokhoz mérten aránylag már most is drága és egy áremelkedés esetén a fejenkénti fogyasztás általában, de különösen a munkások húsfogyasztása lényegesen csökkenni fog.

Hogy a fent jelzett csökkenése a húsfogyasztásnak be ne következzen, az említett deprecitatiók miatt is szükséges, de e mellett célszerű a lovak vágatásának és a lóhús kimérésének engedélyezése.

A lóhús tartalmaz 74·27 vizet, 27·71 nitrogen-tartalmú tápanyagokat, 2·55 zsírt, 1·01 hamut; kreatininja 10%-kal nagyobb mint a szarvasmarha húsié. Ez emelne értékét és izletességét, de zsírjának esekély volta, de minősége is a lóhúst a szarvasmarha hústól megkülönbözteti.

Az előterjesztés második részlete három kérdés megválaszolásával foglalkozik, és pedig: ha a lovak levágása megengedtetik, milyen állapotban kell a levágandó lónak lenni, hogy az fogyasztásra bocsáttassék?

Milyen lovak nem bocsáthatók fogyasztásra és az értékesítés miként történjék? Milyen lenne a lóhús ára tekintettel a fogyasztási adóra és milyen haszon háramolhatnék a lóhús fogyasztásból az egyénre közegészségügyileg, az országra pedig pénzügyileg?

Hogy az első kérdés megválaszolható legyen, az ország kilenc zónára osztott és ezekben meghatározott a lovak általános nagysága, övmérete és súlya. Ezen mérések megmutatták, hogy a súly nem a ló magasságától függ, hanem amaz ennek övméretével kapcsolatos; tüzetesen ki lettek mutatva a minimumok, melyek a levágatás határát képezik.

Egy szép munkálatban elő lettek tüntetve az egyes zónák vágási eredményei, úgyszintén beható kísérletek alapján az egyes testrészek súlya, így megállapítván, hogy a fogyasztható részek az állat élő súlyának 34 és 39%-a között mozog.

Előadók ezután áttérnek ezen kérdés keretében a levágás történetére és statistikájára, kimutatják, hogy a nagyobb városokban a fogyasztás miként emelkedett és ezen városok közt különösen érdekes és tanulságos Bécs, hol az utolsó években (magas szarvasmarha-húsárak miatt) a fogyasztás 8900 darabról 18,000 darabra emelkedett.

Ki lett mutatva, hogy a lóhús ára 20 és 30 krajczár között ingadozhat.

Tekintettel mindezekre tehát az előadók a lóhús kimérésének engedélyezését ajánlják, de kívánják, hogy ez feltételekhez köttessék és pedig:

A lovak levágása csak elkülönített és e célra teljesen a közegészségi kívánalmaknak megfelelően berendezett vágóhidon történjék a legszigorúbb állatorvosi vizsgálatok mellett. Tüzetesen előadják, milyen legyen a vágóhid-vizsgálat és szemle, továbbá milyen épületekkel, berendezéssel birjon az ezen célra szolgáló telep. Másodsor megkövetelendőnek tartják, hogy a lóhús csak külön e célra szolgáló mézársházákban felismerhetővé téve legyen kimérhető, hogy ilyen székben más húsfélét mérni nem szabad, sőt lómészárosnak még más székben sem legyen szabad más húsfélék kimérésével foglalkozni.

Harmadsor közli azon birságokat, melyekkel a visszaélést elkövetők a legnagyobb szigorral sújtandók.

Ezekben vázoltuk azon beható és terjedelmes szakvéleményt, melyet az orsz. közegészségügyi tanács egyhangúlag elfogadott, és reméljük, hogy ez felsőbb helyen is el fog fogadtatni. Reméljük továbbá, hogy azon célra, ha majd azon mi által sem indokolható idegenkedésen a közönség túl lesz, mely azt a lóhús élvezésétől visszatartja, ez fogyasztatni fog, a mi hasznos leendő közgazdasági-
lag azért, mert ez által az értékesítés a mezőgazdasági bevételeket körülbelül másfél millió forinttal szaporítja évente; hasznos lesz közegészségügyileg, mert jobban fog táplálkozhatni azon osztály, melyből hiányos táplálkozása folytán a betegségek a legtöbb áldozatot szedik.

— x.

Vegyesek.

Budapest, 1894. április 20-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. április 1-étől április 7-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 375 gyermek, elhalt 281 személy, a születések tehát 94 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: eroup —, ronesoló toroklob 9, kanyaró 5, vörheny 2, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz —, egyéb ragályos betegségek 2, agykéreglob 18, agyvérömleny 9, rángások 9, szervi szívbaj 18, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 70, tüdőgümő és sorvadás 61, bélhurut és béllob 9, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák 2, Brigh-kór és veselob 9, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 11, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 11, erőszakos haláleset 15. — A fővárosi közkórházakban ápolgatott e hét elején 2085 beteg, szaporodás 753, csökkenés 674, maradt e hét végén ápolás alatt 2164. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1894. április 9-től április 15-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9, himlőben egy halálozás kórházban, bárányhimlőben 14, vörhenyben 14 (meghalt 1), kanyaróban 101 (meghalt 4), ronesoló toroklobban 39 (meghalt 13), torokgyíkban 5 (meghalt 3), trachomában 23, hők-hurutban 10, orbáncban 10 (meghalt 1).

— A budapesti Császárfürdőben 1894. január 1-től márczius 31-dikéig 150 személy lakott, és 56,891 személy fürdött.

— A közkórházi orvostársulat f. é. április hó 25-dikén — szerdán — d. u. 6 órakor a II-dik sebész kóroda (Rókus-kórház) tantermében bemutató szakülést tart. Targysorozat: 1. Takács Endre dr.: Az epilepsia gyógykezeléséhez, egy eset bemutatásával. 2. Herczel Manó dr.: A) Pancreascysta operált esete. B) Felső állkapocs resectio a) phosphor-necrosis és b) sarcoma miatt. 3. Székács Béla dr.: Cirrhosis hypertrophica esete. 4. Róna Sámuel dr.: a) Súlyos hereszövődmények húgyvesekánkó nyomán. Betegbemutatás. b) Kankós prostata-tályog genyének bacteriologiai vizsgálata. Beteg és készítmény bemutatása. 5. Angyán Béla dr.: a) Abscessus hepatis és b) Nephroplithisis esetek. Gerlóczy dr., titkár.

— Szilágyi Ete dr. a f. hó 16-dikán elhunyt egyetemi szemézet-tanár temetése f. hó 18-dikán ment végbe Kolozsvárt az összes városi intelligentia nagy részvétele mellett. Koporsójára a két egyetem orvosi kara, több intézet, rokon és jó barát küldtek koszorút. Sirjánál a tanár-testület nevében Löte József tanár e. i. orvoskari dékán és az ifjuság nevében Fülöp István orvostanhallgató mondtak bucsúszt az elköltözöttökhöz. Szilágyi Ete tanár halálában Szilágyi Dezső igazságügyi minister gyászolja szeretett öccsét elhunytát.

— A nemzetközi demographiai és egészségügyi congressus fogadó- és ünnepélyrendező-bizottsága Gerlóczy Károly alpolgármester elnöklété alatt ülést tartott, a melyen Müller Kálmán főtitkár jelentése alapján megállapították a congressus programját. A congressusra eddig 600 előadás van bejelentve. Ismerkedő-estély a muzeum épületében lesz. A főváros azonkívül fogadó-estélyt rendez a vendégek tiszteletére a városligeti iparsarnokban. Károlyi István gróf saját palotájában, Eszterházy Miklós gróf pedig Tatán rendez fényes estélyt a vendégek számára. Tervbe van véve egy nagy művész-estély, a melynek programját Ujházy fogja összeállítani. Kirándulások lesznek Zágrábba, Piuméba, Konstantinápolyba, Abbaziába, továbbá Balatonfüredre, Tátrafüredre, Siófokra és Mehádiára, úgyszintén ez utóbbi helyről a Vaskapuhoz. Végül elhatározták, hogy egy napilapot adnak ki, mely magyar, angol, francezia és német nyelven fog megjelenni és ingyen osztogatják ki a tagok közt.

A budapesti orvosi kör orsz. segélyegyletének pénztárába f. évi január hó 1-től márczius 31-dikéig következő összegek folytak be: Egyenként 2 frtot fizettek: Abelles Bertalan, Adler Zsigmond, Angyán Béla, Alapi Henrik, Bakó Sándor Budapest, Balta Gyula Battonya, Banet Ign. Vadkert, Bányai Lipót Komárom, Barabás Albert N.-Borosnyó, Bartha Gábor Budapest, Báthori Béla Uzon, Báthori István Budapest, Becher Aron N.-Szalonta, Berger József Körmen, Benczur Dénes Bergsmann Jakab Budapest, Bernolák József Kassa, Biezó Benjamin Kis-Pest, Blayer Miksa Budapest, Boér Jenő Tövis, Bogdán Tivadar Losoncz, Bothár Samu Besztercehánya, Boytha József, Bradách Antal, Bruck L. Budapest, Clementis Géza Bia, Chyzer B., Chyzer K., Csákberky D., Csapodi I. Budapest, Csatkai Ign. Bánfalú, Csillag Ign. Borosjenő, Czukor L. N.-Károly, Daday V. Sz.-Szt.-György, Dégen A., Deutsch A., Diescher F. Budapest, Dömötör J. Erési, Dózsa P. Budapest, Drágies J. Szegzárd, Dumitrianu A. Budapest, Éder J. Sz.-Fehérvár, Ehrenreich L., Ehrenreich K. Szirák, Eisler M., Elischer Gy., Epstein L., Ernyei M., Eröss Gy. Budapest, Erös J. Szerenes, Ertl G., Fanzler L., Farkas S. Budapest, Faller G. Hegybánya, Fejér D. Gy.-Szt.-Miklós, Filhorn J. Német-Próna, Fischer F. Brassó, Fischer István Mező-Rücs, Flesch N., Földessy J., Freund B., Fried S. Budapest, Friedländer S. N.-Kosztolán, Friedler A. Bazin, Friedmann K. Győr, Friedmann S. Budapest, Friedrichowszky L. Szempez, Garami D. Monor, Glück S. Budapest. — Liebmann Mór dr. egyet. m.-tanár, pénztáros. (Andrássy-út 13. sz.)

(Folytatása következik.)

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság. Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg zuhanyokkal és párolással, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és Illői-úti kórházban 1894. április 12-től egész április 18-ig ápolt betegekről.

1894.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápoltak közül			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban			
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		összesen	férfi		nő	összesen	beteg	szülőnő
Ápr. 12	40	39	79	41	31	72	3	5	8	1162	848	2010	1025	27	33	925
" 13	38	40	78	30	25	55	1	3	4	1169	860	2029	1035	28	31	935
" 14	43	39	82	69	47	116	6	4	10	1137	848	1985	1047	28	33	897
" 15	28	41	69	39	35	74	6	2	8	1120	852	1972	1013	29	34	896
" 16	66	49	115	74	40	114	4	4	8	1108	857	1965	1013	27	34	891
" 17	55	58	113	45	38	83	1	2	3	1117	875	1992	1014	27	34	917
" 18	48	57	105	44	46	90	2	1	3	1119	885	2004	1017	28	34	925

HIRDETÉSEK.

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE	BUDAPEST VII., KEREPESI-ÚT 52.
---	-----------------------------------

CSÁSZÁRFÜRDŐ
BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévívízű gyógyfürdő páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kívánatra ingyen és bérmentve.



MATTONI FÉLÉ
GISSHÜBLER
legtisztább égvényes
SAVANYÚVÍZ

Gyógy- és vízgyógyintézet
Giesshübl - Puchstein
Karlsbad mellett.
MATTONI-féle
giesshübli savanyúvíz
eredési helye.

→ Legjobb étrendi és üdítő ital ←

MATTONI HENRIK
Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

DR. GRÜNWARD SANATORIUMA

Budapest, VII. kerület, Városligeti fásor 15. szám.
(A király-utcai villamos vasút mentén.)

Ujjonnan épült, minden komforttal és gyógyszerközzel ellátott magángyógyintézet. Felvétetnek bármely gyógyszerkémia vágó beteg nők. — Gyógykezelés kívánság szerint bármely specialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Állandó orvosi felügyelet. Kiváló ellátás. Telefon. Kivánatra prospectus.

Med. univ. Dr. BÁCISKAY BÉLA
nyilvános tehénhímlőtermelő intézete
ARADON 16

egész éven át szállít friss és biztos fogamzására nézve mindenkor előzetesen kipróbált oltóanyagot a következő árakon:

Egy phiota 50 egyévre (1 gr.)	3.-	100 egyévre való 8-10 phiolába osztva	7.-
Két " 100 " (2 gr.)	6.-	Saját találmányú szabályozható scarifcator (igen kedvelt oltó-eszköz)	1.25
Egy " 3 " "	2.-		
" " 15 " "	2.-		

Pöstyén

bővebb felvilágosítást ad
Dr. FODOR egészségügyi tanácsos, rendelő fürdő-
ORVOS.

Karlsbad

Med. univ. Dr. BRANDEISZ GUSZTÁV fűrdőorvos
rendel: gyomor-, bél-, máj- és lépajokban, vese- és húgyszervi bajokban (Endoskopia és Cystoskopia), hevenyméh-hurutnál, köszvénynél és cukorhúgyárnál — Massage — (Gynaekologiai massage Thure Brandt után)

délelőtt 7—9 óráig, délután 2—4 óráig

„Brandenburger-Thor“-ház, kereszt-utca (vis-à-vis a Felsen-forrással).

Kedélybetegek és morphinkórosok
a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

III., Leonhard-utca 3-5. szám.

GLEICHENBERG GYÓGYHELY
Stiriában.

Ivókúra, égvényes-sós savanyúvizek. Savó, tehén- és kecsketej, kefir, fenyő- és más orvosság inhalatók, külön kabinekekben forrás-só szétporlasztás, pneumatikus kamara, szénsavas fürdők, hidegvíz-gyógyintézet.

Saison május 1-jétől szeptember végéig.

Felvilágosítások és prospectusok ingyen, ásványvíz és lakásmegrendelés a fürdőigazgatóságnál Gleichenbergben.

Tarcsa gyógyfürdő Vas megye.

Glaubersótartalmú szénsavdús vasforrások. A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő- és ásványvíz, valamint vasláp-fürdők. Kellemes hűvös égalj. Jó és olcsó lakások és jó étkezés. A női szervek bántalmái sápkór, vérszegénység, továbbá a légzési és gyomor-szervek bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek által ajánlva.

Megnyitás május hó 27-én.

A megnyitás napjától június 15-ig és augusztus 15-től egész a saison végeig tetemesen olcsóbb árak. Naponként kétszer zene. Felvilágosítással a fürdő-igazgatóság vagy Dr. Rohrer Aladár fűrdőorvos szolgál.

Tarcsai Károly forrás különösen mint óvszer járványok esetén ott a hol rossz az ivóvíz ajánlható. Főraktár: Budapestben Takács Lajosnál Kossuth Lajos utca. Megrendelések oly városokból, hol külön raktár nem létezik, a fürdő-igazgatósághoz Tarcsára intézendők.

Posta- és távírda-állomás helyben.
Vasúti állomás Felső-Eő, a Szombathely-Pinkafői vonalon.

S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: Béla Pál dr.: Cysticercus subretinalis. — Imre József dr.: A h.-m.-vásárhelyi városi szemkórházból. — Blaskovics Fridolin dr.: Az epibulbaris epitheliomáról két eset kapcsán. — † Szilágyi Ete. — Irodalmi szemle. — Vegyesek.

Cysticercus subretinalis.

Béla Pál dr. szemorvostól Budapesten.

Magyarországban oly ritka a cysticercus ocularis, hogy eddig összesen csak tíz esetben észlelték, illetve írták le. Ezek közül három nem a tulajdonképeni szemürben foglalt helyet, hanem a conjunctiva alatt (Hirschler,¹ Ottawa,² Neupauer³). A retrobulbaris kötőszövetben Ottawa látott egyet.⁴ A szem mellső részéből, a mellső csarnokból egyet Hirschler⁵ távolított el. Az üvegtestben háromszor fordult elő (Csapodi,⁶ Ottawa,⁷ Isssekutz⁸). Végre a reczehártya alatt fészkelte Csapodi⁹ és Ottawa¹⁰ által közölt egy-egy esetben. A közölt eseteket tehát, a Hirschleréit és Isssekutzét kivéve, valamennyit a Schulek tanár egyetemi szemklinikáján észlelték.

Az általam észlelt és operált cysticercus esete,¹¹ mely tehát hazánkban a tizenegyedik, az több említettekhez társul, mert ez esetben is a cysticercus a retina és chorioidea között foglalt helyet.

Mielőtt az eset tulajdonképeni leírásához fognék, nem lesz talán érdektelen magával e betegséggel röviden foglalkozni.

A taenia solium, közönséges galandféreg, ivarérett proglottissából szabadabbá lett pete csak úgy fejlődhetik tovább, ha bizonyos meghatározott állatfajok gyomrába jut, melyeknek gyomornedve képes a petét védő igen ellentálló burkot felémészteni a nélkül azonban, hogy magát a petét is megemészsze.

Az ezen célra alkalmas „gazda“ eme nem épen kedves vendéget rendszerint tápláléka vagy a víz útján veszi magába; legalkalmasabb a kifejlődésre az ember és kivüle első sorban a disznó, azután kutya, patkány, őz.

A gyomornedv által burkától megszabadult embryo horgaival belekapaszkodik a tápésatorna falába, azt átfúrja és tovább vándorol. Valamely vénába jutva a véráram magával sodorja, úgy hogy a szíven és az ütérrendszeren át a szervezet bármely capillaris hálózatába kerülhet. Ott megakad, horgait leveti és körülbelül 2—3 hónap leforgása alatt borsóegész barnagységű hólyagszerű képletté fejlődik, melyből a ki- vagy befelé türemkedő nyak nyúlik végén a horogkoszorúval és szívtólezákkal ellátott fejjel. Az állatnak eme fejlődési alakját nevezték el — azelőtt külön állatfajnak tartva — cysticercus cellulosaenek. Ebből úgy fejlődik ki a galandféreg, ha eme hólyagképlet újra valamely meghatározott állat tápésatornájába jut. Az ember legkönnyebben nyers vagy kevésbé főtt disznóhús élvezete mellett inficiálható.

Az imént vázolt fejlődési menet mutatja, hogy cysticercus a szervezetben bárhol is előfordulhat; találták is a bőrben, izmokban, tüdőben, májban, agyban, esontokban, továbbá a szemben és annak segédszerveiben.

A szemben cysticercust Sömmerring talált legelőször 1830-ban: a mellső csarnokban.

A szemtükör felfedezése utáni időben a legelső üvegtesti cysticercust Graefe Albrecht látta 1854-ben. Ezután úgy ő mint leginkább a Németország északi részében practizáló

szemorvosok mindinkább találkoztak ezen élősdivel, úgy hogy Graefe Albrecht hozzávetőleges számítása szerint körülbelül 1000 szembetegre került 1 cysticercusos és ezen arány meggyezett többé-kevésbé a többi észlelők tapasztalataival.

Annál feltűnőbb, hogy már Németország déli részeiben, Ausztriában, Franciaországban, Olaszországban, Angliában, Belgiumban és végre Magyarországon is csak igen ritkán került cysticercus ocularis megfigyelés alá, pedig a német észlelők közlései eléggé felhívták a többi országok szemorvosainak érdeklődését e megbetegedés iránt.

Az okot illetőleg, a miért egyes országokban ritkábban másutt meg gyakran fordul elő, positiv adatokkal nem rendelkezünk. Tagadhatatlanul nagyban befoly a nép életmódja, étkeinek elkészítése, lakási viszonyai. Mert ha a közönségesen annyira hangsúlyozott nyers hús fogyasztása — mint az Észak-Németországban oly óriási mérveket ölt — első sorban nem cysticercussal, hanem taeniával fenyegeti is az egyes egyént, könnyen érthető, hogy ott, a hol többen szenvednek galandféregben, sokkal gyakoribb az alkalma és könnyebb a lehetősége ennek petéivel inficiálatni.

A szemben és körülte ezen élősdit találták már a szemhéjakban, conjunctiva alatt, a mellső csarnokban, üvegtestben retina alatt, bulbus mögött; de mégis úgy látszik, hogy gyakoribb a szemben mint a környékén.

Az elváltozások, melyeket a cysticercus okoz, fészkelési helye szerint különbözők és a látást azok befolyásolják a legjobban, melyek magában a szemben, nevezetesen az üvegtestben vagy a retina alatt vannak. Ez utóbbiak, dacára hogy helybelileg a retinát alapjáról leemelik, eleintén nem okoznak nagy látási zavart, míg a szemfenék peripheriás részében ülnek, de kifejezettebb lesz a látás csökkenése, ha vándorlás, vagy növekvés által maga a féreg, vagy a folytonos izgalom által szaporodott subretinalis folyadék okozta ablatio retinae a centralis visus helyéhez közeledik vagy azt eléri. Hozzájárul még, hogy úgy a subretinalis cysticercusnál mint még inkább akkor, ha az üvegtestben van, rendszeren elég korán beáll az üvegtestnek eleintén molecularis elborulása, a homályosodás csakhamar sűrűbb lesz a hólyag körül és a látás persze rohamosan fogy. Az üvegtesti zavarok bizonyos alakját, midőn finom pókhálószzerű, egymással összefüggő, egymást mintegy többszörös tokképen körülvevő, fátyolszerű képletek vannak az üvegtest bizonyos részében mintegy suspendálva, melyek a szemmozgásoknál csak egész terjedelmükben meg-megrezzennek, de külön-külön helyüket nem változtatják, már Graefe Albrecht cysticercusra pathognomonikusoknak jelezte.

Az út, melyen az embryo az üvegtestbe kerülhet, kétféle: vagy directe a mellső ciliaris arteriákon át a corpus ciliaren át, vagy a hátsó ciliaris ereken előbb a retina alá és csak ennek átfúrása után az üvegtestbe. A retina perforatióját s a hólyag átvándorlását többeknek sikerült észlelni.

A diagnosit kétséget kizáró módon csak akkor lehet megtenni, ha nemesak a gömbszerű, sajátságosan fénylő, tömlős képletet látjuk, hanem vagy ezen mozgások is constatálhatók vagy a scolex kitüremkedése és ennek sokszor igen élénk helyzetváltozásai észlelhetők. Legjobban látható ez azon esetekben, a hol a cysticercus teljesen szabadon fekszik az üvegtestben; de jól felismerhető akkor is, ha a szemfenék egyik-másik részéhez rögzítve üvegtesti-czafatok, hártványok burkolják. A retina alattiaknál a mozgások a helyi viszonyoknál fogva természetesen korlátoltabbak. A reczehártya és chorioidea

¹ Szemészet 1874. 3. sz. ² i. h. 1888. 2. sz. ³ i. h. 1890. 4. sz.

⁴ i. h. 1888. 2. sz. ⁵ v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie IV. 2. k.

⁶ Szemészet 1884. 4. sz. ⁷ i. h. 1888. 2. sz. ⁸ i. h. 1891. 5. sz. ⁹ i. h. 1885.

2. sz. ¹⁰ 1888. 2. sz.

¹¹ Bemutattam a budapesti kir. orvosegyet. f. é. február 24-diki és márczius 10-diki ülésén.

közé beékelve alakja is többé-kevésbé lelapult, a scolex kitüremléséhez hiányzik a hely; a helyzetváltozások leginkább a hólyag pheriperiáján vehetők észre, a melyen köröskörül futó, a peristaltikus mozgáshoz hasonló összehúzódások elernyedéssel váltakozva mutatkoznak. Legkönnyebben constatálható eme tünet, ha a retinát előre domborító hólyag egyik széli részletét hosszabb ideig megfigyelve, helyzetét egy a szomszédságában elfutó retinalis véredényhez viszonyítjuk. Legalkalmasabb erre a fordított képből való tükrözés akkor, ha az üvegtestben már lényegesebb elborulások vannak.

Átlátszó közegeknél ily esetben valami mással összevetészen nem lehet. Oly esetekben azonban, hol az üvegtest nagyon borus, hol mozgások nem figyelhetők meg, szóba jöhet a differencirozás ablatio és neoplasma között. Ilyenkor a szem nem myopikus alkata, a tensio, az előredomborodó képlet bizonyos sajátságos fénye és alakja, határoltsága, esetleg a retina szöveteinek és edényeinek viselkedése jó útmutatók lehetnek, bár a csalódás lehetősége nagy óvatosságra int, nehogy az eltávolítás céljából megejtett operatív beavatkozás derítse ki — kissé későn már — a diagnostikus tévedést.

A cysticercus nagysága azon idő szerint, melyben megfigyelés alá kerül, különböző; átlag 6—7 mm. átmérőjű a hólyag. Eddig a legkisebb *Graefe Alfred* egy esete,¹ melyben a parazita tömlőjének átmérője 1'05 mm. volt. *Graefe Albrecht* szerint az első hat hétben rohamosan nő, körülbelül míg eléri a 6 mm.-nyi átmérőt, azontúl már csak igen lassan; ennek megfelelőleg viselkedett is a fentemlített igen fiatal állat, mert mintegy 4 nap leforgása alatt 2 mm. átmérőjű hólyaggá nagybodott. Teljes kifejlődéséig körülbelül 2½ hónap szükséges. (*Leuckart*.) Ilyen állapotban hosszú ideig él a szemben; így *Graefe Albrecht*² egy megfigyelésében 2 évig élt.

A féreg mozgásai, míg fiatal, igen élénkek, a fent már ismételt idézett esetben, a subretinalisan székelő legkisebb és egyszersmind legfiatalabb példány egy perezre sem maradt nyugodtan, majd szív, majd piskóta, majd a legszabálytalannabb alakot vette fel. A nagyobb és idősebb tömlőknél a mozgás sokkal renyhébb.

A szemnek sorsa, melyben cysticercus van, ha magára hagyatják, szomorú, miután nemcsak látásavész el, hanem maga a szem is elpusztul a féreg okozta folytonos izgalom következtében. Az élősdű pusztaság jelenléte egyrészt mint idegen test hat, másrészt mozgásai fokozzák az izalmat; az üvegtest végre elhomályosul, a reczehártya leválik, a lenese elszürkül és a szem chronicus iridochorioiditis folytán hosszas mindig kiújuló fájdalmak kíséretében — ezen folyamat ½ év egész 2 évnél időközre terjedhet — atrophias lesz, összetöporodik. Vagy fellép eddig még ismeretlen okból genyes iridochorioiditis, melynek végkimenete phthisis bulbi.

Miután ezen suppuratív folyamat a cysticercus bevándorlása után hónapok, esetleg 1—2 év múlva lép csak fel, nem lehet ezt a cysticercus, illetve az embryo által hozott baktériumoknak tulajdonítani, mert alig tehető fel, hogy az embryo ama baktériumokat, melyek a bélhuzamban eredetileg bizonyára rája tapadtak a szemig való hosszas vándorlás, a szöveteiken való keresztülfürödés közben el ne vesztette volna. *Leber*³ a genyedést úgy magyarázza, hogy a folytonos izgalom hatása alatt az üvegtest szövete kevésbé ellentálló lesz ama csírok ellenében, melyek már előbb is az üvegtestben voltak, de rendes körülmények közt nem szaporodhatván, ártalmatlanok maradnak. Megerősítheti e felvételt ama nevezetes körülmény, hogy cysticercus által okozott phthisis bulbi után a másik szem sympathikus megbetegedését eddig még kétséget kizáró biztossággal nem észlelték (*Graefe Albrecht*,⁴ *Hirschberg*⁵).

A bántalom eme rossz prognosisa, a szem biztos pusztulása, már *Graefe Albrecht* arra indította, módot találni az élősdinek

a szemből való eltávolításra, hogy ha a látás már elveszett, legalább a szem alakja maradjon meg. Eltávolítani pedig azért kell, mert olyan szerrel nem rendelkezünk, mely belsőleg adagolva, az élősdire hatna; oly anyagokat továbbá a szembe vinni, melyek az állatot megölnék, a szem veszélyeztetése nélkül nem lehet. Megkísérlették a férget operatív úton megölni. De a kísérletek, melyeket discissióval, Graefe-késsel, galvanocauterrel megejtettek, a kívánt eredményhez nem vezettek, csak a környező szövetet sértették jobban, míg a mozgékony féreg a behatás elől kitért és csak helyét változtatta.

Nem marad tehát egyéb hátra, mint a cysticercust a szemből eltávolítani. Eleintén úgy kísérelték meg, hogy erős hályogtűt 1—2 mm.-rel a cornea mögött egész az üvegtestig beszúrtak, a szűrési csatorna mentén úgynevezett pince capsulaira-vel hatoltak be és törekedtek ezzel a hólyagot megfogni és kihúzni. Hogy az üvegtestben való hosszas keresgélés, turkálás nem lehet valami jó hatással a szemre: gondolható és *Busch* esete¹ is tanuskodik ily kísérlet sikertelenségéről és rossz kimeneteléről. *Graefe Albrecht* teljesen megvakult szemén aequatorialis metszéssel iparkodott eltávolítani az entozont, de ezen operációt is rendszeren a szem zsugorodása követte. Oly szemekből, melyen még látás volt, a corneán keresztül extrahálta a cysticercust. Ezen operációt 3 szakaszban és hosszabb időközökben végezte: előbb széles irisdarabot metszett ki, ennek meggyógyulása után az átlátszó lencsét bocsátotta ki, s mire ez is begyógyult, hatolt be újra, hogy a cysticercust csipővel vagy kanállal, horoggal kivegye. De mert ezen mód heteket vett igénybe, mely idő alatt a szembe elváltozások fokozódtak, később egy ülésben végezte mind a három szakaszt.² — *Arlt*³ volt az első, ki a sclerán való meridionális metszést ajánlotta, mint az extractióra és a későbbi gyógyulásra legalkalmasabbat és *Graefe Alfred* érdeme ezen műtéti mód kivitele feltételeinek pontos meghatározása és technikájának tökéletesítése,⁴ úgy hogy ma már mindenki az ő útmutatásai alapján operál.

Magyarországban mint legelső: *Schulek* tanár, mélyen tisztelt volt főnököm, 1884-ben operált a szem mélyebb képleteiben fekvő cysticercust, egy üvegtestet és egy subretinalist. Röviden közlöm a két eset történetét,⁵ mert az operálási mód a most szokottól eltér.

1. M. L., 23 éves, 1884. május, üvegtest alsó részében mozgó cysticercus, retinaleválással a bal szemben; üvegtest zavaros. V = 6/60? Operatio május 25-dikén következőképen: Alsó egyenes izom külső szélénél a conjunctivalis metszés; alatta meridionális irányú sclerametszés scalpellel, melyet előre és hátra ollóval meghosszabbított; a scleralis sebszéleket tompa horgokkal széjjel húzatta; a cysticercus üvegtest kíséretében kiürült spontan. A sclera sebet selyemmel összevarrta, conjunctiva sebet nem egyesítette; a sclerából a varratot másnap már eltávolította. Gyógyulás zavartalan.

12 nap múlva a szem békés v = 2½ m.-ről olvas ujjakat; látótér kissé szűkült; zavaros üvegtest.

2. T. V., 24 éves, 1884. okt. 24-dikén a jobb szem v = 3/36, látótér alul tetemesen szűkült. Papillától befelé 1½ papillányira egy kisebb, 2½ pap.-nyira egy másik nagyobb 13 papillányi, erősen kiemelkedő, jól határolt, kékes fényű gömb, mely utóbbin a scolex látható. Nem mozog.

Diagnosis: Cysticercus subretinalis.

Operatio okt. 28: Felső belső délkörben az egyenlítő táján rétegenként scalpellel a scleralis metszés, sebtágítás ollóval 1 cm.-nyire; a retina átmetszése után kevés geny jött ki a horgokkal szétárt sebajkak közül. Weber-kaecsal, Graefe-kanállal körös-körül kutatt, miközben foszlányok, meszes törmelékek (talán a cysticercushoz tartozók) távolodnak; de a cysticercus hólyag nem jött ki. Kevés üvegtest-vesztés. Sclera sebet selyem varrattal egyesítette. Gyógyulás zavartalan. Elbocsátáskor nov.

¹ v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XXIV. 1. k.

² v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XII. 2. k.

³ v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XXXII. 1. k.

⁴ v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XII. 2. k.

⁵ Eulenburg „Real-Encyclopaedie“ IV. k.

¹ v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie IV. 2. k.

² v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XIV. 3. k.

³ Graefe-Saemisch Handbuch d. Augenheilkunde III. k.

⁴ v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XXIV. 1. és 3. k., XXXI. 4. k.

⁵ Csapodi, Szemészet 1885. 2. 4. k.

10-dikén a szembe belátni nem lehet, mert vér tölti ki. Tensio normális, $v = 1$ m.-ről sejtí a gyertya fényét.

Ottava által operált és közölt¹ két eset a következő:

1. Z. J., 22 éves, 1885. október 1-én bal szem $v = \frac{6}{6}$ papillától kifelé szürke kiemelkedő gömb.

Diagnosis: Cysticercus subretinalis.

Operatio: december 19-dikén discissió s tüvel behatolt és összehasgatta a képletet.

December 23-dikán a cysticercus szabadon az üvegtestben, telt hólyaggal, mozgásai láthatók.

December 30-dikán eltávolítása a következőkép: Alsó egyenes izom belső szélénél conjunctivalis metszés; a sclerát Graefekéssel vágta át meridionalis irányban, sebtágítás ollóval, horgokkal tátongtatja; hosszas keresés után Graefe-kanállal kihozza az élősdit.

1886. január 13-dikán. T = -2. Fényérzés nincs.

2. 1887. november. A beteg bal szemével kézmozgást lát csak; üvegtestben sűrű homály, külső alsó quadransában cysticercus, nyaka és ennek mozgásai láthatók. Operatio november 20-dikán. Narcosis nélkül. Cocain anaesthesia. A meridionalis sclera seb széleibe egy-egy fonalat öltött a tátongtatás céljából. Cysticercus üvegtest kíséretében kiürült.

December 20-dikán üvegtestben csafatok megfogytak, de a szemfenék részletei nem láthatók. $v = 1$ m.-ről olv. ujj. f. é. jó; proj felül-belül bizonytalan.

Az általam észlelt és operált eset kórtörténetét, mely úgy egyes részletei miatt, valamint ritka jó sikerű gyógyulása által figyelemre érdemes, a következőkben közlöm:

M. L., 35 éves, gyári munkás 1894. február 18-dikán jelentkezett először rendelésemre. Az erőteljes, jól táplált beteg azt panaszolta, hogy körülbelül 10 nap előtt, tehát február 8-ikán bal szemén kis káprázást vett észre; ez 9-dikére fokozódott. 10-dikén néha kis árnyék lebbent meg előtte és midőn 11-dikén bal szeme látását vizsgálni akarta, annak nagyfokú rosszabbodását tapasztalta. A jelentkezés napján következő a lelet:

Jobb szeme ép; $v = \frac{5}{5}$.

A bal szemteke teljesen békés, cornea átlátszó, felülete csillogó, sima; mellső csarnok középmező; iris színe nem különbözik a jobb-étől, szálazata rendes rajzolatú; pupilla középtág, jól reagál. T = n. V = 6 m.-ről olvas ujjakat excentrice. Látótér teljes.

Törő közegek, nevezetesen lencse és üvegtest, teljesen tiszták. Papilla jól határolt, edényein nevezetesebb változás nincs. Szemfenék, a leírandó rendellenességek helyeit kivéve, ép.

A papilla nervi opticától kifelé körülbelül 2 papilla-átmélynire az üvegtest felé domborodó, mintegy 4 papillányi fehéres, élesen határolt, szélei felé kékesen áttünő gömbszelet látható, melyre a retinalis erek rendes színben és caliberben szelíd hajlással felkapaszkodnak. E képlet legnagyobb domborulatán, kissé excentrice mintegy papillányi, ovalis, sötétebb árnyalatú koszorúval körülvett terület fénylőbb fehér színben tündöklék élénk.

A gömbszelet szélein időnként meglehetősen sűrű, hullámzatosan köröskörül terjedő elég élénk kígyószerű mozgások — összehúzódás elernyedéssel váltakozva — észlelhetők. Eme mozgások legjobban fordított képen tűnnek fel és néha oly jelentékenyek a kitérések, hogy a képlet széle egy rajta átesapó retinalis vér-edény alól egészen visszahúzódik, mialatt a véredény a gömbfelület lejtős oldalán lesiklani látszik, hogy az elernyedés alatt újra felemelkedve, eredeti helyét foglalja el. Igen érdekes jelenség, hogy az alatta levő hólyag összehúzódásakor miként fekszik rögtön vissza helyére a kissé elborúlnak tetsző retinarészlet, míg az elernyedés phasisában az előbbi helyét elfoglaló hólyagrészlet által újból felemeltetik.

Ezen nagy előredomborodó terület külső-felső szélétől (fennálló képen) halad fel- és kifelé körülbelül $1\frac{1}{2}$ papillaátmélynire egy homorulatával a papilla felé néző festenyrgömbből álló vonalas ív elérve majdnem egyazon a tájon levő körülbelül $1\frac{1}{2}$ papillányi, szabálytalan háromszögű, festenyres szélekkel határolt, fehéres területet, melynek közepén ugyancsak festenyres koszorú övez egy kisebb, élénkebben fénylő ovalis tért. Ezen két terület között a retina kissé borús, fehéres szürke, itt-ott kisebb-nagyobb elszórt festenyrgöggel tarkázott; az edények térfogata azonban nem változott.

A beteg különben egészséges, fájdalmai nincsenek; taeniát vagy egyéb szervekben cysticercust a megejtett vizsgálat nem derített ki.

A diagnoszhoz kétség nem fér: *Cysticercus subretinalis* a macula lutea vidékén.

A parazita helye megmagyarázza a nagyfokú látásescökkenést a centrumban, míg a peripherián ez esetben is, mint rendesen a látás relative jó. Ennek tulajdonítható is, hogy a beteg elég korán fordult orvoshoz segélyért.

Tekintetbe véve ugyanis, hogy az üvegtest tiszta volt, a reczehártya csak igen kis fokban mutatott elváltozást, plausibilisnek látszik a felvétel, hogy a féreg még nem soká időzhetett a szemben. Eme feltevéssel megegyeznék nagysága és elég élénk mozgása; mert a fentemlített tapasztalatok után, melyek szerint ugyanis a szembe jutott féreg csak az első hat héten nő rohamosabban és csak fiataloknál észlelhető az élénkebb mozgás, arra engedne következtetni, hogy a cysticercus nincs 6 hétnél tovább a szemben.

A szemfenék felső külső felében leírt terület bizonyára a primár fészkek és míg itt volt, nem is okozott zavart a látásban. Abban a mértékben azonban, a melyben a cysticercus a centralis látás helyéhez közeledett — egyrészt növekvése, másrészt lefelé vándorlása által — fellépett mindinkább a beteg által eleintén észrevett káprázás, majd felhőszerű árnyék; midőn pedig elérte a macula lutea helyét, rögtön felfüggesztette a centralis látást. A centralis látásnak eme többé-kevésbé hirtelen való romlása azonban csak olyan ritka esetekben léphet fel, melyekben — mint a jelen esetben — a hólyag eredetileg a peripherián székelt, az üvegtest tiszta, retina nincs jelentékenyen elváltozva és a fovea centralis felé való vándorlás elég gyors.

És azt hiszem jogosan tehető fel, hogy ehhez hasonló folyamat megy végbe mindazon esetekben, melyekben a beteg a látás hirtelen való elvesztéséről panaszokodnak és azt valami traumával, vagy rögtöni testi megerőltetéssel hozzák összeköttetésbe, mint a hogyan Manz¹ hajlandó ezen körülményeknek bizonyos befolyást tulajdonítani. Bár ő sem fogadja el azon theoriát, hogy ilyenkor az erőlködés alatt fokozott vérhullám sodorná a retina alá az embryót, mert az ilyen kicsi képlet nem okozhat nagyobb zavart a retina működésében. Hiszen jelen esetünkben még a hólyag által felemelt retina-részlet sem veszítette el functio-képességét, mert a hólyag tovavándorlása után visszefeküdve helyére, zavartalanul működött. Erre vall legalább a körülmény, hogy esetemben hiányt a látótérben nem lehetett constatalni.

Az út irányát, melyen a cysticercus lefelé haladt, jelzi a primær fészkek alsó szélétől lefelé kanyarodó festenyres ív. Az egy hétig tartó észlelés alatt úgy másoknak, kik az esetet szintén látták, mint nekem, alkalmunk volt a tömlő nagyobodását és lejjebb vándorlását egész határozottsággal figyelemmel kísérni.

A diagnosz megállapítása után, tekintve a különben a szemet fenyegető sorsot és támaszkodva ama kedvező eredményekre, melyeket Graefe Alfred műteti módszerével úgy ő, mint mások elértek, a cysticercus eltávolítására határozottam el magam, melybe a beteg bele is egyezett. A műtétet mielőbb szándékoztam véghez vinni, mert egyrészt a tömlő subretinalis helyzete miatt a localisatio biztosabb, mint ha az esetleg időközben a retina perforatiója után az üvegtestbe került már, másrészt meg siker esetén az üvegtest és reczehártya jelenlegi állapota látás tekintetében sokkal kedvezőbb eredmény várására jogosít, mint akkor, ha az előbb-utóbb okvetlenül beálló üvegtesti elhomályosodás nagyobb fokot ért el, vagy a retinaleválás kiterjedtebbé vált és állandósult.

Az operatióknak két főmomentuma van, melyek egyszerűsmind főnehézségei.

Az egyik a cysticercus helyének biztos megállapítása: a localisatio, a másik: a technikai rész, a meghatározott helynek szabaddá tétele, hogy a késsel a sclerális metszés megejtése céljából hozzáférhessünk, a mi persze annál nehezebb, minél inkább hátul fészkel az élősd, mint jelen esetünkben.

¹ Szemészet 1888. 2. sz.

¹ Archiv f. Augenheilkunde 13. k. t.

A cysticercus helyének meghatározására a közte és a papilla közötti térbeli viszony szolgált alapul.

Az operatio napján ugyanis a hólyag által felemelt terület belső szélé a papilla külső szélétől körülbelül 2 papilla-átmérőnyire volt, maga a cysticercus tömlő szélessége is mintegy 2 papilla-átmérőjével egyenlő; ha a papilla átmérőjét rövideg okáért 1.5 mm.-nek számítjuk, akkor a féreg fészkelési helyének középpontja és a papilla külső szélé közti távolság hozzávetőlegesen 3.5 mm.-re tehető; ezen pont azonban egyúttal a horizontalis meridiánnál mélyebben fekszik, miután a hólyag felső határa a papillának csak mintegy alsó harmadával van egyenlő magasságban, vagyis azon pontnak, melyen keresztül a metszésnek okvetlenül irányulnia kell a horizontalis meridiánnál mintegy 1.75 mélyebben és a nervus opticusától körülbelül 3.5 mm.-nyire kifelé fekszik.

Az operatio, melyet február 25-dikén a szt. Rókus-kórház szemészeti osztályán végeztem, valamint a gyógyulás lefolyása a következő:

A bal szemhéjak és környékük alapos tisztításnak lettek alávetve és azután ezen terület, valamint a conjunctiva-zsák sublimátoldattal (1:5000) leöblítve.

Az eszközök kifőzés által sterilizáltattak és azután bórsavoldatba kerültek.

Chloroform narcosisban a cornea külső szélétől mintegy 6—8 mm.-re készítettem a conjunctiva-lebenyt, melyet a külső egyenes izom közepéig szabaddá téve, az izmot tompa kámpóval felemeltem; a kámpó előtti és mögötti izomrészen keresztül kettősen átöltve fonalat fűztem és a két átöltési hely között az izmot átvágtam. A hátsó izomcsontot hátrafelé húzva, tágitottam kissé a Tenon-tok sebét s az episclerális kötőszövetben tompa eszközzel lepraeparálva igyekeztem a bulbust annyira befelé rotálni, hogy a meghatározott helyet hozzáférhetővé tegyem. Miután ennek az obliquus inferior széles tapadásával ellenállott, kényszerültem ezt a bulbusról leválasztani. Erre a befelé való rotálás a kívánt fokban lehetővé vált és a sclera átmetszéséhez foghattam. Domború élű finom scalpellel mintegy 4 mm. hosszúságban meridionális irányban igen óvatosan rétegenként hatoltam át a sclerán s midőn a szabadon fekvő chorioideát hasonló óvatossággal átmetszettem, egy kis cseppnyi zavaros savós folyadék kíséretében spontán ürült ki a sértetlen cysticercus, maga is valami szürkésfehér zavaros csepphez hasonlítva; alighogy megszületett, nyaka a fejével kitüremkedett és glicerinbe téve rövid ideig még mozgásokat mutatott.

A cysticercus eltávolodása után egyesíteni akarván a musc. rectus externus csontjait a bulbust reponáltam és mert a mellő izomcsont kifoszlott a varrásnál, a hátsót a corneaszéli conjunctivához varrtam. — A beteg nyugtalanul aludt, hányt, hogy tehát a szem és a beteg minél hamarabb nyugalomba jöjjön, nem is egyesítve a conjunctiva sebszéleit, bekötöttem.

Ugyanaz nap este a beteg rendkívüli élénk fájdalomokról panaszkodik, a miért a kötést levettem, de csak minimális oedemat találva a conjunctivákon, sublimatba mártott rubácskákon keresztül nyújtandó jégborogatásokat rendeltem. Éjen át ezek többször ismételtettek és reggelre a fájdalmak megszüntek.

Február 26-dikán. Szemhéjak alig észrevehetően duzzadtak; conjunctivák igen kevés oedemások. Váladék a szemrésben igen kevés, nyákos.

A szemfenékben tükrrel a metszés helyén nagy subretinalis vérömleny látható. Üvegtest tiszta.

28-dikán. Szemhéjak rendesek. Conjunctiva kissé duzzadt még, mint az a rectus elővarrásánál szokott lenni. Váladék a szemrésben alig.

V = $\frac{2}{50}$. A subretinalis vérömleny nem oly sötét már, tisztán látható a meridionalis sebvonál, két végpontján tömeges vérömlenynyel, az egész nagyjában súlyzóvashoz hasonló alakú. A retina teljesen visszafeküdt helyére, ablatio sehol, borús. Papillának különösen alsó határa határozottan elmosódott, valamivel duzzadt, egy onnan jövő vena teltebb. Üvegtest tiszta.

Márczius 3-dikán. V = $\frac{2}{50}$. Látótér teljes. A visszafeküdt retinarezs egész terjedelmében borús, itt-ott festenyrgöggel tarkázott. Az edények nem változtak. Papilla alsó határa elmosódott, vena kanyargós. Vérzés felszívódás folytán egészen világos, szélei felé kifoszló, rojtzott. Üvegtest tiszta. Közérezet jó.

10-dikén. Elbocsátáskor: Conjunctiva sebe tisztán gyógyult. Szemállás rendes. Szemmozgások minden irányban szabadok, csak kifelé nem éri el a maximumot. Üvegtest, retina, papilla nem változott. T = n. Subretinalis vérzés felszívódik. v = $\frac{2}{50}$.

26-dikán. Már egy hét óta rendes foglalkozása után jár. Papilla határaitól a borúság elmúlt, mindenütt elég élesek. A vérömleny jóval megfogyott. A cysticercus-fészkek alsó szélének megfelelőleg keskeny sávban mintegy papillaátmérőnyi hosszban csillogó fehér, felette az edények változatlanul haladnak el. A többi terület, honnan a vér elfogyott, chronikus chorioretinitis képét mutatja. Ezen területen szétszórta tüszúrásnyi, élénken csillogó sárga pontocskák, melyek körülbelül 10 nap előtt tüntek fel legelsőbb és ma már számuk vagy 10—12-re megy. v = $\frac{2}{50}$.

Április 10-dikén. v = $\frac{2}{50}$. Az izzadmány eltűnt.

Az eltávolított féreg cysticercus cellulosaenek bizonyult. A kiterített hólyag átmérője 4 mm. és így teljesen megfelel a szemtükri kép útján kiszámított nagyságnak, tekintve azt, hogy a szemben lelapítva bár, de gömbalakú volt; a 3 mm. hosszú vastag haránt redőket mutató nyak végén a fej 4 szívótálcával és 22 horogból álló horog-koszorúval.

A mint a röviden közölt kórtörténetből kiviláglik, a gyógyulás zavartalan menetű volt.

A papilla szélének rövid idejű és kisfokú borúsága ama vöngálás által idéztetett elő bizonyára, melynek a bulbus erős befelé rotatiója folytán a nervus opticusnál elszenvednie kellett, miután az állat oly messze hátul tilt.

A sclerális metszéshez cysticercus subretinalisnál a domború élű szike (éllel a sclera felé) határozottan alkalmasabb, mint a lándzsa (Leber, Hirschberg), vagy még kevésbé a Graefe-késnek olyan alkalmazása, hogy fokával a sclera felé fordítva punctio és coarapunctióval vágja át belülről kifelé, mert annál sokkal jobban határozhatjuk meg a metszés hosszát, mélységét, könnyebben kerülhetjük ki a retina átszúrását vagy a hólyag megsértését.

Ha a metszés a cysticercus tartózkodásának területébe esett, a subretina és chorioidea közt szabadon fekvő férget a szem tensiója nyomja ki a sebhez, mint a locus minoris resistentiae felé és nem szükséges a sebnek mesterséges tágitása. Csakis ezen mód biztosítja látás tekintetében a legnagyobb sikert, mert ha csipővel kell megkeresni és kihúzni az entozoot, az már, ha egyáltalában sikerül, az ottani szövetek traumájával jár és a reactio nem marad el. De a siker biztosabb is, mert ha a retina nincs átvágván, a tulajdonképeni szeműr meg sem nyitott, üvegtest elő nem eshetik és az infectio veszélye is kisebb. Ha pedig a retina átmetszetik, az üvegtest előbuggyan és már most ez, vagy a sebhez fekvő retinafoszlány zárja el az utat a cysticercus előtt és az operatio nem vezet sikerhez. Ép úgy lehet sikertelen az operatio, ha a hólyag megsérül és collabál. Ilyen esetben előfordult már, hogy a keresgélő csipő retinacafatokat hozott ki a parazita helyett.

Esetünk zavartalan gyógyulása bizonyíték továbbá, hogy mily jól és hamar forrad össze a sclera meridionalis sebe, úgy hogy azt összevarrni nem szükséges, sőt még a conjunctiva sebe is jól gyógyul összevarrás nélkül.

Az operatio sikere még látás tekintetében is teljesen kielégítő és miután az üvegtest tiszta, papilla ép és a retina a bántalom helyét kivéve változatlan, egész joggal várható, hogy a vérzés teljes felszívódásával, melyet elősegítendő, a beteg jodkaliumot kap, a visus javulni fog. De így is, a jelenlegi $\frac{5}{20}$ visus az irodalomban közölt legjobb sikerek közé tartozik, mert Graefe Alfred, kinek, mint ezen operatio tökéletesítőjének, legnagyobb a gyakorlata és kinek legtöbb a tapasztalata és kinek 45 operált esete között 14 subretinalis cysticercus volt, ezek közül csak 5 esetben ért el hasonló jó eredményt.¹ Leber² közölt 11 cysticercus ocularisa között pedig kettő volt subretinalis fekvésű s ezek egyikében volt csak ennél jobb ($\frac{2}{5}$) eredmény, a hol az operatio előtt $\frac{5}{10}$ volt a visus.

Jelen eset tehát újabb bizonyítékul szolgál, hogy teljesen jogosult az operatio akkor is, ha a közegek tiszták és

¹ v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XXXI. 4. k.

² v. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XXXII. 1. k.

látás még van és hogy sikeres lehet az extractio akkor is, ha az entozoon nagyon hátul is fekszik.

Végül pedig nem mulaszthatom el *Siklóssy* egyetemi m. tanár, szt. Rókus-kórházi főorvos úrnak köszönetemet e helyen is kifejezni ama lekötelező szíveségért, melylyel betegemet osztályára felvéve, nekem az operatiót lehetővé tette.

A h.-m.-vásárhelyi városi szemkórházból.

A glicerines szemcseppek használatáról.

Imre József dr.-tól.

Hosszú ideje már, hogy bizonyos kötőhártyai bajok ellen, valamint ilyenekből eredő szaruhártyai megbetegedések alkalmával glicerinen olvasztott gyógyszereket használok s hogy ezen eljárásnak némely, elég jól meghatározható esetekben, másoknál több eredményét tapasztalok. Még 1876-ban ismertem meg a glicerinnel excipiensül használatát a bruxellesi „Institut ophthalmique du Brabant”-ban, Warlomont és Lebrun osztályain, említettem is egy a következő évben a „Szemészet”-ben megjelent közleményemben; de apránként elhagytam minden egyéb glicerines oldatot, csak a borsav, a borax és néha a tannin maradt ilyen alakú használatban az én gyakorlatomban; teljességgel nem használok többé kékkő-oldatokat glicerinnel, melyek a nevezett intézetben abban az időben nagyon általánosak voltak (10—20% erősségű oldatok) s általában semminő kékköves szert, magát a kékkövet is csak kevés esetben. Mikor tehát glicerines cseppekről szólok, ez alatt majdnem kizárólag borsav és borax 10%-os oldatát értem, külön-külön vagy együtt.

Azt hiszem, az volt a glicerinnel alkalmazásának eredeti oka, hogy vele tömöttebb, erősebb oldatokat lehet készíteni mint vízzel. Ez maga is elég volna arra, hogy reá figyelmet fordítsunk. De lassanként meggyőződtem arról, hogy a glicerinnel magában, saját hatásánál fogva is részt vesz a kötőhártyán létrehozott eredményben, s hogy a jó eredmény részben tőle függ, vagy ha minősége kifogás alá esik, általa hiúsulhat meg. A legjobb fajta egészen közömbös vegyhatású, sűrű szörpyszerű, a gyógyszerkönyv megszámlálása szerint 1025 fajsúlylyal bíró glicerinnel a nem izgatott szembe csepegtetve pár pillanatig tartó, meglehetősen heves égést, bő könnyezést és 10—20 percig vagy tovább is eltartó, de néha 5—6 perc múlva már elenyésző vörösséget okoz; beteg, főleg szívárványlobos szemű (ha addig nem volt is) élénk sugártáji injectio jelenik meg. A glicerinnel ilyen hatása körülbelül azonos azzal, melyet nagyobb idegen testek vagy poralakú gyógyszerek (borsav, tannin, dermatol stb.) okoznak, de mellé esatlatkozik egy speciális hatása: a kötőhártya szövetéből *viznek* elvonása, melynek bizonynyal megvan a jelentősége, ha magában nem nagy is ez, mivel egyszerre az ilyen gyógyszerből csak keveset boesátunk a kötőhártyára. A *rossz glicerinnel* (minőt az én vidéki betegeim sokszor hoznak bemutatni, vagy dobnak el otthon, városunkból vitetve jobb minőségű készítményt) ritkább, tehát csekélyebb fajsúlyú, nem közömbös, hanem savanyú vegyhatású s a szemre nézve *sokkal izgatóbb*. Ezért a ki az általam megjelölendő bajokban a bor-glycerint használni akarja, legelőbb is kifogástalan glicerinnel gondoskodjék.

A nélkül, hogy a glicerinnel hatását magát sokra becsül-ném, vagy csak pontosan ismerni is vélhetném (hiszen erre vonatkozó pontos észleleteket nem ismerek s magam nem végezhetek), azt hiszem, hogy fontosságot kell tulajdonítanunk annak, hogy fokozza azt a működést, mely által a kötőhártya és a szaruhártya sérülései vagy fertőzései alkalmával a szem magát védelmezi: a *könnyezést*. Ennek jelentősége ma már meglehetősen tisztán áll előttünk, a könnyedv-desinficiáló, mikrobiumölő képességére vonatkozó, főleg a zürichi iskolából származó közlemények óta; az élettani ismeretekre alapított therapia elveit követjük tehát, ha olyan szert s olyan eljárást alkalmazunk, mely a kötőhártya felszínének természetes fertőtlenítő kiöblítését előmozdítja. Ennyit a glicerinnel, mint fel-

olvasztó szernek igazolására. Hogy e szer esetleg borsavból és boraxból (a kötőhártyán kiválóan hasznos gyógyszerekből) e mellett alkaloidokból is tetemes mennyiséget vesz magába, egy további jó tulajdonsága, melyhez hozzá kell tennem még azt, hogy hosszú ideig tartható el az ilyen készítmény, míg ugyanazon anyagok vizes oldata hamar meggombósodik.

A glicerines szemcseppeket leggyakrabban használom a *conjunctivitis phlyctenosa* olyan eseteiben, melyeket naponta nem kezelhetek. Az egyszerű, friss huruttal nem komplikált phlyctenának ellen desinficiáló és összehúzó szemvizek nem érnek semmit, a calomel pedig kintinően hat; de e szert csak ritkán merem a beteg vagy szülei kezébe adni, mert néhányszor bajt okozott. Az idegen helyről jövő vagy a város külterületén lakó beteg pedig, kivált kisebb fokú baj miatt nem mindig maradhat kezelésem alatt néhány napig sem. Ilyenkor 10%-os borglycerint kap, melyből 2—3-szor csepegtetnek a szembe 3—4 cseppet. Számtalanszor volt módomban meggyőződni arról, hogy ez a szer a calomelt (friss esetekben!) teljesen pótolja. Különösen nagy megnyugvásomra szolgál az, hogy haza boesáthatom, néhány nap múlva újra eljövésre utasítva az olyan beteget is, ki phlyctenás eredetű, szalonnás *szarufekélyben* vagy *pannus scrophulosusban* szenved, mikor a borglycerinbe még kevés atropint is tehetünk; naponta háromszor alkalmazott meleg borogatás s utána e szer becspegetése oly jó hatású, hogy évek óta alig tudnám ilyen esetekben valamivel pótolni. Olyankor, a mely eset igen gyakori, ha ezekhez még erősebb hurut is járul, még valamely desinficiáló vizet is adok ugyan (mostanában jodtrichloridot; 1:2000), de ez nem feltétlenül szükséges; minél kevesebb tanácsot és szert adunk az egyszerű, nehezebb felfogású embernek, annál valószínűbb, hogy élni tud vele s a borglycerin 5—6 napi használat után igen súlyos bajra is megteszi a jó hatást; a szarufekély vagy fekélyek feltisztulnak, gyorsan hegednek be és igen sokszor semmi kárát nem vallja a beteg, még idővesztés által sem, hogy a szokott szokás szerű kezelésben nem részesült. Azt a jelenséget pedig, hogy igen nagy és mély (de át nem szakadt) szarufekélyek meglepően kicsiny és vékony forradással gyógyultak be, tehát a legelőnyösebb befolyást szarufekélyek gyógyítására, igen sokszor és határozottan tapasztaltam olyanoknál, kik a borglycerint hosszabban használták. Legkevesebbé feltűnő hatása van e szernek nagy, solitair phlyctenának ellen; de ilyenkor is sokszor pótolta már a calomel behintését. Igen természetes, hogy idült, már többször recidivált, nyilvánvaló görvélykórú által fenntartott, esetleg az orr nagyobb dugultságával együttjáró ily conj. phlyctenosa esetében a borglycerin *maga* nem lehet feltűnő sikerű; ilyenkor csak az általános gyógyítás és főleg az orr gondos kezelése biztosíthatja az eredményt.

Hasonlóul sikeresnek találom a borglycerin használatát részint magában, részint egyéb kezelés segítőjeként súlyos hurutból eredő szarufekélyek (a mély, sarlóalakú fekélyek) esetében; ugyanezt mondhatom sérülésből származott fekélyekről is. Természetesen egyebekben eltérő a kezelés e két esetben, de a borglycerin becspegetése részint helyettesítheti a távol lakó betegnél az argentum nitr.-al való esetelést, a jodoform-behintést stb., részint ezek mellett siettetni az infiltrált fekély-alap megtisztulását és forradását. A hurutos fekélyek ellen azonban még elkerülhetetlen más, erélyesebb desinficiens használatát, mert igen bő váladék ellen a borglycerin nem tesz eleget.

A *trachomának* is vannak esetei vagy inkább időszakai, mikor ez a szer igen jó szolgálatot tesz; eredetileg épen trachoma ellen használtam, a személyesen nem kezelhető betegknél, minden válogatás nélkül, a 10—15%-os *borax-glycerint*. Csakhamar megtanultam azonban, hogy bőven secernáló trachomás kötőhártyán, kivált mikor az sötét vörös színű, visszeres pangás miatt, de általában friss, nagyobb izgalommal járó esetekben nem okoz javulást; ilyenkor, úgy lászik, nem fejtheti ki üdvös hatását a kötőhártya szövetére. Igen figyelemre méltó jó hatást tesz ellenben a kisebb fokú, nem bő váladékú *follicularis* alak minden esetében, kivált akkor, ha erélyesebb kezelés (Knapp eljárása, villamos ége-

tések stb.) után már visszafejlődés útján van a vastag és érdes kötőhártya; valamint a már nem secernáló, gyógyuló félben levő trachomás kötőhártyán is, bármelyik alakban volt is megbetegedve. Mindezen esetekben mint a baj újra kitörését gátló, a betegek által *kényelmesen* használható, tehát hamar meg nem unt gyógyszer igen sokszor rendelem és a tőle várt eredményt meg is szokta adni. Hogy borax-glycerin vagy borsav-glycerin használata mellett néhány hónap alatt minden más kezelés nélkül meggyógyulni láttam a tiszta conj. follicularist, ezt nem is említem fontos tanuságként, mert az ily esetek jóindulatú volta ismeretes (ez okozza a trachomagyógyító laikusok nagy sikereit és szép keresetét); de nevezetes jó szolgálattal tudom be a szóban levő szemek azt a sokszor látott hatást, mely abban nyilatkozott, hogy igen súlyos, sokáig kezelt s még érdes és vörös conj. palpebralis elboesátott trachoma-esetekben, melyekben a betegek foglalkozása szerint (por, füst, szél, tisztatlanság hatása alatt) a recidiva bizonyosnak látszott a hónapokon, nem egyszer éveken át ellenőrzött betegnél, az be nem következett, hanem a conj. halvány s a tarsus széle éles lett, vagyis a gyulladás, borglycerin kizárólagos használata mellett, tökéletessé lett. Vannak betegek, kik teljesen jól érzik szemüket, de évek óta készen tartják e szert s legkisebb szűrés, érdesség érzete esetén magoktól használni kezdik.

A kötőhártyai bajok orvoslásának nagynak kell lenni a kicsinyekben, az eszközök aprólékosságában. Ilyen aprólékosság: rá ismerni azon esetekre, melyekben egyik szer nem jó, a másik jó; ilyen apróbb, néha azonban nagyobb fennakadások alkalmával fogják a kartársak hasznát vehetni az általam ajánlott szemek, mely néha igen hasznos és sohasem ártalmas.

Az epibulbaris epitheliomáról két eset kapcsán.

Blaskovics Fridolin dr., szemklinikai gyakornoktól.

Az epibulbaris daganatok a szem betegségeinek ritkább fajtát képezik. *Noyes*¹ említi, hogy a „*Newyork Eye and Ear Infirmary*”-ben 1870—1880-ig 70,809 beteg közül 25 conjunctivális és 3 corneális daganat fordult elő.

Az epithelioma ezen daganatoknak csak kisebb részét képezi. *Lagrange*² ki az eddig közölt eseteket tanulmánya tárgyává tette s maga is 2 eset leírásával gazdagította, összesen 36 közleményről van tudomása. Mindezen esetekben az epithelioma székhelyét a conjunctiva bulbi és a corneo-sclerális határ képezte.

Az epibulbaris hámrák *nagysága* igen különböző lehet. Kezdetben gyakran úgy és oly nagyságban jelentkezik, mint egy phlyctenás csomó. Később egy kis borsó nagyságát éri el, mely terjedelemben hosszabb-rövidebb ideig megmaradhat. Gyakrabban észlelték, hogy a daganat egyszerre igen gyors növekedésnek indul, s az esetek legnagyobb részében mogoró egész kis dió nagyságban jöttek az epitheliomák észlelés alá. Többnyire ugyanis csak a gyors növekedés s az ezzel járó heves fájdalom készítetik a beteget az orvosi kezelés igénybevételére. Az epitheliomák azonban ezeknél jóval nagyobbak lehetnek. Alább közlendő két esetünkben az egyik daganat dió, a másik galambtojás mekkoraságát érte el. Kétségtelenül legnagyobbak azonban a *Heyder*³ által leírt epitheliomák (2 eset), melyek tyúktojásnyi nagyságot értek el, úgy hogy a bulbus eltávolítása a szemhéjakkal együtt vált szükségessé.

A daganat határait rendszerint élesek, különösen a cornea felé; felszíne dudoros, gyakran exulceráló, a conjunctivával fedett részleteken sima, gyakran erezett szokott lenni. Az epitheliomák alapjuk felett ritkán mozgathatók, bár a sclera és corneával ninesenek mindig szorosabb összefüggésben s csak a limbus táján — tehát a honnan rendszerint kiindulnak — mutatnak erős odanövést.

Az epitheliomák a bulbus felületén terjedve növekszenek. *Caspar*¹ szerint feltűnő sajátosságuk, hogy a sclera felé gyorsabban terjeszkednek, mint a cornea felé, miközben ennek epithelje a megtámadott részekben gyakran szintén részt vesz a daganat képzésében. Ugyanezt tapasztalhatjuk a conjunctiva részéről is. De nem mindig marad a hámrák felületen, hanem sokszor behatol magába a bulbusba is. Ez megtörténhetik még aránylag igen kis terjedelmű epitheliománál is. A behatolás rendszeren a cornea és sclera határvonalán szokott végbemenni, hol a ráksejtek az egyes lemezek és rostok közé hatolva bejuthatnak a Schlemm-féle csatornába, a mellső csarnokba. Itt megtámadhatják az irist, a corpus ciliare, míg végre az egész bulbus és környékét infiltrálhatják. Más módját a terjedésnek t. i. a metastasisokat is elég gyakran észlelték, laetális kimenetelt vonva maguk után.

Az epibulbaris hámráknak tipikus klinikai képe azonban gyakran mutat eltéréseket, s különösen kezdeti szakában gyakran lennének diagnosticus tévedéseknek kitéve — mikroszkop igénybevétele nélkül. A limbus conjunctivae egyéb daganatai közül főleg a dermoid, a sarcoma és a papilloma azok, melyekkel az epithelioma összetéveszhető lenne.

A *dermoiddal* való összetévesztéstől legtöbbször meg fog óvni az, hogy míg az epitheliomák rendszerint az 50—60-dik életévben szoktak előfordulni, addig a dermoidok tudvalevőleg az első életévekben fejlődnek ki, s csak ritka esetekben észlelhetők a 20-dik életéven túl. Igaz, hogy e szabály sincs kivétel nélkül: *Dujardin*² egy 20 hónapos gyermeknél észlelt egy epitheliomának bizonyult daganatot, *Keyser*³ egy 19 éves ifjúnál talált egy általa rákosnak tartott új képletet; de ezek a legnagyobb ritkaságok, s ilyenkor talán a hámrák egyéb tünetei útbaigazíthatnak bennünket.

A *sarcomától* való megkülönböztetés is legtöbbször klinikailag lesz lehetséges. Útbaigazít itt mindenképp előtte a kérdéses daganat festenyzettsége. A sarcoma többnyire festenyzetek, az epitheliomák nagy ritkán. De ezzel még korántsem elégedhetünk meg, mert a mint festenyzett epitheliomákat már észlelték, úgy festeny nélküli sarcomák is fordulnak elő a limbuson, sőt lehetséges az is, hogy egy melanosarcoma éppen a felületén festenymentes. Nagyobb fontossággal bír a daganat alakja: a sarcomák ugyanis rendszerint kocsanysak, a corneára ritkán terjednek át, s ha arra rá is hajolnak, szélük felemelhető, ellenkezőleg az epitheliomák mindig széles alappal bírnak. S ha tekintetbe vesszük a hámrák egyéb tüneteit, mint például a felület gyakori kifelé kifelé esését, a gyors fejlődéssel beálló erős, kisugárzó fájdalmak, az esetleg beszűródött fül előtti és áll alatti nyirkmirigyeket stb., a legtöbb esetben klinikailag is meg lesz állapítható a helyes diagnosis.

Sokkal nehezebb néha a differential diagnosis a *papillomákkal* szemben, melyek bár kórszövettanilag lényegesen eltérők a carcinomáktól, klinikailag azokhoz igen hasonlóak lehetnek. A megkülönböztetés igen fontos, mert míg a papilloma legfeljebb lokális recidivákat okoz, s így a szem és a látás alapos kiirtásukkal megtartható lényen, addig ez az epitheliomáknál csak kivételes esetekben fog sikerülni, s ezenfelül nagyobb terjedelmű hámráknál az enucleatioval sem szabad sokáig késnünk. A papilloma és epithelioma közötti különbséget fejlődésük első szakában klinikailag megtenni gyakran lehetetlen. Ily stadiumban azonban a klinikus meg fog elégedni azzal is, ha daganat kiirtása után, microscop igénybevételével tudhatja csak meg a diagnosis, mert az alapos kiirtás mindkét daganatnál szükséges, s még ha hámrák is lenne: egy lencsenyi vagy kisebb daganat miatt a bulbus senkisében fogja enucleálni, annál kevésbbé, mert ily stadiumban epitheliomákat is láttak már véglegesen gyógyulni. A fejlődés későbbi szakában a különbség klinikailag is meg lesz tehető, ha tekintetbe vesszük a papillomák szemészeti (papillaris) felszínét, szemben a hámrák bár gyakran dudoros, de fénylő (a rajta lévő conjunctiva miatt) felületével; a hol pedig

¹ Henry Noyes, „Transactions of the Americ. Ophthalm. Soc.” 1882. jul. 29.

² Félix Lagrange, „Études sur les tumeurs de l'oeil”. Paris, 1893.

³ Dr. C. Heyder, „Archiv für Augenheilkunde”. XVII. kötet.

¹ Dr. L. Caspar, „Archiv für Augenheilkunde”. XXIV. kötet.

² A. Dujardin, „Journal des Sciences medicales de Lille” 1881.

³ Keyser, „Zehender's klinische Monatsblätter für Augenheilkunde”. 1869.

már fekélyek is vannak, ezekből a váladékot eltávolítva, gyakran leszünk képesek az opák, fehér rákesapokat megkülönböztetni. Továbbá a papillomák gyakran kocványosak, vagy többes számban vannak jelen, fejlődésük fájdalommal nem jár, gyakran indulnak ki a carunculából, tendenciát mutatnak a felület szerint burjánzani, nem hatolnak soha a cornea lemezei közé vagy a szemteke belsejébe. Mindezen tulajdonságok egyike-másika concret esetben irányadó lehet. Ha mindezek mellett nem vagyunk képesek dönteni, a daganatból kimetszett kis darabból készült „Zupfpraeparatum“ mindig megadja a kellő felvilágosítást.

Fejlődésük legelső stadiumában az epitheliomák hasonlóak lehetnek még egy phlyctenához, vagy egy vastag pannushoz, de ezen esetekben rövidebb-hosszabb ideig tartó megfigyelés — azt hiszem — mindig meg fogja adni a lehetőséget a lényeg felismerésére.

Áttérve röviden az epitheliomák *prognosisára*, azt mondhatjuk: hogy ezen új képletek nemesak a szem és a látás épségére, hanem — metastasisaik folytán — az életre nézve is igen súlyos megbetegedést képeznek. Elég korai és alapos kiirtás után észleltek ugyan már többször gyógyuló eseteket, de a legtöbb közlésben csak aránylag igen kevés operatio utáni lefolyt időről van szó, s így kérdés, hogy későbbi időben nem állott-e be recidiva? A bulbus enucleatiója sokszor csak a beállott recidivák folyamán vált szükségessé, de úgy ezen esetekben, mint másokban, hol a beteg jelentkezése után azonnal végezték az enucleatiót, több eset ismeretes, hol a bekövetkezett metastasisok laetalis kimenetelt vontak maguk után.

Ezekből következik, hogy a *therapia* is legtöbbször az enucleatio kell hogy legyen. A kezdeti szakban megkísérhetjük a daganat lehetőleg alapos kiirtását késsel, ollóval és tűzes vassal, de ha a daganat nagyobb terjedelmű — még ha jó visus is van jelen — úgy hogy alapos kiirtását nem remélhetjük, nem szabad késlekednünk az enucleatióval. Fokozottabb mértékben áll ez, ha a daganat behatolt már a szem belsejébe, avagy a környeztetet is infiltrálta, hol csakis enucleatióról, illetve exenteratióról lehet szó, beleértve az esetleg infiltrált mirigyeknek lehetőség szerint alapos kiirtását.

Ezekben röviden vázolni akarván az epitheliomák jelentőségét, szabadjon áttérnem a budapesti egyetemi szemklinikán észlelt s feldolgozásra átengedett két eset részletes leírására.

I. eset. F. D., 48 éves, napszámos; felvettük 1890. november 4-dikén.

Előzmény. Beteg már ezelőtt 3 évvel vette észre, hogy bal szeme fehérenek külső részén kis daganat képződött. Orvost consultált, ki a daganat kiirtását ajánlotta, mit azonban a beteg nem fogadott el. A daganat folytonosan növekedett, mialatt a szemteke egész látható részét elfoglalván, látását is elvesztette. Ez s az utóbbi időben fellépő óriási fájdalmak birták arra, hogy operatio útján meneküljön bajától.

Jelen állapot. Jobb szem ép. Bal szemhéjjak előre domborodnak, különben épeknek látszanak. Szemrés zárása kissé akadályozott ugyan, de azért active is eszközölhető. A szemteke mozgásai különösen kifelé igen korlátoltak. A szemteke mellső részét jó részt egy széles alapú, hús tömörségű és színű, dudorzos felületű daganat foglalja el. A daganat határai: alul az átmeneti redő, belül a limbus belső része, úgy azonban, hogy az egész cornea fedve van általa; kívül és felül még a szemhéjjak erős széttárása mellett sem nem láthatók, sem a tapintó ujjal el nem érhetők szélei. A szemteke erősen befelé rotált, úgy hogy a limbuson túl befelé csak keskeny csíkja látható a sclerának. A daganat külső részét, mely leginkább domborodik előre, conjunctiva fedi, míg belső részén s legnagyobb domborulatán egyes vér-avadékossal telt kikopások vannak. Szem egyéb részei nem láthatók. Fényezés nincsen.

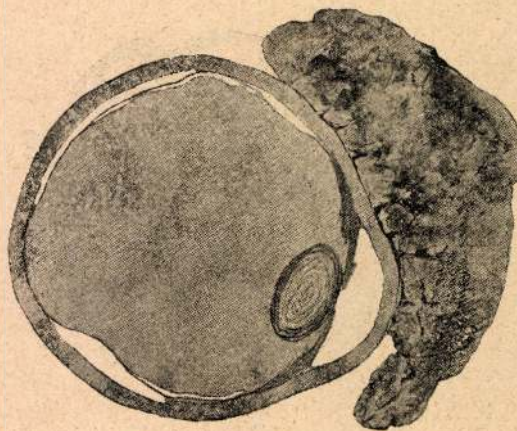
Körlefolyás. A szemteke november 8-dikán lett enucleálva. A kifejtést incisio canthi externi előrebocsátásával lehetett csak eszközölni. Az enucleatio maga szokott módon történt nagyobb vérzés kíséretében. Ennek csillapítása erős nyomókötéssel történt. A gyógyulás minden akadály nélkül folyt le, úgy hogy a beteget november 16-dikán elbocsáthattuk.

Tudakozódásunkra 1894. márczius 18-dikán keltezett válaszból (3¹/₂ év múltán) kitűnik, hogy beteg él és teljesen egészségesnek érzi magát.

Kórbonczatani és kórszövettani lelet. Enucleatio után láthatóvá vált, hogy a daganat felül és kívül az aequatorig, alul az alsó egyenes izom tapadási helyéig terjed. Méretei: haránt irányban 26 mm., függélyes irányban 23 mm., vastagsága 11 mm. A daganat mindenütt széles alappal bír, mely felett nem mozgatható.

Enucleatio után a szemteke azonnal Müller-féle folyadékba lett téve, később a rendes eljárások mellett celloidinba beágyazva mikroszkopiai vizsgálatnak alávetve. (A szemteken harántul haladó mikroszkopiai metszetnek kétszeresen nagyított képét mutatja az 1. sz. ábra.)¹

A corneát teljesen fedő, nagy tumor tágközü, vékony kötőszöveti hálózattól áll, melynek hézagaiban nagy magvú hámsejtek csoportjai foglalnak helyet. A daganat felületéről mélyen benyúló és széles hámcsapok hatolnak a mélybe. E csapok, valamint az egyes hámsejtesoportokban a széleken fekvő sejtek alakja leginkább megfelel a gömbalaknak, míg a csoport közepe felé mindinkább lelapulnak, hol sok helyütt találunk ú. n. epithelgyöngyöt. Az egyes sejtesoportok középrészei haematoxylinnal kevésbé jól festődnek, mint a széli részek. E rosszul festődő sejtek között számos fénylő — nyilván *elszarúsodott* — sejtet találunk. A daganat több helyén kissejtű infiltratum található, mely néhol egész hámsejtesoportot ellep. Vörös vörsejtek halmazából álló extravasatum is több helyütt található. A daganat felülete



1. ábra.

egyrészt túltengett conjunctivalis hámval fedett, másrészt maga e hám is résztvesz a hámcsapok képzésében. A felületen több helyt látunk genyesejtekkel, számos vörös vörsejt- és szövetdetritus-val telt kisebb kiöblösödések, melyeknek szélein kissejtű infiltratum látható. Az oldalrészekben, hol a daganat az aequator felé terjed, rostos kötőszövettel van körülvéve. A daganat alapja mindenütt szoros összefüggésben van sclerával illetve corneával, sőt a daganat alakelemei ezeknek külső rétegeibe behatolván a sclera és cornea e helyütt ¹/₃-ával megvékonyodottnak látszik. A cornea feletti részen legjobban látható e behatolás az egyes lemezek közé, olyannyira, hogy a hámsejtesoportok között fel lehet ismerni a cornea rostkötegeit, melyek itt mintegy a daganat támasztó szövetévé váltak. A cornea és sclera mélyebb rétegeiben is láthatók egyes, kisebb beszűrődések, különösen a corneo-scleralis határon, hol egy keskeny sávban egész az irisgyökig követhetők. A mellső csarnokban azonban igen kis mennyiségű véren kívül egyebet nem találunk, úgyszintén maga az iris, a corpus ciliare, valamint a szem egyéb részei is elváltozást nem mutatnak.

Ezekből a diagnosis: *carcinoma epitheliale*-ra teendő. A kiindulási pontja a daganatnak biztosan meg nem állapítható, valószínűnek tartom azonban, hogy ez a limbus conjunctivae külső része. Egyrészt, mert ez képezi a daganat középpontját s e felett legvastagabb is a daganat, másrészt, mert e helyen hatolt a daganat leginkább a mélybe.

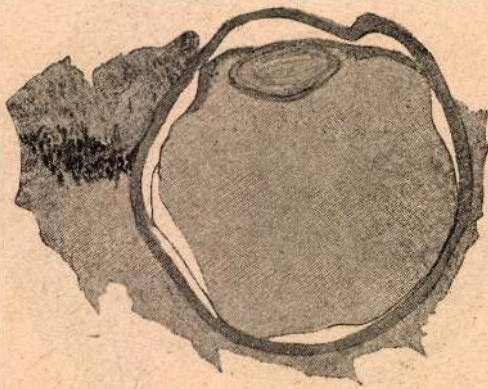
¹ Az ábrákat dr. Bartha Gusztáv szemkl. gyak. volt szíves megrajzolni, miért e helyen is köszönetet mondok.

II. eset. K. Gy., 62 éves, földműves; felvettük 1891. február 16-dikán.

Előzmény. Beteg előadja, hogy mindig vörösek voltak szemei, látásával azonban mindig meg volt elégedve. Alsó szemhéjai már évek óta elállanak a szemgolyótól, s azóta szemei mindig könnyezők, szemhéjai duzzadtak. 1890. november 10-dikén (tehát 3 hó előtt) egy kis mákszemnyi daganatot vett észre jobb szeme fehéren a belső oldalon. Azóta ez folyton nagyobbodik, s látása is csökkent. Fájdalmi nem voltak.

Jelen állapot. Mindkét szem alsó szemhéjai vastagodottak, különösen a széleken, melyek kifordultak; a tarsalis conjunctiva, ennek megfelelően élénk vörös, duzzadt, egyenetlen felületű (ectropium luxurians). A bal szem egyébként ép; $v = \frac{5}{15}$, E. Jobb szemteke belső részén halvány vörös, széles alapú, lapos, kissé dudorzos felszínű, éles határú, tömött daganat foglal helyet. A daganat a cornea belső $\frac{1}{3}$ -ára reáért, befelé egész a szemzúgig ér s itt erősebben kiemelkedik, fel- és lefelé csak a szemrés erős széttáráásával láthatók határai. Az egész daganat nagobbára háromszög alakú; alapja felett nem mozgatható. A felületen bőséges edényhálózattal bír s egyes helyeken gombostűfejnyi s nagyobb genyszerű váladékkal telt fekélyecskék láthatók rajta. A cornea egyéb részein, valamint az egész szemén más fel-tűnő elváltozás nem látható. Szemteke mozgásai befelé korlátozottak. Tn. $v = \frac{5}{15}$; üveg nem javít.

Kórlefolyás. Február 17-dikén a szem szabályszerűen enucleálva lett, mit reactio nélküli gyógyulás követett, úgy hogy a beteg február 23-dikán elhagyhatta klinikánkat.



2. ábra.

Azóta a klinikán nem mutatkozván, kérdezősködésünkre minden egyéb felvilágosító adat nélkül azt a választ nyertük, hogy 1892. február 1-én meghalt.

Kórbonczati és kórszövettani lelet. Az enucleált szemtekén látható, hogy a daganat hátrafelé a musc. rectus int. tapadási helyéig terjed, ezentúl az aequatorig lágy, rózsaszínű részlettel függ össze. Terjedelme haránt irányban 17 mm., függőleges irányban 21 mm.; vastagsága 10 mm.-t tesz ki.

A praeparálás úgy történt, mint előbbi esetünkben. (A 2. sz. ábra a harántúl átmetszett bulbusból készült mikroszkopiai praeparatum kétszeresen nagyított képét ábrázolja.)

A tumoron (az ábrán is feltüntetett) 2 részt kell megkülönböztetni, egy elülső, erősebben festett és egy hátulsó, gyengén festett részt. Az elülső rész egyes részleteiben elég kisközü és vastag kötőszöveti hálózattal áll, melynek hézagaiban, különböző nagyságú, nagy magvú s számos oszló félben lévő hámsejt foglal helyet. A hámsejtek a daganat belső és hátsó részén különösen jól festődnek haematoxylinnal s e helyen a kötőszöveti háló közei kisebbek. A daganat felszínéről viszont elég mélyen a daganatba behatoló hámcsapok foglalnak helyet. E csapok hámsejtjei kevésbé jól festődnek, különösen a csapok közepén, hol sok lelapult hámsejtet találunk, elszarusodó félben lévő sejtet azonban jóval kevesebbet, mint az első esetünkben. A daganat hátsó, gyengén festett részének közepén az erősen túltengett musc. rectus int. harántesíktől izomrostjai láthatók; körülötte zsírszövetből, laza rostos kötőszövetből s néhány tágabb véredényből álló szövet foglal helyet. A hámsejtcsoportok eme részbe nem hatolnak, hanem egy eléggé éles határvonalban végződnek.

A hámsejtcsoportokból álló mellső részlet (a tulajdonképeni daganat) sok helyütt bir nagyobb kiterjedésű kissejtű infiltratummal és vörös véresejtek halmazából álló extravasatummal, különösen a felület közelében. A felszínen több, a mélybe hatoló, vér és szövettörmelékekkel telt fekély van. A daganat ki nem fekélyesedett felületét vastagodott, a hámcsapok képzésében résztvevő conjunctiva fedi. Ugyanezt látjuk a daganat külső részén a corneális hám részéről is. A daganat alapján a hámsejtek sok helyütt behatolnak a cornea illetőleg a sclera szövetelemei közé, úgy hogy ezek e helyeken valamivel keskenyebbeknek tűnnek fel. Különösen mélyen hatol be az infiltratio a limbus tájékán, a nélkül azonban, hogy a Descemet-hártyáig jutna.

A cornea és sclera egyéb részein elváltozás nem található. A mellső csarnok valamivel sekélyebb, a lenese kérgi részletei keskeny sávban ziláltak, durván szemészetek.

Ezekből következik, hogy itt is *carcinoma epitheliale*-val van dolgunk, melynek kiindulási helye a conjunctiva bulbaris vagy a limbus conjunctivae lehet. A daganat hátsó részletével összefüggő lágy képlet nem egyéb mint pangás által duzzasztott kötőszövet, illetve zsírszövet, melyben a túltengett belső egyenes szemizom foglal helyet. A sok oszlófélben lévő ráksejt igazolja a daganat gyors fejlődését.

Az enucleatio szükségességét — dacára az $\frac{5}{15}$ látóélességnek — nem kell bővebben fejtegetnem, hiszen a cornea és sclera lemezei közé mélyen behatoló ráksejtek bizonyítják, hogy a daganat egyszerű eltávolítása eredményre nem vezetett volna.

Szilágyi Ete tanár.

Az élet mindinkább nehezbűlő küzdelmében egyre ritkulnak azok, kik életüket önzetlenül ideális céloknak szentelik, kik a tudomány művelését öncélnak tekintik. Egy ilyen férfi elhunytát gyászolja *Szilágyi Etének*, a szemészet tanárának halálában a kolozsvári egyetem s vele együtt a magyar tudományos világ.

Szilágyi nevével hírlapokban soha s tudományos folyóiratokban is ritkán találkoztunk. Munkásságának eredményeit nem igyekezett hevenyében a piacra vinni s abból akár erkölcsi, de még kevésbé anyagi hasznot nyerni, a mi sajnós, egyik indító forrása a mai irodalmi túlproductiónak!

De ez korántsem jelenti azt, hogy nem dolgozott! Azon néhány közlésben, mely 20 év alatt töle megjelent, hosszú évek hangyaszorgalmának eredményeit látjuk s mindegyikben feltaláljuk egy világos fő, éles elme s nagy műveltség nyilvánulásait.

S valóban úgy látszik, mintha ilyen munkásságra mintegy destinálva lenne Kolozsvár! Egy kis város csendjében, nem zaklatva a magánygyakorlat által, a tanár idejét megoszthatja a tanítás és tudomány művelése közt. Annál végzetesebb csapás a magyar tudományosságra, hogy a kolozsvári egyetem még mindig nélküli azon előfeltételeket, melyek ilyen munkásságra szükségesek. Nem is említve az anyagi helyzet szegényes voltát; a klinikák elhelyezése olyan kedvezőtlen, hogy minden intenzívebb munkásságot megbénít. Pedig ez egyetemnek gyors fejlesztése fontos állami érdek, mert ez az egyedüli mód arra, hogy a két egyetem népessége kedvezőbb arányt nyerjen.

És *Szilágyi* a legnehezebb viszonyok között is a szemkliniká szánalmas s a legszükségesebbet is nélkülöző hajlékát a demokratikus és humánus intézetek mintaképvé emelte.

Magánygyakorlatot nem folytatott, s a ki tanácsát akarta igénybe venni, annak a klinikára kellett mennie, hol mindenki ingyen részesült segélyben. S ha az idő és hely útját állották annak, hogy valamennyi betegnek rendelkezessen, úgy mindig a szegénynek volt előjoga s a vagyonosokat utasította el, de nem saját magához, hanem akármely más magánorvoshoz! Különcnek mondták, pedig idealista volt!

Mennyire megfelelt az ő egyéniségének a ház is, melyben lakott! Báthory fejedelem egykori palotájában, a mi fogalmaink szerint egy rideg, vastag falú, sötét házban, teljes magányban élte örömtelen napjait. Évek óta teljesen elvonultan élt. Idealismusának az élet mindennapi kicsinyességeivel való összeütközése, vagy testi bajának előhaladása okozta-e az azelőtt közlékeny, kellemes modorú, művelt gentleman-nek teljesen magába zárkózását: ki tudná megmondani?

Íróasztala mellett ült naphosszat s nem egyszer éjjel is, s úgy lehet, e néma bútorok: a hű barát nem egy becses s maradandó értékű dolgozatát rejtegeti!

Hiszen minden megjelent munkáját az exactság s szigorú logika jellemzi.

Irodalmi munkásságát az *Orvosi Hetilap* hasábjain kezdte meg s kezdettől fogva a szemészet két legexactabb részével: az optikával és az operálások tanával foglalkozott előszeretettel.

1873-ban jelent meg első dolgozata „Adalékok a rövidlátás kiegyenlítésének elméletéhez“ cím alatt s egy évvel később „A szem fénytörési viszonyainak tárgyi meghatározásáról.“ — Mindkét munkálat alapos matematikai ismereteiről s szigorú ítélőképességéről tanuskodik. Ugyanezen időre esik a szemhéj-képlésekről szóló tanulmányának megjelenése, melyet mint Kovács József tanár műtöndíve írt. A világos, jól érthető körleírások kapcsán s az irodalmi adatok gondos felhasználásával értékes s biztos alapon álló következtetéseket tesz.

A Kolozsvártt töltött 19 év alatt is hű maradt kedvenc irányához. A Kolozsvári Orvos-Természettudományi Értesítőben 1876-ban a „látaoldozásról“, 1881-ben pedig egy „új színvegyítő készülékről“ jelent meg egy-egy közlés. Legutóbb pedig, midőn már mindenki azt hitte, hogy egy a m. tud. akademiának beterveztett előleges értesítéssel végleg letette a tollat: egy nagy munkával: a „Micometer ophthalmoscop“-pal állott elő. A munkát a „Szemészet“ 1893. 5-dik számában részletesen ismerttem. S ha halála ez új eszköz practicus alkalmazhatósága fejlesztésében mindannyiunk veszteségére meg is akadályozta, egy kifogástalan physikai alapon álló eszköz szerkesztésével a szemtükör alkalmazásának terét nemcsak kiszélesítette, hanem annak értékét s jelentőségét nagy mértékben növelte is.

De minden irodalmi munkásságánál maradandóbb az ő szep-lőtlen tiszta jellemének, idealismusának emléke. A kolozsvári egyetem biztosan bekövetkező hatalmas emelkedésével pedig erősbülni fog az ő puritanismusának jótékony s áldásos hatása.

*

Szilágyi Ete Nagyváradon született 1844-ben. Ugyanitt végezte a középiskolát, míg az egyetemi előadásokat Bécsben hallgatta. A szemészetből magasabb képzettségét Stellwag, a bécsi egyetem tanára klinikáján nyerte, hol két évet töltött és pedig egyet mint magyar állam-ösztöndíjas. Bécsből hazatérve, Kovács József tanár klinikáján két évig szolgált mint ösztöndíjas műtöndíve. Magántanárként a szem fénytörési rendellenességei s a szemtükör alkalmazásának tanából. A következő évben pedig Schulek Vilmos helyére, ki Budapestre jött, a kolozsvári egyetemen a szemészet tanárává nevezték ki.

Grósz Emil.

IRODALMI SZEMLE.

— **A szemműtétek után jelentkező deliriumokról.** A műtéteket követő deliriumok kérdése még egyáltalán nem tekinthető véglegesen tisztázottnak, különösen pedig a szemeken véghezvitt műtéteket illetően. Tudjuk, hogy a cataracta extractiót valóságos dühöngő delirium (delire furieux) követheti, melynek eredete azonban korántsem tisztázott. A párisi „Société d'ophthalmologie“ utóbbi gyűléseinek egyikén e kérdés is napirendre került, de megállapodásra a szemészek nem jöttek. A jelenvolt kiváló szemészek majdnem mindegyike más nézet mellett szállott síkra; voltak, kik a szemre alkalmazott fedőkötést tartották a baj okozójának, voltak, kik az atropin hatásának tulajdonították a deliriumokat; mások az alkoholismussal hozták kapcsolatba, végre akadtak olyanok is,

kik a műtétet követő diéta-val vélték megmagyarázhatni az észlelt deliriumokat, avagy épen a hiányos táplálkozással álltak elő, okadatolva ezt a műtétet követő étvágytalanság beálltával. Mindenesetre nehéz a nézetek ily ellentétessége mellett határozott véleményyt adni. A vita folyamán M. Valude is hozzá szólt e tárgyhoz. Egyik észlelt esetében a betegnél fellépő deliriumot (glaucoma megoperálása után) a fenti okok egyikével sem tudja megmagyarázni; de míg itt ezek szerint, a többi megokolással együtt, az alkoholismust is kizártnak tekinti, másrésről a leghatározottabban állítja, hogy bizonyos esetekben az alkoholismusként is evidens szerep jut. Erre vonatkozólag ugyancsak praxisából hoz fel egy példát, s előadja, hogy egy 46 éves péknél, ki notorikus alkoholista volt, cataracta extractiót végzett a bal szemén. A műtét után a beteg első éjele kissé izgatott volt (álmai határozottan az alkoholistát árulták el benne), hasonló volt második éjele is. Nappal a beteg teljesen nyugodt volt. A harmadik napon, a nélkül, hogy atropint kapott volna, hirtelen heves deliriumot kapott, mely roham vagy 20 óráig tartott el, s csak jelentékeny opium- és chloralhydrat-dosisok után szünetelt meg. A betegen előzőleg már (jobb szemén) ugyanez a műtétet végeztetett, s ekkor semminemű izgatottsági tünettel sem igazolta potator voltát, míg ugyancsak ez betegnél czombsontjának törése alkalmával igen vehemensen jelentkezett a delirium. Szerző azt hiszi, hogy ezen utóbbi esettel kézzelfoghatólag képes manifestálni az alkohol és a műtétet követő delirium közti összefüggést: de csakis ezen esetben. (Recueil d'ophthalmologie. 1893. szeptember 9. szám.)

Rottenbiller dr.

— Ulrich R. dr. újabb glaukoma-elméletek kritikája.

Knies érdeme, hogy az iris synechiát a glaukoma megmagyarázására a felszínre hozta, a Fontana-hézag eldugulásának szerepe is minden oldalról helyeseltetik. Ezt Birnbacher és Czernak is elfogadják, de csak mint az uvea gyuladásának részjelenségét és a periph. irissynechiát adhaesiv lob eredményének tekintik, de Ulrich szerint ez csak egyszerű összetapadáson alapszik. Azon elméletek, melyek a retentiót a hátsó csarnokban veszik fel, figyelmen kívül hagyják, hogy az iris szövete atrophikus még a tensioemelkedés kifejlődése előtt is. Ulrich szerint a nyomás növekedése még körkörös iris synechiával sem magyarázható. Staderini nyúl mellső csarnokába injiciált tuschszemcsék mozgásából akarja a csarnokvíz áramlását meghatározni, de minthogy ily kísérletnél a szem puha lesz, a tuschszemcsék súlya és a szemmozgások kiszámíthatatlan változást idéznek elő, e kísérlet el nem fogadható. Tekintve, hogy az összes csarnokvíz a hátsó csarnokban választatik el, s az iritis, mely circularis synechiához vezet, az iris szövét megváltoztatja, az elválasztás ép oly mértékben esökkeni fog, mint a mennyire akadályozott a csarnokvíz elfolyása. Ennek magyarázatára a ciliaris nyúlványok collateralis úton beálló hyperaemiájához és így hyparsecretióhoz kell folyamodni. Priestley Smith a glaukoma okául a lenesének öregkorbeli harántnövekedését tartja, de erre nincs meg a kellő anatómiai alap. Hypersecretió elméleteknél a process. ciliaris hyperaemiája jön kérdésbe, mit a legtöbben elfogadnak, de létrejöttét különféleképp magyarázzák. Birnbacher és Czernak a venae vorticosae-ben endophlebitikus változást vesznek fel, de Ulrich ezt vizsgálatai alapján tagadja. Utóbbinak theoriája a következő: a glaukoma az iris edényeinek megbetegedése, ill. obliterálásából fejlődik. Ez collateralis úton hyperaemiát támaszt a process. ciliaris-ben, mit hypersecretio követ. Az intraocularis nyomás nő, az üvegtest volumene növekedvén, a lenese és iris előrenyomatik, elzárva a mellső és hátsó csarnok közötti közlekedést. A hátsó csarnokban nagy a pangás, a megváltozott irisszövet a csarnokvíz átszűrődésének ellenáll, előrenyomatik a corneához s ezzel összenő. Így az intraocularis folyadék elvezetése akadályozott lévén, a látóidegben lép fel az elvezető út, melynek következménye az excavatio. Az iridectomia a mellső és hátsó csarnok közötti közlekedés helyreállításával gyógyít. (Archiv für Augenheilkunde. XXVI. köt. 1. füz.)

Blaskovics Fridolin dr.

— **Mily helyen csináljunk optikai iridektomiát?** Reche-től. Manapság elterjedt nézet az, hogy optikai iridektomiát lehetőleg a belső oldalon csináljunk s csak nagy szükség esetében a külső

oldalán, mert különben binocularis látás nem jöhet létre. Ez azonban téves; közönségesen ugyanis azt hiszik, hogy közeli tárgyak szemlélésekor a látótengelyek majdnem párhuzamosan állanak egymáshoz és hogy a fénysugarak egyenes irányban haladnak a retinához. Optikai képek szerkesztésekor jogosan oly sugarakat használunk, melyek törés nélkül a szem fénytörő közegein át haladnak, de nem szabad szem előtt téveszteni, hogy ezek a csomóponton áthaladnak; ez pedig nem következik be, ha a sugarak egy mesterségesen készített peripherikus résen át haladnak; másrészt a nevezett sugarak végpontja oly pontot jelez, hol a sugarak egész kúpja egyesül.

Egy fénypontból a corneára egész fénykúp esik, mely a megtörés után megfordított kúpban tova halad és a retina egyik pontjában végződik. Ezt kísérletképpen utánozhatjuk, ha valamely fénypontot +20 dioptriás lencsén át fehér papírlapra vetünk. Ha most a kúp alapjának bármely részét elhomályosítjuk, a kúp többi sugarai mégis fognak a retina egyik pontján képpé egyesülni. Így ha egyéb körülmények nem jömmenek szóba, teljesen mindegy, akárhol csináljuk az iridektomiát.

A peripherikus eső sugaraknál nem szabad a sphaerikus aberratiót figyelmen kívül hagyni. A lencse széli részeiben a sugarak megtörése erősebb mint a centrumban.

Ha az utóbbit elsőtítjük, akkor a peripheriában megtört sugarak kerpét látjuk, mely azelőtt azért nem vált észrevehetővé, mert a centrumon áthaladó fénydúsabb sugarak képe azt elfedte. Ha a fentebb említett kísérleti berendezés mellett a lencsét egy papírlappal fokozatosan elsőtítjük, azt fogjuk tapasztalni, hogy a széli sugarak képe az ellenkező oldalon marad meg legtovább.

Peripherikus fekvő pupillán át tehát a sugarak a sárga folton túl egyesülnek képpé; binocularis látás létrejötté céljából, ha a pupilla kifelé van, kell hogy a szem kifelé forduljon, befelé fekvő pupilla esetét pedig befelé. Azért az előbbi esetben inkább strabismus divergens, utóbbi esetben strabismus convergens fog létrejönni. Miután pedig a convergentia erősebb igénybevétele fárasztó, ajánlatosabb az iridektomiát kifelé csinálni.

A sphaerikus aberratio egy további ok, hogy a rést kifelé készítsük; mert ez esetben a sugarak a sárga folton egyesülnek. Lefelé készíteni a rést a sphaerikus aberratio miatt, ugyancsak nem tanácsos, mert magassági különbözöket a látótengelyekben a szem nem jól tűr. Ugyanez okból, de még a felső szemhéj által történő eltakarás miatt is ellenjavalt az iridektomiát fölfelé készíteni.

Eddig szándékosan el volt hanyagolva az optikai és a látótengely közti szöglet, mely bár kicsiny, de ugyancsak a mellett szól, hogy a rést kifelé csináljuk. Ezen szöglet következtében a fixált pont képe az optikai tengelytől kissé az orr felé esik; ezért látszólag előnyösebb volna az orr felé eső rés.

De miután peripherikus sugarakról van szó, melyek erősebben megtörnek, a fixált pont képe az ellenkező oldalon lesz, és közelebb esik a sárga folthoz, ha a rés kifelé van, mintha befelé volna.

Végül igen előnyös, hogy temporalis rés mellett a binocularis látótér kifelé megnagyobbodik, míg ezen előny nasalis résnél elesik.

Igen természetes, hogy mindezek csak akkor érvényesek, ha hely tekintetében a belső és külső oldal közül az egyiket szabadon választhatjuk, mert optikai iridektomiánál a homályok helye határozott első tekintetben. (Archiv für Augenheilkunde. 26. Band.) Kiray Aristid dr.

VEGYESEK.

— A vakok számára vonatkozó törvényekről az Amerikai Egyesült-Államokban tartott előadást Lucien Howe, buffaloi orvos, az „American Medical Association“ 44-dik évi gyűlésén.

Az előadó már 1887-ben figyelmeztetett azon körülményre, hogy az Egyesült-Államokban a vakok száma aránytalanul nő a népesséssel szemben. Ennek oka jórészt a blennorrhoea neonatorum. Azóta New-York, Maine és Rhode Island államok megfelelő törvényeket léptettek életbe. Hasonló törvények alkotása más államokban is kívánatos.

1880-ban mutatták ki először rendszeres statisztikában a testi fogyatkozásokkal bírók számát. Az eredmény megdöbbentő volt. 1890-

ben a vakok száma 1880-nal szemben 320% növekedést mutatott. Míg ugyanis 1880-ban 48,929 vakot találtak, addig azok száma 1890-ben 50,411. A szaporodás aránylag kevés, de megjegyzendő, hogy 1890-ben a statisztika nem volt oly pontos, mint 1880-ban.

Bár a vakok jórészt a blennorrhoea neonatorum által okozatik, mégsem lehet teljes pontossággal megállapítani, hogy mily mértékben. A legtöbben 9.5–10%-ra becsülik az ily módon megvakultak számát. Túlzás nélkül 5000-re tehető az Egyesült-Államokban a blennorrhoea neonatorum folytán megvakultak száma. Ha a vakok intézeteinek lakóit vesszük a statisztika alapjául, úgy a százalékos szám megkétszereződik, a mint azt nemcsak az Amerikai Egyesült-Államok, hanem Európa intézetei is bizonyítják. Így találták ezt Fuchs, Magnus és mások. Középszámítással a gyermekkorban blennorrhoea neonatorum folytán megvakultak száma 18.5–19%-ra tehető.

Az előadó figyelmeztet, hogy mily kedvező a prognózis, ha a baj korán, lehetőleg az első héten kerül szakszerű kezelés alá s mily súlyosak a következmények elhanyagolás esetén. Ezért szükséges, hogy az ily módon megbetegedett gyermekek lehetőleg korán jelentessenek be orvosnál. Nem ritkán hozzák a csecsemőt már átfuródott szaruhártyával a szemorvoshoz, mivel az anya, néha a kezelő orvos is, azt hitte, hogy a gyermek csak „meghült“!

Kérdés tehát, mily eszközökkel lehet e bajon segíteni. A közönség oktatása mitsem ér. A dajkák és ápolók figyelmeztetése sem jár nagyobb eredménnyel. Az egyedüli célhoz vezető út ezen személyek szigorú büntetése. Ezt csak törvények alkotásával lehet elérni.

Ezen szempontok vezérelték azokat, a kik ezen tárgygyal lelkiismeretesen foglalkoztak. Elsőnek New-York állam léptetett életbe ily irányú törvényt 1890-ben. A törvény rövid, de szabatos. Ha a baba vagy dajka a gyermek két első élethetén belül észreveszi, hogy a gyermek egyik vagy mindkét szemé vörös vagy gyuladt, úgy köteles azt hat órán belül írásban bejelenteni. Ezen törvény áthágását 100 dollárig terjedhető pénzbírsággal vagy hat hónapig terjedhető börtönnel avagy mindkettővel büntetik.

Ezen törvény alapján New-Yorkban néhány dajkát törvényszék elé állítottak. De a vádlottak ezen kifejezésben „észreveszi“, jó kibuvót találtak. Ezért a megfelelő törvényszakasz szövegét módosították, azonkívül a büntetést is súlyosították.

Maine államban 1891-ben hasonló törvényeket léptettek életbe. Ezt követte Rhode Island 1893-ban.

Az előadó fölveti a kérdést, hogy mily előnnyel jár, ha a bábát vagy dajkát kötelezik, hogy a gyermeket bejelentse az orvosnak, holott sok ügyvezető doktor (!) majdnem oly tudatlan, mint maga a dajka. Az előadó maga adja a helyes feleletet. A dajkának felelősségének tudatával kell bírnia és tudnia kell, hogy azon vörösség és váladékképződés nem oly esekélyesség, melylyel törődni nem kell. A szülők megértik, hogy a baj elég komoly, ha külön törvények szükségesek annak elhárítására s nagyobb gonddal választják meg az orvost. A mi az orvost illeti, ha elfogadja az esetet, tudnia kell vele bánni. A szülők joggal ő reá hárítják a felelősséget, és ha reá bizonyít tudatlansága, nemcsak a törvényszabta büntetést mérik ki reá, hanem például szolgál másoknak is. (Journal of the American Medical Association.) Pauze Mark dr.

— Deyl dr. prágai egyetemi magántanárt ugyanazon egyetemre a szemészet rendkívüli tanárává nevezték ki.

— Hirschberg érdekesen írja le az indiai hályogoperálásokról szerzett tapasztalatait. Elmondja, hogy bár az indiai orvostudomány mindenféle babonától hemzseg, az általános szabályok mintaszerűek. Ilyenek például a következők: az orvos betegeit gyermekeknek tekintse; a legközelebbes műszer: a kéz; az orvos egyszersmind sebéss is legyen, a ki az orvosi tudománynak csak egyik ágában járatos, olyan madárhoz hasonló, melynek egy szárnya van. A hályog lenyomása minden valószínűség szerint indiai eredetű. Az ó-görögök mitsem tudtak felőle, Celsus írja le első ízben, Galen s Paullus Aegina is említik, az arabok a középkorban részletesen ismerték az eljárást, s Európában alig kétszáz éve, hogy a hályogoperálások a kuruzslók kezéből az orvosokéba jutott.

Hirschberg Jaipurban minden áron meg akart ismerkedni egy olyan benszüllött kuruzslóval, ki még őrzi a hályogeltolás mesterségét. Ez csak sok utánjárással sikerült, eszközeit azonban nem mutatta meg. Így az eredmények után kutatott. S őszintén meg kell vallania, hogy igen sok szép sikerrel operált hályogost látott s szólított meg az utcán, kik látásukat kuruzslóknak köszönhetik, sőt átlag még szebb eredményűek ezek, mint az angol kórházban végzett extractiók. Hogy a reclatio Indiában jobb sikert ad, mint nálunk, hol tudvalevőleg ezelőtt 50% volt a balsiker, szemben a mai methodusok 0.5–1% veszteségével, annak oka abban rejlik, hogy a forró éghajlat alatt a hályogok korábbi életévekben érnek meg, s így a reclatio nem olyan veszedelmes, mint az öreg korban. Ebből korántsem vonja azt a következtetést, hogy jogosult a hályogeltolás, de el kell ismernie, hogy Indiában évszázadok sőt évezredek óta számtalan embernek adták vissza a látást ilyen módon. (A vidéken én is láttam néhány reclinálás által szép sikerrel megoperált hályogost, de sok szerencsétlenül jártat is. G. E.)

— Helmholtz Amerikában mint Knapp vendége, utóbbi hallgatónak elmondta a szemtükör feltalálásának történetét. Ismert szerénységével kiemelte az előzményeket, melyek alapján a szemtükör construalása lehetővé vált. (Brücke.) Az ő érdeme, mint mondja, abban áll, hogy megfejtette a kérdést, mikép lehet a szemfenék képét láthatóvá tenni, míg előzői fél úton maradtak. Ebben az a tanulság rejlik, hogy a jelenségek vizsgálásában mindig végig kell követni a következtetések sorozatát. Így követte ő is a fénysugarak útját a fényforrástól a vizsgált egyén szemébe s innen a vizsgálóba, s a kérdés meg volt fejtve!

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Az agathinról.

Irta *Aujeszky Aladár* dr., kórodai gyakornok.

Az orvosirodalmi lapok hirdetési rovatában újabb időben nagy számmal olvashatjuk a „kitűnő hatásúknak“ nyilvánított, „minden kellemetlen mellékhatástól mentes“ s hangzatosnál hangzatosabb nevekkel ékeskedő legújabb gyógyszerek neveit, „melyek feltalálása és előállítás a gyógytudományra rendkívüli nyereség“. A sebész ugyancsak válogathat az új anti-septicumok közül, a bőrgyógyásznak egyebeken kívül új higany-készítményeket szállít a gyógyipar, de legtöbbet kap a belgyógyász, a kit az új gyógyszereknek valóságos legiója ostromol meg. A klinikai kísérletek azután több-kevesebb kivétellel kimutatják, hogy ezen új szerek, melyek többnyire több előnyösen ható gyógyszernek keverékei vagy derivatumai, épen nem jobbak a már meglévőknél s közhasználatnak örvendőknél, sőt hatás tekintetében is többnyire messze mögöttük maradnak. Így tehát forgalomba hozataluknak és nagy reklámmal való hirdettetésüknek rugója nem egyéb, mint előállításuknak hiusága vagy nyereségvágya.

Tagadhatatlan azonban, hogy az új gyógyszerek között is akad itt-ott egy-egy hasznavehető s ezért nem szabad feleltük általánosságban pálcát törnünk. A klinikusnak kötelessége az új gyógyszereket ezen kivételekre való tekintetből exakt vizsgálat és bírálat alá venni, a hasznavehetőket megtartani, a hasznavehetetleneket pedig elítélni.

Ezen felfogásnak hódolva, bizott meg tisztelt főnököm, *Kétli* tanár úr, hogy klinikáján egy új antineuralgikus gyógyszerrel, az *agathinnal* kísérletezzem.

Az *agathin* (= salicyl α methylphenylhydrazin, $C_6H_7O_2$, OH , $CH = N$, N , $(CH_3)_2$, C_6H_5) *Roos Israel* dr. vegyész állította elő az α methylphenylhydrazinnak a salicylaldehyddel való condensatiójából. Apró, fehér, a zöldessárgába játszó, szag- és íz nélküli lemezkéket képez, melyek vízben oldhatatlanok, aetherben és borszeszben jól oldódnak.

Az első gyógykísérletek az *agathinnal* majnai Frankfurtban történtek, a hol *Rosenbaum*, *Ebeling*, *Jean Schmidt*, *Laquer*, *Löwenthal* alkalmazták az új gyógyszert.

*Rosenbaum*¹ fényes eredményeket látott az *agathintól* 4 súlyos ischiasnál, 1 egyszerű és 2 influenzás supraorbitalis neuralgiánál, 1 myorrheumánál és egy diabetesben szenvedő beteg neuralgiájánál.

A frankfurti városi kórházban *Ebeling* egy ischiasban szenvedő beteget, a ki több hét óta feküdt már a kórházban s a kinek baja minden gyógykezeléssel daczolt, *agathinnal* 4 nap alatt meggyógyított.

Jean Schmidt a frankfurti polgári kórházban tett kísérleteket az *agathinnal*. 8 eset közül két rheumatikus izületi

¹ „Agathin, ein neues Antineuralgicum“, Deutsche Mediz.-Ztg. 1892. Nr. 50. — „Weitere Erfahrungen mit Agathin“, Deutsche Mediz.-Ztg. 1892. Nr. 93.

fájdalom s egy ischias gyógyult, két rheumatikus izületi bántalom javult, 3 esetben pedig (rheumatismus, neuralgia és ischias) hatástalan volt az *agathin*. Schmidt azon nézetben van, hogy csak a 4—6-dik gramm adagolása után mutatkozik hatás. Ugyanezt mondja *Laquer* is, a ki két supraorbitalis neuralgiát gyógyított meg *agathinnal*; az egyik esetben a salicyl két heti alkalmazása hatástalan volt, míg az *agathin* már a harmadik napon jelentékeny javulást hozott létre.

Löwenthal különféle neuralgiáknál ért el eredményeket az *agathinnal*, valamint kitűnőnek találta polyarthritist acutánál és chronicánál. Egy esetet említ, a melyben 14 napig szedetett a beteggel salicylt, a nélkül, hogy javulás mutatkozott volna, s midőn a beteg *agathint* kapott, már az ötödik gramm után jelentékeny javulás állt be s a beteg csakhamar felgyógyult.

Ezekkel szemben állnak *Ilbergnek*, Gerhardt tanár assistensének a berlini II. belgyógyászati klinikán végzett vizsgálatai. *Ilberg*¹ ugyanis 17 betegnél próbálta az *agathint* s csupán egynél látott általa gyógyulást s egynél javulást, 15 esetben teljesen hatástalan volt az *agathin*! Megemlékezik azonban a kellemetlen mellékhatásokról, melyeket az *agathin* okozott: A betegek nagyobb része fejfájást, kábultságot érzett, két esetben álmatlanság és hányás, egy esetben hasmenés és fokozott szomj lépett fel, míg a fentebb említett szerzők közül csupán Schmidt észlelt fejfájást és erősebb izzadást, *Rosenbaum* pedig émelygést, a többiek semmiféle kellemetlen mellékhatást nem vettek észre.

Ezen külföldi tapasztalatok előrebocsátása után áttérek saját, az egyet. II. belklinikán észlelt eseteim ismertetésére.

A betegek a gyógyszert por alakjában, ostyában kapták 0.5 gm.-os dosisokban, pro die 1½—2 gm.-ot. Tekintetbe véve Schmidt és *Laquer* fentebb említett kijelentését, hogy a gyógyszer hatása rendszeren csak a 4—6-dik gm. után mutatkozik, én két esetet kivéve, legalább 4—6 gm.-ot véttem be a betegekkel, a legtöbb azonban jóval többet kapott. (Pro die 2 gm.-nál többet egy beteg sem vett be, az említett szerzők maximalis adagja pro die 1—1.5 gm. volt.)

Összesen 13 esetben alkalmaztam az *agathint* rheumatikus eredetű bántalmaknál és neuralgiáknál, melyeket könnyebb áttekinthetőség végett a következő táblázatban foglalok össze:

Eset	Kor	Foglalkozás	Diagnosis	Kapott agathint	Eredmény
I.	44	szobaleány	trigeminus-zsába	16 nap alatt 24 gm.	javult
II.	44	cseléd	trigeminus-zsába	4 " " 4.5 "	javult
III.	23	elárúsító	subacut ischias	6 " " 13.5 "	változatlan
IV.	58	hivatalnok	subacut ischias	4 " " 6 "	változatlan
V.	34	timár	bordaközi idegzsába	4 " " 6 "	változatlan
VI.	48	könyvvezető	cephalalgia	8 " " 12 "	változatlan
VII.	32	magánzó	tabes	4 " " 6 "	változatlan
VIII.	35	gépész neje	acut ischias	10 " " 18 "	javult
IX.	17	szobaleány	rheumat. articular.	4 " " 8 "	javult
X.	62	sertéskereskedő	lumbago	7 " " 10 "	változatlan
XI.	21	szobaleány	rheumat. articular.	4 " " 8 "	rosszabbodott
XII.	42	molnár	leukaemiás csontfájas	3 " " 3.5 "	változatlan
XIII.	36	v. kalauz	bordaközi idegzsába	2 " " 2 "	javult

¹ „Deutsche med. Wochenschr.“ 1893. Nr. 5.

E táblázaton végigtekintve, feltűnik, hogy az agathinnal elért eredmények nem feleltek meg annak a reménynek, melyet a fentebb említett német orvosok referatumaiban után tápláltam. Teljes gyógyulást egyetlen egy esetben sem sikerült elérnem, javulást 5 esetben (38,5%), hatás nélkül maradt az agathin az esetek 61,5%-ában.

Az észlelt kóresetek részletesebb ismertetését mellőzve, csupán néhány megjegyzésre szorítkozom. Azon 8 eset közül, a melyeknél a therapia az agathinnal eredménytelen maradt, 5-nél egyéb gyógykezelés által beállt a javulás; így a bordaközi idegzésben (V. eset) s az acut ischiásnál (VIII. eset) az antipyrin, a subacut ischiásnál (III. eset) a villanyozás, az izületi rheumatismusnál (XI. eset) a salicylsav percután alkalmazása és a lumbagonál (X. eset) a natr. salicyl. szüntették meg a fájdalmakat, míg az egyik subacut ischiásnál (IV. eset), a makaes cephalalgianál (VI. eset) és a tabetikus beteg lancináló fájdalmainál (VII. eset) egyéb fájdalomcsillapító szerek sem jártak kellő sikerrel.

Érdekesnek tartom azonban megemlíteni, hogy épen az első eset (trigeminus-zsába), melynél az agathin javulást hozott létre, egyéb gyógykezelésekkel makaesul daczolt; az antipyrin, antifebrin, jodkalium, exalgin eserben hagytak s csak az analgin, meg a bromnatrium, bromkalium és ammon. bromatumból álló keverék, összekötve elektromozással hoztak létre némi enyhülést; az agathin adagolása alkalmával pedig 3 nap alatt megszűntek a fájdalmak. Elővigyázatból a beteg még 2 hétig kapta az orvosszert, melynek kihagyása után 17 nap múlva azonban újra megjelentek a szaggató fájdalmak. Ekkor a beteg újra kapott agathint, fájdalmi enyhültek, de nem multak el egészen.

Kétféle tanár úr szíves értesítéséből tudom, hogy magán-gyakorlatában több hasonló trigeminus-neuralgiát észlelt, melyeknél az agathinra gyors javulás mutatkozott, a hol minden egyéb szerelés meddő maradt.

A mi az agathin kellemetlen mellékhatásait illeti, ezeket többször volt alkalmam észlelni. Émelygés, gyomorfájás és fejfájás három betegnél, hányás, hasmenés, izzadás, álmatlanság egy-egy betegnél lépett fel az agathin alkalmazása közben. Még a betegek vizeletéről kell megjegyezni, hogy az az agathin adagolása közben sajátságos barnás színt vett fel.

A mondottakból kiviláglik, hogy bár az agathinnal elért eredményeim korántsem oly fényesek ugyan, mint azok, melyekről Rosenbaum, Ebeling, Laquer és Löwenthal értesítenek, mégis nem tagadható, hogy adott esetben az agathint sikerrel használhatni. Azon esetekben, a melyekben egyéb antirheumatikus és analgetikus gyógyszerek eserben hagytak, az agathin alkalmazását is megkísérelendőnek tartom.

Közlemény a berlini kir. Frigyes Vilmos tudományegyetem államorvostani intézetéből.

A cyanhaematinról.

Irta *Szigeti Henrik* dr., v. egyetemi tanársegéd a budapesti törvényszéki orvostani intézetben.

(Folytatás.)

II. *Haematin* vagy *haemin* alkalmazása oldatban. Az eljárás hasonló a *Kobert* által ajánlott eljáráshoz, csak hogy methaemoglobin helyett alkalikus haematin-oldatot használunk. E ezélel tiszta haematint vagy haemint igen híg (1%) kalilúgban oldunk. Az oldat átéső fényben zöld színű legyen. 1%-os véroldatot is vehetünk, melyet néhány csepp kalilúggal alkalihaematinná változtatunk át, a mi azon ismerhető meg, hogy az eredeti vörös szín helyébe zöld lép.

Ha ilyen alkalihaematin-oldathoz kéksavat vagy cyankaliumot adunk, azonnal előáll a már többször említett vörös szín. Még meg akarom jegyezni, hogy a vörös oldat a hígítás bizonyos fokánál sárgás színárnyalattal bír. A spektroskopikus vizsgálathoz legmegfelelőbbek 1 cm.-nyi távolságban egymástól álló párhuzamos oldalfalakkal bíró üvegcsekk.

A mi ezen nedves próba érzékenységét illeti, sémiben sem áll mögötte a *Kobert*-félének és ugyanazon előnyökkel bír, mint a haematin vagy haemin alkalmazása in substantia.

Kobert még egy módosítást ajánlott. 10%-os véroldatot 25 köbcentiméterjébe frissen készült 1%-os vörös vérlúgsó-oldatot csepegtet. Szerinte kéksav vagy cyankalium-mérgezés eseteiben nem változik át a véroldat methaemoglobinná és nem ölt barnás-sárga színt, hanem élénkpiros marad és a cyanvérfestékvegyület ismeretes színképét mutatja. De maga *Kobert* mondja, hogy ezen próba csak akkor sikerül, ha a vér kéksavat igen nagy mennyiségben tartalmaz.

Ellenőrző vizsgálataimnál, melyeket az állatgyógyintézetben nagymennyiségű (5–10 gramm) kéksavval megmérgezett kutyák vérével végeztem, egyetlen egy esetben sem sikerült nekem ezen próba. Ezzel azonban nem akarom kétségbe vonni azt, hogy a *Kobert* által közölt esetben nem vált volna be. Minden esetre csak igen ritkán fog cyan-mérgezésnek ily módon való kimutatása sikerülni, mivel a vér — főleg ha 100-szorosan lett hígítva — rendszerint nem tartalmaz annyi eyant, mennyi a cyanvérfestékvegyület oly nagy mennyiségének képzéséhez szükséges, hogy élénkpiros színe vagy spektroskop segítségével felismerhető legyen.

A cyankalium azon tulajdonságán, hogy a vérfestéket feloldani képes és vele cyanhaematinná egyesülhet, alapul annak alkalmazása vérfoltok kimutatásánál is. *Hofmann*¹ ajánlotta volt először oldószerül. Mivel a cyanhaematin saját, vér jelenlétére ép oly bizonyító jellegző színekkel bír, némely esetben, ha a cyanhaematin széles sávja eléggé világosan előtűnik, nincs is szükség kénammonium hozzáadására, hogy a redukált haematin két elszórpólési csikja előhivassék.

Hofmann vérpróbája cyankaliummal azonkívül még azzal az előnnyel is bír, hogy cyanhaematinnak azonnali képződéséből arra szabad következtetnünk, hogy a vérfolt nem egészen új, hanem már régi, mert mint már említettem, oxyhaemoglobin csak hosszabb idő múlva változik át cyankalium hozzáadására cyanhaematinná. Ha ez rögtön történik, kell hogy már képződött methaemoglobin vagy haematin, mi régi beszáradt vérfoltoknál rendes dolog is. Kötelességemnek tartottam, hogy ezt kiemeljem, mivel, bár *Hofmann* vérpróbája cyankaliummal már 1876 óta ismeretes, *Klein Adolf*² 1889-ben megjelent doktori értekezésében kéksavnak vérfoltokra való behatásáról mint egészen új vérpróbáról szól.

Mindaz, mit eddig a cyan vérfestékvegyületéről mondtam, a kémcsőben eszközölt vizsgálatok eredménye. Természetesen látszik tehát az a kérdés, képződik-e ezen cyanhaematin az állati testben is, milyen feltételek mellett, hol és mikor? Saját kísérleteim alapján és az ide vágó szakirodalom figyelembe vételével fogok e kérdésre megfelelni.

Midőn *Preyer* felfedezte volt, hogy a vérfesték a cyannal vegyül, kortársai már hajlandók voltak a kéksav és cyankalium mérgező hatását ebből kimagyarázni és visszavezetni arra, hogy a vér, hasonlóan mint a szénoxymérgezésnél, meg lesz fosztva azon képességtől, hogy a tüdőben élenyüljön. De már maga *Preyer* döntötte meg ezen magyarázatot, bármennyire valószínűnek is látszott, mivel a vérfesték ezen vegyülete nem volt az élő állatban kimutatható. A halál egyébként is sokkal gyorsabban következik be kéksav- vagy cyankalium-mérgezésnél, semhogy ily rövid idő alatt — még ha a vérfesték az élő testben egyesülhetnék is a cyannal — az egész oxyhaemoglobin vagy legalább legnagyobb része cyanvegyületté alakulhatna át. A kéksav és cyankalium mennyisége is, mely már elégséges a halál előidézésére, sokkal kisebb, semhogy erre elegendő volna. *Preyer* a kéksav és cyankalium mérgező hatásának okát a légzési központ hűdésében lelte. És ez nézete szerint elégséges is a magyarázathoz.

¹ E. v. Hofmann. Zur Kenntniss der Befunde nach Cyankalium-Vergiftung. Wiener med. Wochenschrift. 1876. 45. és 46. szám. — Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. VI. kiadás. Bécs, 1893. 493. lap.

² Adolph Klein. Studien über den gerichtlich-chemischen Nachweis von Blut. Inaug.-Dissert. Dorpat. 1889. 27. l.

Ellenben *Hoppe-Seyler*¹ *Cl. Bernard*² ama érdekes észlelése kapcsán, hogy kéksavmérgezésnél a visszeres vér a göresök kezdetén élénkpirossá (üteressé) és reá csakhamar ismét sötétvörössé (visszeressé) lesz, már *Peyer* előtt kifejezte azon véleményét, hogy ezen jelenség a szervekben történő élenyülés felfüggesztésén alapul, a nélkül azonban, hogy a haemoglobin működése esorbát szenvedne és kimutatta, hogy ennek ideghűdésből való származtatása ép oly helytelen volna, mint ha a szénoxyd- és kénhydrogen-mérgezés tüneteit egy bizonyos idegterületre akarnók visszavézetni (a mint hogy eleinte történt is). *Gaethgeus*³ későbbi kísérletei megerősítették *Hoppe-Seyler* nézetét. S csak nemrég bizonyította be újból *Geppert*⁴ fáradságos gázelemzések alapján, hogy a szövetek elvesztik ama képességüket, hogy az oxyhaemoglobin oxygenjét átvegyék és szénsavat képezzenek.

*Belky*⁵ is, ki sajnos oly korán halt meg, még *Geppert* előtt igen exact módon megfigyelte házi nyulakon a mérgezés lefolyását és a fül véredényeiben folyó vér színképi viselkedését. Azt találta, hogy az agonia egész tartama alatt a két oxyhaemoglobin-sáv jól volt látható, de már néhány perczel a halál bekövetkezése után a redukált haemoglobinnak megfelelő széles sávvá egyesültek. Annak kimutatására, hogy ezen elszörpölési csik tényleg a redukált haemoglobintól ered és hogy nem azonos azzal, melyet *Preyer* vérnek kéksavval való keverésénél nyert, a színkép további vizsgálatát akként eszközölte, hogy a fül véredényeit épségben hagyta. A házi nyul fülét elszörpölt levegőt tartalmazó hideg vízbe mártotta, rövid idő múlva ismét előállott az oxyhaemoglobin két csikja. *Belky* is arra a végkövetkeztetésre jutott, hogy a cyanmérgezésnél észlelhető légzési zavarok nem lehetnek a vér vegyi összetételének megváltozásától feltételezve, legalább nem oly elváltozásoktól, melyek színképelemzés útján felismerhetők volna; továbbá megerősítette *Gaethgeus* észlelését és következtetését, hogy kéksavmérgezésnél szenved az élenyülés és pedig nem azért, mivel a haemoglobin talán nem lenne képes az oxygen-felvételre, hanem azért, mivel a haemoglobin erősebben tartja kötve az oxygen-t és csak nehezen adja át a szöveteknek. *Belky* és *Geppert* elmélete között ninesen tehát lényeges eltérés.

Belky vizsgálatait újból átvizsgáltam házi nyulakon és adatait mindenben megerősíthetem. Ezen vizsgálataimnál a *Belky* által javasolt kísérleti berendezésen kívül még egy másikat is alkalmaztam, mely eddig tudtommal még nem lett gyakorolva. Hogy a vérben végbemenő elváltozásokat az élő állaton ép véredényekben normalis physiologikus viszonyok között figyelemmel kísérhessem, a szemfenéket használtam fel spectroscopikus vizsgálatra. E célra fehér házi nyulakat használtam, mivel szemfenékük élénkpirosan világít. Ha a szemre a zbespectroskopot akként irányítjuk, hogy a szemből érkező sugarak a résen beesnek, egészen jól láthatók az oxyhaemoglobin elszörpölési csikjai. De még jobban tűnnek elő, ha a kísérletet sötét szobában a szemfenék mesterséges megvilágításánál eszközöljük. A kísérletre szánt állatot hasra fektetve reafeszítjük a kísérletező asztalkára oly formán, hogy feje egyenesen álljon és egyik szeme a kísérletező felé legyen fordítva. Reflector segélyével azon oldalról, a merre az állat orra van fordítva, fényt vetítünk a kísérletező felé fordított szembe és a megvilágított szemfenékre reáirányítjuk a zbespectroskopot. Nem szabad a szemhez túlságosan közeledni, nehogy a spectroscop elfedje a fényforrást. Még annyiban is egyszerűsítettem ezen eljárást, hogy a spectroscopra *Hirschberg*-féle ophthalmoskopot mozgatható reflectorral (lensesék nélkül) alkalmaztam. Az így felszerelt spectroscop ép úgy kezelhető, mint a közönséges szemtükör. A kísérlet ily berendezés-

nél közönséges fuladásnál is megfigyelhetők a vérben végbemenő változások, csak el kell zárni az állat száját és orrát. Ez legegyszerűbben úgy történik, hogy a száját finom zsineggel bekötjük és az orrára reabúzzunk kautsukujjat, mely a száj- és ornyílásokat elzárja.

A szemfenék élénkpiros színe lassanként eltűnik, a fuladás fokával lépést tartva, kékes színbe megy át, az oxyhaemoglobin két elszörpölési csikja csakhamar összefoly annak jelétül, hogy redukálódott haemoglobinná. A halál beálltával szederjes-kékes a szemfenék és a redukált haemoglobin színképe egészen élesen tűnik elő. Ha azonban nem hagyjuk az állatot megfulni, újból visszanyeri a szemfenék élénkpiros színét, és ismét előáll az oxyhaemoglobin színképe.

Ezen kísérleti berendezés szénoxyd és egyéb mérges gázok okozta mérgezések tanulmányozásánál is alkalmazható oly formán, hogy a kausukujj helyett kausukütölesért alkalmazunk, mely a gázvezetőcsővel van összekötve és szorító csavarral elzárható. Az állatot először asphyktikussá teszszük, azután megnyitjuk a szorítócsapot és belélegeztetjük az állattal a mérges gázt. Szénoxyd-mérgezésnél a már kékesé vált szemfenék ismét élénkpiros lesz és a halál után is így marad.

Ha az állatot kéksavval vagy cyankaliummal megmérgezzük és a szemfenéket spectroscoppal megvizsgáljuk, igen könnyen meggyőződhetünk arról, hogy — miként *Belky* a fül véredényén találta — a szemfenék az agonia alatt élénkpiros marad és az oxyhaemoglobin színképét mutatja. De a halál beálltával kékes színt ölt és az oxyhaemoglobin színképe helyébe a redukált haemoglobiné lép. Ha utóbbi színkép a cyanhaematintól eredne, pirosnak kellene a szemfenéknek maradnia, mivel a cyanhaematinnak színe élénkpiros.

A mi a kéksav hatását az élő állati szervezetre nézve illeti, *Kobert* is csatlakozik *Geppert* elméletéhez, csak hogy *Geppert* állítását, hogy a kéksav felfüggeszti a szövetekben az élenyfogyasztást, a vérre is kívánja kiterjeszteni, mi egészen jogosult, mivel hiszen a vér is szövet. De egy más helyen látszólag ellenmondásba jut önmagával, legalább is nem elég világos ama pont. Még reá fogok térni.

A bonczleletet illetőleg meg kell jegyezmem, hogy a vér színe úgy a kéksav-, mint a cyankalium-mérgezésnél semmiben sem különbözik a közönséges fuladási vértől. Csak nem régen volt alkalmam Berlinben két cyankalium-mérgezési esetet látni és ezen lelet helyességéről meggyőződni. Ismételten fordulnak azonban esetek elő, hogy a vér élénkpiros, nevezetesen cyankalium-mérgezésnél. *Hofmann*¹ azt mondja tankönyvében, hogy az élénkpiros színt eddig csak cyankalium-mérgezéseknél észlelte, de soha kéksavmérgezésnél. *Casper-Liman*² azt állítja, hogy a vér kéksavmérgezésnél állandóan élénkpiros, *Seydel*³ is említi az élénkpiros színt. Ellenben *Strassmann*⁴ úgy nyilatkozott a berlini nemzetközi orvosi congressus törvényszéki orvostani szakosztályában a „cyankalium-mérgezésről“ tartott előadásában, hogy mint *Liman* assistensének alkalma volt a berlini törvényszéki orvostani intézetben több kéksavmérgezési esetet vizsgálni, melyeknél nem észlelhette a vér élénkpiros színét, míg cyankaliummal történt mérgezéseknél mindig meg volt kisebb-nagyobb mérvben. Ez okból nemrég azelőtt megjelent közleményében e kérdés érintésénél hasonló szellemben nyilatkozott, mint *Hofmann*. De úgy látszik, hogy csak a véletlen játszott közre, mert nemsokára reá cyanhigany-nal történt mérgezési esetet látott, melynél a vér színe élénkpiros volt a nélkül tehát, hogy alkali hatása jöhetett volna szóba.

Ennek kapcsán még meg akarom jegyezni, hogy ezen eset már azért is becses, mert ez az első mérgezési eset cyan-

¹ *Hoppe-Seyler*. Beiträge zur Kenntniss der Constitution des Blutes. Med. chem. Untersuchungen. I. füzet. 1866. 140. l.

² *Cl. Bernard*. Leçons sur les effets des substances toxiques, 1857. 193. lap.

³ *P. Gaethgeus*. Zur Lehre der Blausäurevergiftung. Hoppe-Seyler's medicinische Untersuchungen. III. füzet. 1868. 324—349. l.

⁴ *I. Geppert*. Ueber das Wesen der Blausäurevergiftung.

⁵ *Johann Belky*. Beiträge zur Kenntniss der Wirkung der gasförmigen Gifte. Virchow's Archiv. CVI. kötet. 148—165. lap.

¹ i. h. 706. lap.

² *Casper-Liman*. Handbuch der gerichtlichen Medicin. VIII. kiadás. Berlin, 1889. II. kötet 490. lap.

³ *I. Maschka*'s Handbuch der gerichtlichen Medicin. 1882. II. kötet. Vergiftung mit Blausäure von Seydel. 314. l.

⁴ *Strassmann*. Vergiftung durch Alkalien, insbesondere durch Cyankalium. — Verhandlungen des X. internationalen medicinischen Congresses in Berlin. 1890. 20—25. l.

higanyval embernél, melyben a klinikai tünetek és bonczlelet szerint itélve, a halál kéksavmérgezés folytán állott be. Azon kísérleteknek megerősítéseül szolgál, melyeket *Tolmatscheff*¹ végzett házi nyulakon cyanhiganyval. Ő is egy esetben mindkét szívfélben cseresznye-piros, híg vért talált, mely kifolyván, megalvadt; egy másik esetben mindkét szívfél fekete-vörös véralvadékkal volt telve, a visszerek meggy-vörös vért tartalmaztak, mely levegőn élénkpiros színt öltött és megalvadt; s végre a harmadik esetben a jobb szívfélben fekete véralvadék és a visszerekben élénkpiros vér volt, mely a levegőn, hosszabb állás után lazán megalvadt. Ebből az tűnik ki, hogy cyanhigany-mérgezésnél is különböző a lelet.

Saját észleléseim alapján emberhullákon, melyeket alkalman volt bonczolni, és házi nyulakon és kutyákon tett kísérleteim alapján, melyeket a berlini államorvostani intézetben végeztem, *Hofmann* és *Strassmann* nézetéhez csatlakozom, mely szerint a vér színe cyan-mérgezésnél nagyon változó. Még ama kutyák vére is, melyek a szomszédos állatorvosi intézetben tetemes mennyiségű (5—10 gramm) kéksavnak a tüdőbe való befeeskenése által megöletnek és melyeknek hulláit szívességből átengedték nekem vizsgálatra, az esetek legtöbbször sötétvörös volt. Még meg akarom jegyezni, hogy a vér nem is volt mindig híg. Sokszor telve voltak a szíviüreg véralvadékkal. Nem áll tehát minden esetben *Kobert* azon állítása, hogy a kéksavmérgezés folytán elhaltak vére mindig híg.

Miként a vér színe, ép oly változó a hullafoltok színe is. Rendszerint kékes-szederejesek, és semmiben sem különböznek azon hulláktól, melyek más módon megfultaktól származnak. Ugyanezt találtam az itt Berlinben látott két cyankalium-mérgezési esetben is. De láttam már esetet élénkpiros hullafoltokkal is. Budapesten történt, hogy egy gyógyszerész azalatt, hogy esaládja falun volt nyaralni, megmérgezte magát lakásán. Midőn a hullát megtalálták, a lábak göresös helyzetéből azt következtette a halottnak, hogy strychnin-mérgezés esete forog fenn. Néhány óra mulva előtűnő a hullafoltok, ezeknek élénkpiros színére — a rendőri előnyomozati adatok szerint szénegőz- vagy világítógáz-mérgezés ki lévén zárva — azon véleményemet alapítottam, hogy cyan-mérgezéssel van dolgunk, mit a másnap megejtett orvosrendőri bonczolás be is igazolt, mivel a gyomorban tetemes mennyiségű cyankalium-oldatot és a gyomor nyákhártyáján jellegző elváltozásokat találtam.

A mikor tehát *Kobert* azt mondja, hogy „a hullafoltok vére cyan-mérgezésnél a többi vér színétől feltűnően különböző, szép élénkpiros színnel bír“, téved, mert mint mondtam, a hullafoltok nem mindig élénkpirosak, hanem csak kivételesen, legalább is ép oly ritkán, mint a véredényekben foglalt vér, és ha a vér élénkpiros, akkor természetesen a hullafoltok is élénkpirosak.

A mi pedig a vér élénkpiros színének okát illeti, arra nézve eltérők a nézetek. *Hofmann*-nak² az a nézete, hogy a vér piros színe cyankalium-mérgezésnél a vér hyperalkalicitásától ered, mely könnyen és gyorsan előidéztek az ammoniak által, melyet a cyankalium, nevezetesen ha régi, nagyobb mennyiségben tartalmaz. Én is találtam, hogy már kevés cyankalium friss hullából vett híg vért azonnal és minden melegítés nélkül élénkpirosra fest. Ezen élénkpiros szín nem különbözik attól, melyet nyerünk, ha vért konyhasóval keverünk, a mi egyébként a hentesek által gyakorolt eljárás, hogy a disznóölésnél kifolyó vér megalvadását megakadályozzák. Ezen csoport többi sói is, nevezetesen az alkalikus kémhatású szénsavas és a légenysavas alkaliák (kalium, natrium és ammonium) szintén okoznak élénkpiros színt a vérben. Azt hiszem, hogy ezen élénkpiros szín nem valamely élénkpiros színű vérfestékvegyülettől ered, hanem tisztán fizikai jelenség és a vértetek alakváltozásán alapul, mivel a vörös vérszövetek cyankalium behatására megduzzadnak. Ezen nézetemet támogatja ettől eltérő viselkedése az olyan vérnek, melyben

a vérteteskék több napi állás folytán szétetek már. Ha ugyanis az ilyen vért, melyben az oxyhaemoglobin már redukálódott, levegővel összerázzuk, hogy ismét oxyhaemoglobin képződjék, és azután cyankaliumot adunk hozzá, még sem ölt azonnal élénkpiros színt, hanem megtartja sötétvörös színét.

Hofmann felemlíti azonban *Hoppe-Seyler* és *Gaethgeus* nézetét is, mely szerint a vér élénkpiros színe onnan ered, hogy kéksavnak a vérbe való felvétele folytán a haemoglobin a lazán kötött oxygent nehezebben adja át, mint rendes körülmények között. *Belky* ezen elmélet álláspontjára helyezkedett, *Strassmann* a *Geppert*-féle elmélet híve, mely azonban nem különbözik lényegesen az előbbtől. Ő ugyanis azt mondja, hogy „a vér és hullafoltok élénkpiros színe feltételezve van a vérben még meglevő oxygentől és hogy ennek jelenléte a kéksav sajátos hatása, mely abban áll, hogy különösen ha nagyobb mennyiségben vétetett fel, tönkretetheti a szövetek oxygent elszórpülő képességét nemcsak a szív működés megszűntéig, hanem még továbbra is, a szövethalál bekövetkezéséig“. Azonban nem minden esetre nézve áll ez, a mit egyébként az is mutat, hogy a vér élénkpiros színe nem állandó jelenség a kéksavval és készítményeivel történt mérgezéseknél.

Ellenben *Kobert* azt mondja — és ebben rejlik az említett ellenmondás —, hogy „*Geppert*-nek a vér élénkpiros színére vonatkozó magyarázata nem megfelelő, mert akkor a hullában levő összes üteres vérnek vagy talán még az egész véredényrendszerben foglalt vérnek üteres színűnek kellene lenni“. Erre azt válaszolhatom, hogy már *Gaethgeus* és *Belky* találták, hogy az eredetileg élénkpiros vér ismét visszerezés lesz, mi természetes is, mivel a halál beálltával megindul az egész testben a redukáló folyamat, mely a holt testben tudvalevőleg rohamosabb, mint az élőben. Ha az élénkpiros, a halál után visszerezés lesz, ez csak a mellett szól, hogy a szövetekben foglalt kéksav mennyisége nem volt elégséges arra, hogy a redukáló folyamatot feltartóztathassa. Ezzel szemben nincsen mondván, hogy bizonyos esetekben, nevezetesen ha sok kéksav van a szövetekben, ne tarthassák meg a szövetek még a halál után is ama tulajdonságot, hogy nem képesek többé oxygent fogyasztani, miért is a hulla vére üteres marad.

(Folytatása következik.)

Évi jelentés

Batizfalvy Sámuel dr. a testgyógyászat magántanárának orvossebészeti-testgyógyászati magángyógyintézete XXXV-dik s az intézet önálló hidegvízgyógyászati osztályának VI-dik évi működéséről.

Közli: *Trajtler István* dr.

Az elmúlt XXXV-dik évfolyamban (1893. év január 1-től 1893. év december 31-dikéig) 149 beteg (97 férfi, 52 nő) kezeltetett az intézet helyiségeiben, kik közül 6 az 1892-dik évről maradt az intézetben, 143 pedig az 1893-dik évben vétetett fel.

Az intézeti 149 beteg kezelése összesen 4667 ápolási napot vett igénybe. Ezek közül:

Január	hóban	10 beteg	196 napon át	ápolatott
február	"	14	"	200
márczius	"	19	"	330
április	"	22	"	444
május	"	46	"	652
junius	"	39	"	709
julius	"	36	"	548
augusztus	"	30	"	503
szeptember	"	24	"	389
október	"	22	"	350
november	"	14	"	201
december	"	10	"	145

Megjegyzendő, hogy a betegek havi létszámában az előző hónapokban felvett, de további gyógykezelés alatt maradt betegek száma is bennfoglaltatik, a megfelelő hónapban jelentkezett új betegekkel együtt.

¹ *Tolmatscheff*. Einige Bemerkungen über die Wirkung von Cyanquecksilber auf den thierischen Organismus. *Hoppe-Seyler's* medicinisch-chemische Untersuchungen. II. füzet, 1867. 285—290. l.

² i. h. 706. lap.

A betegek korát tekintve volt:

11—15 éves = 1,	36—40 éves = 22,	61—65 éves = 2,
16—20 éves = 12,	41—45 éves = 18,	66—70 éves = 5,
21—25 éves = 17,	46—50 éves = 12,	71—80 éves = 1.
26—30 éves = 28,	51—55 éves = 5,	
31—35 éves = 22,	56—60 éves = 4,	

A tulajdonképeni betegeken kívül számos szülő, rokon és kisérő nyert rövidebb vagy hosszabb ideig ellátást a gyógyintézetben.

A betegek hazánk következő megyéiből valók voltak: 1 Abauj-Torna, 3 Arad, 5 Bács-Bodrog, 1 Baranya, 1 Bars, 6 Bihar, 4 Borsod, 2 Csanád, 1 Csik, 5 Csongrád, 3 Fehér, 5 Gömör-Kishont, 3 Heves, 1 Hont, 1 Hunyad, 1 Kis-Küküllő, 1 Krassó-Szörény, 1 Liptó, 4 Nógrád, 3 Nyitra, 4 Pest-Pilis-Solt-Kiskún, 2 Pozsega, 1 Somogy, 5 Szabolcs, 4 Szatmár, 1 Szeben, 2 Szepes, 1 Szolnok-Doboka, 2 Temes, 1 Tolna, 2 Torontál, 1 Ugocsa, 2 Veszprém, 2 Zala, 4 Zemplén megyéből. Ezekon kívül volt: 61 Budapestről, 1 Oroszországból, 1 Romániából.

Az intézetben kezelt betegek a következő bajokban szenvedtek: aggkori hályog 1*, agyverébőség 3, beszédhiány 1, bordaközi idegszába 1, bujakór 1, csalánkúteg 1, csigolyalob 3, csúzos fejszába 1, csúzos idegszába 1, éjjeli magömlések 2, fejförcs 2, gerinczagyorsorvadás 2, gerinczoldalgörnye 4, görcsös gerinczvelőhüdés 2, gümőkór 2, herezsába 1, hörghurut 2, húgyesötakar 2, hüdéses butaság 5, ideges emésztészavar 4, idegyengeség 38, idült gégehurut 1, idült hólyaghurut 1, idült húgyesöhurut 1, idült székrekedés 2, idült szeszmergezés 4, izomcsúz 1, izületi lob 2, kéthegeyü billentyü elégtelenség 1, kizárt köldöksérv 1*, kövérség 1, lágycmirigydagánat 1*, méhszénv 23, méhszenves nehézkór 1, méhszenves tompaság 1, nehézkór 4, nemi tehetetlenség 2, rásztkör 3, szívelzsírosodás 3, tagbénulás 3, túlságos izzadás 1, tüdővész 1, ülőidegszába 3, vérszegénység 6, vértódulás az agy felé 1, vittáncz 1, zsirdagánat 1*.

A csillaggal (*) jelölt kóresetek, számszerint 4, műtét által gyógyítottak.

A betegek közül gyógyultan és javulva távozott 135 (89 férfi, 46 nő), gyógyulatlanul 8 (4 férfi, 4 nő), további gyógykezelés alatt maradt 6 (4 férfi, 2 nő).

Az orvos-sebész ambulansokon kívül, a testgyógyászati osztályon hosszabb-rövidebb ideig bejárólag a következő esetek gyógykezeltettek: alvértag-bénulás 2, csipőizületi lob 3, dongaláb 2, gerinczoldalgörnye 4, gerinczpúp 5, lábtözületű lob 1, izomgyengeség 2, lóláb 2, lúdtalp 1, térdbehajlás 1.

Az intézet betegeit gyógyították: Ángyán Béla, Bartha Gábor, Dirner Gusztáv, Donáth Gyula, Feleki Hugó, Kéti Károly, Laufenauer Károly, Magyerevics Mladen, Morelli Károly, Ottava Ignác, Schaffer Károly, Schwimmer Ernő, Tóthfalussy Gyula, Vidor Zsigmond, Wein Manó doktorok és tanárok, az intézet igazgató-tulajdonosa, valamint a vízgyógyászat vezető-orvosa Trajtler István dr.

Fertőző betegségek, minő a hagymáz, himlő, vörheny, ronsoló toroklob, kanyaró, az intézetből kizárva, nemkülönben az örültek is.

A rendszeres vízgyógyászat az intézeti tágas telek fenyves kertjében külön e célra emelt épület két nagy gyógytermében a beteg bajához és egyéniségéhez mérten az intézeti szakorvos folytonos felügyelete mellett alkalmaztatik.

A gyógyterem a tudomány mai kívánalmainak megfelelőleg gazdagon fel vannak szerelve a szükséges gyógyeszközökkel s azok célszerű berendezése a technikai kivitel tekintetében is kiállja a versenyt.

A vízgyógyászat mellett az intézetben a villamozás, massage, svéd gymnastika és a Charcot-féle felfüggesztő gyógyászat rendszeresen alkalmaztatik.

Testgyógyászati célokból, a bennlakó betegen kívül, svéd-gyógytestgyakorlatra bejáró gyermekek is elfogadtatnak.

Az intézeti épület, mely Weber Antal műépítész tervei nyomán határozott rendszerrel bíró olasz renaissance-stylben épült, szabad, magas téren, 12 méternyi (38') magasságban a Duna 0 pontja felett, árnyas park közepén fekszik. Van két udvara; árnyékos kertje 2988 négyszög méternyi területet foglal el. Szélirány a délkeleti és északnyugati közt váltakozik; a talaj homokos.

Csatornázás a házon belül agyagesővekkal, a házon kívül a kerten át az utcái főcsatornába falazott. Városi vízvezetékekkel van ellátva a kert és az egész épület, főző- és mosókonyhák, closetek.

Az újonnan kényelmesen bútorozott betegszobák tágasak és világosak s osztályzat szerint minden rangú igényeknek megfelelnek.

Az étkezés az egyéni esetekhez alkalmazkodva, részint a kórszobákban, részint az intézeti nagy ebédlőteremben a közös asztalnál történik.

A betegek szórakoztatásáról magyar, német és francia nyelvű könyvtár, zongora, az olvasó-terem asztalán fekvő szépirodalmi folyóiratok, napi lapok s különféle társasjátékok és a környékbe történő szintén társas kirándulások által van gondoskodva.

Az ápoló szolgálat a betegek számához mérten több-kevesebb személy által eszközöltetik és szükség esetén nappalira és éjjelire oszlik.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

M. Tud. Akadémia.

(III. osztályülés 1894. április 23-dikán.)

Elnök: **Than Károly**; titkárhelyettes: **König Gyula**.

Orvosi érdekű értekezések voltak a következők:

Klug Nándor lev. tag jelentést tett a budapesti tudományegyetem élettani intézetéből több rendbeli vizsgálatokról.

1. **Ónodi Adolf** dr. egyetemi m.-tanár részéről „Adatok a gége beidegzésének boncztanához, élettanához és kórtanához” című és a tekintetes tudományos Akadémia megbízásából befejezett munkálata önálló vizsgálatok alapján tizenegy fejezetben tárgyalja a beidegzés egész tanára vonatkozó vizsgálatokat és kérdéseket.

A gége beidegzésének boncztanája két fejezetben van fel dolgozva; az első az emberi gége idegeivel foglalkozik, feltárja az eddigi vizsgálatokat és a saját vizsgálataival elért eredményeket. Szerző több összekötő idegszálat ismert fel, melyek a haránt kannaizmot területében összekötik felületesen és mélyen a felső gégeideget az alsó gégeideggel; a második fejezet különösen foglalkozik a középső gégeideggel, melyet szerző nyúlnál és kutyánál constatal, csak hogy utóbbinál egy összekötő ág alakjában, mely a bolygóideg garatágától megy a felső gégeideg külső ágához, ezen tény megerősítést nyert Baum és Ellenberger vizsgálataival. A harmadik fejezet a felső gégeidegre vonatkozó kísérleti eredményeket tartalmazza, melyek azt mutatják, hogy a teljesen érző jelleggel felruházott ideg csupán külső ága mozgató ideg és a gyűrűpajzsizmot látja el. Exner azon állítását, hogy a többi gégeizom beidegzésében is részt vesz, kísérletei alapján megczáfolja. A negyedik fejezet a középső gégeideg létezését bizonyítja élettani kísérlet alapján. Az ötödik fejezet az alsó gégeideg élettani jelentőségével foglalkozik, kísérletek alapján kimutatja szerző, hogy az csupán mozgató jellegű ideg, és a gyűrűpajzsizom kivételével az összes gégeizmok egyedüli beidegzője. Tagadja a centripetalis rostok jelenlétét. A hatodik fejezet különböző élettani vizsgálatokról számol be, melyeket szerző a gége izmait és idegeit illetőleg végzett. Vizsgálta az idegek és izmok villamos ingerelhetőségét az életben és a halál után, és altató szerek behatása után. Vizsgálat alá vette az egyes gégeizmok különböző elhalási viszonyait. A vizsgálatok azt mutatták, hogy halál után az ideg hamarabb veszti el villamos ingerelhetőségét mint az izmok, és hogy az egyes izmok közül a hangrésttágító izom hamarabb hal el, mint a szűkítő bármelyike. Eszközölt kísérleteket, melyek által Jelenfy azt az állítását megczáfolta, hogy a tágító izom képes egyszersmind mint szűkítő izom működni. A hetedik fejezet az alsó gégeideg elkülönített ágaival tett kísérleteket tárgyalja. Szerző először különítette el az élő állatban az alsó gégeideg egyes ágait. Az így elkülönített ágakon számos kísérletet végzett, melyek arra az eredményre vezettek, hogy az egyes idegágak között a hangrésttágító izmok részére rendelt idegek hamarabb vesznek el vezető-képességüket, mint a hangréstszűkítő izmok idegei. A nyolcadik fejezet az együttérző idegen végzett kísérleteket tartalmazza. Ezen vizsgálatok kiderítették, hogy az alsó nyaki dúczot a felső mellkasi dúczzal összekötő határkötegekben és a karfonatból jövő összekötő ágban léteznek rostok, melyek a gége beidegzésében részt

vesznek. A kilencedik fejezet a tizenegyedik agyidegpár, az ú. n. járulékos idegnek a gégehez való viszonyával foglalkozik. Ezen vizsgálatok eredménye az, hogy a járulékos idegnek a gége izmainak beidegzésében semmi része sincsen. A tizedik fejezet tárgyalja azon agykísérleteket, melyeket szerző a gége központi beidegzésének felismerése végett tett. Ezen kísérletek eredménye az, hogy az ismert kéregközpontokon kívül léteznek még egyéb központok is, melyek az agydúcokban vannak elhelyezve. Szerzőnek sikerült az élő állatban az ikertelepet elkülönítve átmetszeni, mire a hangképzés megszűnt. A tizenegyedik fejezet kórtani adatokat szolgáltat a hangrésttágító izmok kórtanának magyarázatához. A hangszalagok medián állásának kórtanát illető vitás kérdések és magyarázatok bírálati fejtegetése után szerző az első kórbonczati bizonyítékot nyújtja arra nézve, hogy a hangrésttágító izmok idegei hamarabb szenvednek és fajulnak el, mint a hangréstszűkítő izmok idegei.

A munkát tizenöt ábra egészíti ki, melyek a beidegzést és a kísérleti készítményeket tüntetik fel.

2. Landauer Ármán dr., egyetemi élettani tanársegéd részéről. **Adatok a víz szerepéhez a szervezetben. Második közlemény. A rendes vízszükséglet elvonásának befolyása a szervezet anyagforgalmára, kutyán tett vizsgálatok alapján.** Szerző ezen kérdésre vonatkozólag előbb megejtett vizsgálatai, melyeket egereken végzett, arra utaltak, hogy a vízszükséglet részletes elvonását rendszerenél nagyobb fokú tápanyagfelvétel követi, mely körülmény fokozódott anyagcsereére látszott utalni, melynek célja az elvont vizet fokozódott anyagcsere által nagyobb mértékben termelt víz által pótolni, hogy így az állatok a szervezet megkárosulása nélkül tovább élhessenek.

E tapasztalatok arra indították szerzőt, hogy a rendes vízszükséglet elvonásának befolyását a *fehérjeszétésre* és a *szénsavkiválasztásra* vizsgálja meg.

A vízelvonásra, különösen pedig a részletes vízelvonásra bekövetkező anyagcserebeli változások behatóbb vizsgálása céljából kísérleteit hússal táplált kutyán folytatta, még pedig főleg két irányban.

Kísérletei egyik részében különösen a kiválasztott nitrogent, a phosphorsavat, kénsavat és a chlorsókat, kísérletei másik részében pedig a kiválasztott szénsavat határozta meg.

A fehérjeszétés vizsgálására irányított kísérleteiben úgy járt el, hogy a hús és kevés zsírral táplált mintegy 8 kilogramm súlyú kutyát nitrogensúlyba hozta s az állat rendes vízszükségletét meghatározta, erre több (5—9) napon át különböző kísérleti sorozatokban elvonta a rendes vízszükségletet különböző mértékben. A vízelvonás tartama után pedig ismét visszaadta az állatnak a rendes vízszükségletnek megfelelő vizet. Ez alatt határozta meg szerző naponta a vizelet által kiválasztott bomlásterményeket és ezeket a víz elvonása közben megszorodva találta.

A vízelvonásnak a szénsav kiválasztására gyakorolt befolyásának vizsgálására az előbbihez hasonló módon táplált 2 $\frac{1}{2}$ kilós kutya szolgált. Kísérlet közben meghatározta a Pettenkoffer és Voit lélekző készülékei mintájára szerkesztett készülékben a kiválasztott szénsav mennyiségét, s ezt kísérleti sorozataiban a víz elvonás folytán megszorodva találta.

Kiterjedt vizsgálatai főbb eredményei a következőkben foglalhatók össze:

1. A rendes vízszükséglet részletes elvonása fokozza az anyagforgalmat, nevezetesen a fehérjeszétést.

Erre utal:

a) a vizelet alkatrészei, nevezetesen a nitrogen, phosphorsav, kénsav és chlorsók, továbbá

b) a kiválasztott szénsav abszolút mennyiségének növekedése.

2. A bomlástermények abszolút mennyiségének növekedése észlelhető nemcsak a vízelvonás tartama alatt, hanem részben még azután is.

3. A vízelvonás által megindított nagyobb fokú fehérjeszétés időbeli lefolyása ingadozásának megítélésére, úgy a vízelvonás tartama alatt valamint azután, a phosphorsav mennyiségének változása használható fel a legalkalmasabban.

A phosphorsav mennyiségének változása ugyanis arra utal, hogy vízelvonás következtében a fehérjeszétés fokozódása már az első napon indul meg, ezentúl bizonyos fokig nő, majd

ismét a rendes felé kezd térni. Továbbá a vízelvonás megszűntével például az által, hogy a szervezet ismét a rendes vízszükségletet visszanyeri, a kiválasztott phosphorsav mennyisége arra utal, hogy a fehérjeszétés folytonosan a rendes felé közeledik.

4. A fehérjeszétés említett lefolyásától különbözik a nitrogen kiválasztása, úgy a vízelvonás tartama alatt valamint azután, a mennyiben a vízelvonás kezdetén (1—3 napon), a fokozott fehérjeszétés dacára, a nitrogen kiválasztása csekély mértékben eszik; a vízelvonás további tartama alatt azonban, a vizelet mennyiségének csökkentet mellett, a kiválasztott nitrogen abszolút mennyisége folytonosan fokozódik. Vízelvonás után, midőn az állatnak a rendes vízmennyiséget adjuk, vagy a vízivást az állat tettségére bizzuk, a kiválasztott nitrogen mennyisége kezdetben, noha a fehérjeszétés tovább nem nő, a vízelvonás alatt észlelt maximális növekedésnél nagyobb mértékben fokozódik, csak ezentúl eszik lassan.

Ez újabb emelkedést okozó nitrogen legnagyobb része még a vízelvonás tartama alatt nagyobb mértékben szétesett fehérjéből keletkezett, és utólag a szervezetbe került nagyobb mennyiségű víz által ki lett abból mosva. Az utószak elején nagyobb mennyiségben megjelenő nitrogen kisebb része, mely az utószak kezdetén észlelhető phosphorsavtöbbletnek felel meg, a vízelvonás utóhatásaképpen fennálló utólagos fehérjeszétésből ered.

A vízelvonás tartama alatt a rendszerenél nagyobb mértékben szétesett fehérje mennyiségének mértékét képezi tehát a vízelvonás tartama alatti nitrogenszorodás, valamint az utószakban kimosás folytán előkerült nitrogentöbblet.

5. A nagyobb fokú vízelvonás által megindított szénsavkiválasztás egészben véve megerősíti azt, a mit a fehérjeszétésre nézve tapasztaltunk, nevezetesen azt is, hogy a vízelvonás utóhatással jár, melynélfogva a szervezetben bizonyos ideig még a rendszerenél több bomlástermény keletkezik.

6. A részletes vízelvonás következtében a szervezetben rendszerenél nagyobb szétesés alatt több víz is keletkezik, mely a vízelvonás által létrehozott vízhiány bizonyos részének pótlására szolgál.

Az eddigiekből tehát következik, hogy az, a mit előbbi dolgozatában a vízelvonás hatásaképpen zabbal élő egerekre vonatkozólag szerző tapasztalt, érvényes a nagy, hússal táplálkozó állati szervezetre is.

7. E vizsgálatok végre arra is utalnak, hogy azon soványító és egyéb gyógymódok, melyek egyik főelvét a víznek lehető elvonása képezi, a milyenek az *Oertel* és a *Schroth*-féle kúrák, nemcsak a fokozott vízvesztés, hanem az által is hatnak, hogy a szervezetben a rendszerenél élénkebb anyagszétést tartanak fenn.

(Folytatása következik.)

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIII. rendes ülés, 1894. április 21-dikén.)

Elnök: Verebélyi László, jegyző: Brück Miksa.

A) Bemutatás:

Fogfejlődési rendellenesség ritka esete.

Halász Henrik dr. Egy felső I. molaris fogat mutat be, melynek lingualis gyökere a sinus maxillariba nyult be csupaszon, esonthártya és nyákhártya által nem fedve. A fog gyökerén csupán egy körkörös dagály jelezte a helyet, a hol a sinus maxillaris alsó falába volt ékelve. A gyökéren hiányzott annak apicalis nyílása, a mi fejlődési anomalia. A gyökér pulpáját a korona pulpájából kapta, mintegy pulpa-nyujtványt.

Hasonló eset a fogorvosi irodalomban még nem közöltetett.

Vajna Vilmos nézete szerint ez esetben nem forog fenn fejlődési rendellenesség; e mellett nem is volna érthető, hogy a gyökér, melynek apicalis nyílása kezdettől fogva hiányzott volna, teljes kifejlődést ért el. Sokkal egyszerűbben úgy értelmezhetjük a dolgot, hogy az előrement pulpitisek után bekövetkezett kóros cement-hypertrophia zárta el az apicalis nyílást. Hogy bemutató az elzárt apicalis nyílást sem sondával, sem görcsöi vizsgálattal nem találta meg, nem teszi szükségessé a még sohasem észlelt fejlődési rendellenesség felvételét, mert azt érthetővé teheti egyrészt a sonda vastagsága, másrészt az, hogy a gyökér 3—4 mm. átmérőjű, míg egy metszet csak $\frac{1}{10}$ mm. átmérőjű, és így ha a nyílást nem találta meg 3—4 metszeten, lehet hogy megtalálta volna a többi 36 metszet egyikén-másikán.

Halász Henrik. A cement-hypertrophiát, melyből *Vajna* a rendelkezést magyarázni akarja, a megejtett gösesóvíz vizsgálat nem tudta kimutatni, mert a hol cement-hypertrophia van, ott nincsenek dentin-csővecskék. A gyökérből nem 3—4 metszetet csinált, hanem az egyik feléből 16 metszet van itt, a sondavizsgálatnál pedig igen vékony tűsondát használt. Az ezen esetben fennállott fejlődési rendellenesség azért nem gátolta a gyökér fejlődését, mert a gyökér a koronapulpából kapott ép pulpát.

B) Előadás.

Tanulmány az endoskopia köréből. Vizsgálatok nagyító húgy-csőtükrökkel (megaloskop urethrale).

Feleki Hugó dr. Előadó visszatekintést vet az endoskopia fejlődésére és az alkalmazásban levő urethroscopiai eljárások ismertetése és bírálata után azon tapasztalatának ad kifejezést, hogy ámbár az esetek túlnyomó többségében a tükrövizsgálat a bántalmak körjelzésénél kifogástalan eredményt nyújt, úgy többször és pedig éppen fontos kérdésekben nem lesz képes kételyeinket eloszlató szabatos felvilágosítást nyújtani, úgy hogy egyes kóros állapotok néha gyakorlott endoskopikusok által is összetévesztetnek.

Ezen körülménynek okát az szolgáltatja, hogy úgy a normalis mint a kóros urethrában az egyes apróbb, illetőleg szabad szemmel alig látható részleteket a legjobban dolgozó urethroscoppal sem vagyunk képesek meglátni. Nem sikerül normalis húgy-csőben a *Littre*-féle mirigyeket, a *Couper*-mirigyek kivezető csöveit és az ondókilövelő csövek nyílásait szemlélni. Kóros állapotban legtöbbször sikerül a lobos *Morgagni*-féle kryptákat, sőt kivételesen a lobos *Littre*-féle mirigyeket felismerni. A *colliculus seminalis* kóros elváltozásai is legtöbbször észlelhetők. De többnyire nem látjuk a mirigyeket és nem látjuk a többi, a normalis húgy-csőben nem szemlélhető részleteket sem. A periglandularis infiltráció felismerése nagy fontossággal bír, hisz tudjuk, hogy ezekből származnak legtöbbször a stricturák súlyos esetei, és mint erre már *Antal* figyelmeztette előadót, csak ezen időszakban vagyunk képesek a szűkületet teljesen meggyógyítani, illetőleg szűkületnek sensu strictiori létrejöttét megakadályozni. Ámbár több útmutatás állhat rendelkezésünkre arra nézve, hogy ily beszűrődéssel van dolgunk, de az, mi biztos jelül szolgálhat, a mirigyeket magukat legtöbbször nincs módunkban meglátni.

A húgy-cső hátulsó részében létrejövő kóros elváltozások, ha kis terjedelműek, diagnostikai tévedésekre adhatnak okot. Így, mint az a gyakorlatban tapasztalható, összetévesztetnek hypertrophizált papillákkal bíró hámfosztott helyek urethritis granulosaival, epithel-felrakódások szűkülettel, epithel-felrakódások a nyálkahártya luetikus folyamataival, a muscosa hypertrophiaja papillomával stb.

Noha azon esetek, hol körjelzési nehézségek vagy tévedések merülhetnek fel, nem gyakoriak, a jelzett fogyatékoságok alkalomadtán, midőn a specialista-hoz, mint döntő fórumhoz fordulnak, mégis kellemetlen helyzetbe képesek bennünket hozni.

Előadó jelzett hiányokon olyképp kívánt segíteni, hogy a használatban levő és arra alkalmas húgy-csőtükröket kis segéd-eszközzel látta el, melylyel a tükröképeket nagyítva és közelítve sikerül megtalálnunk. Ezen általa megaloskopnak nevezett eszköz oly tükrökre illeszthető, hol a fényforrás a tubus előtt vagy annak végébe szilárdan rögzítve van. A nagy elterjedtségnek örvendő *Leiter*-féle panelektroskopra, annak minden átalakítása nélkül a fényforrást tartalmazó tok hátán levő csavarral eszközölhetjük a rögzítést. Az által, hogy az eszközzel a képet 3—4-szeresen nagyítva és közelítve látjuk, módunkban van a nyálkahártya legapróbb detailjairól is könnyű szerrel tiszta képeket nyerni. Azon esetekben, minők fent említették, és midőn fontos differential-diagnostikai nehézségek merülnek fel, ez eszköz alkalmazása mellett a kérdés eldöntése legtöbbször sikerülni fog. Előadó állítása igazolására bemutatja készülékét és az azzal a húgy-cső legfinomabb részeiről felvett képeket.

A megaloskop úgy terjedelemre nézve — hossza 5 cm. — mind súly tekintetében oly jelentéktelen, hogy munkánál semminemű alkalmatlanságot nem okoz. Kapható készítőjénél, *Ebeling* bécsi műszerésznél.

Havas Adolf. Az előadó által bemutatott új műszer tényleg haladást jelent az endoskopiai terén a mennyiben nagyobb képet, ad és azt az által, hogy a képet közelebb hozza, praecisebbé teszi; előadó ezen

eszköz konstruálásáért minden esetre elismerést érdemel. Azonban nem ért egyet szóló előadóval abban, hogy az endoskopnak *Steirer*-féle módosítása nem czélszerű. A *Grünfeld*-féle endoskopnál ugyanis a tubus közvetlenül átmegy egy szélesebb tölesérbe, és midőn a tubus némi nyomással a húgy-csőbe vezetetik, e szélesebb tölesér egy része szintén a húgy-csőbe nyomul és az orificium externum feszítése által fájdalmat okoz. *Steirer* a tubus és a tölesér közé egy lapos lemezt alkalmazott, mely az által, hogy a tölesérnek a húgy-csőbe való nyomását meggátolja, a vizsgált betegeket az említett fájdalomtól megkíméli. *Steirer*-nek e modificatióját *Leiter* is alkalmazta endoskopján.

Feleki Hugó. Köszöni *Havas* szíves elismerését. A mi az endoskopnak *Steirer*-féle módosítását illeti, arra vonatkozólag nem azt mondta, hogy czélszerűtlen, hanem azon módosítások közé sorolta, melyek nézete szerint nagyobb jelentőséggel nem bírnak. Az a fájdalom, melytől a *Steirer*-féle modificatio a vizsgált egyéneket megkíméli, nem jelentékeny és csak nagyon érzékeny betegeknél mutatkozik, másrészt a *Steirer* szerinti modifikált endoskop megtisztítása és desinfiálása csak sokkal nehezebben eszközölhető.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató szakülés 1894. április 11-dikén.)

Elnök: *Schwartz* Ottó; jegyző: *Mohr* Mihály.

(Vége.)

Gerinczagsérv (Myelomeningocèle) műtét által gyógyított esete.

Herczel Manó. A jelenleg 13 hónapos fiúgyermek egészséges szülőktől származik; családjában hasonló baj elő nem fordult. Születésekor a keresztáján egy krajezárnnyi behorpadás volt észlelhető, melynek helyén csakhamar dudor fejlődött és ez oly gyorsan nőtt, hogy 5 hónapos korában férfőkölnyi daganattá lett. Az elég jól kifejlett gyermek 6 hónapos korában került *Herczel* főorvos osztályára. *Felvételekor* alsó és felső végtagjait jól mozgatja, a jobb alsó végtagot kissé renyhébben, mint a bal; érzéketlenség sehol sem mutatkozik. A végbél azonban tátong, a székürülés majdnem folytonos, a vizeles nagyon gyakori. A keresztcsonton annak egész kiterjedésében gömbölyű, széles alapon ülő, férfőkölnyi, kevéssé eltolható képlet van, mely fluctuatiót és undulatiót mutat. Hosszátmérője 16½, harántmérése 15½ cm. Felette a bőr vékonyodott, a promineáló helyeken vörös berepedéseket és felületes kifeléyedéseket mutat. Nyomásra a képlet alig kisebbíthető; próbapunctióra kristálytiszta folyadék ürül.

A cerebrospinalis folyadékot teljesen kiüríteni lecsapolás által nem sikerült. Ezért és hogy a viszonyok felől teljes tájékozást szerezzen, bemutató a radikális műtétre határozta el magát, melyet múlt évi szeptember 7-dikén végezett gyenge chloroform-narkosis mellett.

A tömlő egy sagittalis oldalmetszéssel megnyitott; szorgos praeparálás után kitűnt, hogy a képlet 5 vékony válaszfal által 6 rekeszre van osztva. A válaszfalakban idegkötegek futnak, melyek a tömlő felső sarka felé convergálva, a mellső felső peripherián fekvő gerinczvelőhöz haladnak. E 4—5 cm.-nyi gerinczagsérv részletnek és az idegkötegeknek nagy elővigyázattal történt ki-praeparálása után sikerült azokat a gerinczesatornába visszahelyezni. Ekkor tisztán láthatóvá lett a keresztcsont felső felében levő 1 cm. széles, 2½ cm. hosszú ovalis rés. A tömlő és a felesleges bórészlet kiirtása után a dura mater kettős etage-ban finom silkworm-varratokkal teljesen elzáratott és felette az izomzat és bőr silkworm-varratokkal egyesített. Két finom drainső alkalmazása után collodium-gaze-kötés alkalmaztatott.

A lefolyás eleinte aggasztó volt. Közvetlenül a műtét után epileptiformis görcsök léptek fel; a kutacsok feszültek, tarkómerevség, fénykerülés állott be éjjeli felsikoltásokkal; szóval intrakranialis nyomásnövekedés kifejezett tünetei. Néhány nap múlva mindezek megszűntek. A reconvalescentia ezután még zavarva lett az által, hogy a vékony drainsővek nem functionáltak és váladék-visszatartás állott be lázzal. Vastagabb csövek bevezetése után ez megszűnt és a seb begyógyult.

Jelenleg daczára annak, hogy a beteg pelottát nem visel, recidivának nyoma nincs. A gyermek jól fejlődik, gyarapszik. A műtét helyén egy 8 cm. hosszú heg van és a mi a legörvendetesebb, a székelés és vizeles rendesen történik, úgy hogy a jelen volt incontinentia alvi et urinae a műtét folytán megszűnt.

Cirrhosis hepatis érdekes esete.

Ángyán Béla a cirrhosis hepatis egy esetét mutatja be, mely tüneti és oktani tekintetben bir érdekességgel.

Az eset egy 28 éves férfira vonatkozik, ki gyermekkorában hosszabban váltólázás rohamokat állott ki, s előadása szerint mindig halvány és gyenge volt. Nyolcz év előtt ismét másodnaponként jelentkező váltóláz miatt 7 hétig ágyban fekvő beteg volt. Ekkor kezelő orvosa lép- és májdaganatot állapított meg nála. Négy év előtt ismét egy hónapig váltólázban szenvedett. Másfél év előtt vérhányás lepte meg, mely azóta hosszabb időközökben 3-szor lépett fel. Már az első vérhányás után lábai a bokák táján vizenyösen megduzzadtak s mult évi április óta az alszárak egész a térdekig duzzadtak. A beteg nagy fokban elgyengült, szédült; fülesengések és fülzúgások annyira zavarták, hogy a kórházba vétette fel magát mult évi december 30-dikán.

Felvételekor a beteg bőre és látható nyákhártyái feltünően halaványok; a panniculus adiposus elég jól fejlett; a beteg közérzete a nagyfokú gyengeség, szédülés és fülesengések miatt igen lehangolt. Étvágya elég jó. Tüdők és szív felett semmi rendellenesség. A has mérsékelt puffadt; az alszárak és a bokák kissé vizenyösen duzzadtak. A májtompulat a jobb parasternalis vonalban az 5., a bimbóvonalban a 6. bordától a mellkas szélén túl egy ujjnyira; a hónaljvonalban a 7. bordától a mellkas széléig terjed. A proc. xyphoideus fölött dobos a kopogtatási hang. Tapintásnál a máj megvékonyodott, széle a jobb bimbóvonal meghosszabbításában a bordáiv alatt egy ujjnyira tapintható, felülete szemés, összeállása igen kemény. Léptompulat a 7-dik bordától a 11-dik borda csúcsán túl 4 ujjnyira terjed. A lép sima, kemény, érzékeny. Hasüregében nem volt ascites.

A vérvizsgálat annyiban mutatott rendellenességet, hogy a haemoglobin-tartalom a normalisnak 60%-a volt, tehát csaknem felére csökkent. A vörös vértestecsek száma, valamint a fehér vértestecské is normalis volt.

A kórlefolyásból csak annyit említ fel, hogy a beteg állapota a mult hó 25-dikéig javult, anaemiája csökkent, a szédülések, fülesengések eltűntek, úgyszintén az anasarca is; lépe csekély kisebbedést mutatott.

Márczius 25-dikén éjjel mintegy $\frac{1}{2}$ liter vért hányt; a vérhányás 26-dikán és 27-dikén még háromszor ismétlődött és a beteg összesen mintegy $3\frac{1}{2}$ liternyi vért vesztett. A beteg ezután ismét nagy fokban elgyengült, a szédülések, fülzúgások ismét előállottak. Közvetlen a vérzés után lépe annyira megkisebbedett, hogy alsó határa a bordáivnál végződött. Ezek után a hasüregben csekély ascites kezdett mutatkozni.

Ezek alapján alig lehet kétség az iránt, hogy a betegnél májzsugor van jelen, mely nemcsak a lép megnagyobbodására vezetett, hanem $1\frac{1}{2}$ év alatt 6 ízben tetemes vérhányással járt.

Tünettlenül az eset annyiban érdekes, mert a betegnél dacára a feltehető nagy vérpangásnak a vena portarum rendszerében, ascites a betegség hosszú fennállása dacára nem mutatkozott. Nagyfokú gyomor- és bélvérzések azonban több ízben állottak elő, mint a gyomor- és bélviszerekben jelenlévő nagyfokú vérpangás következményei.

Oktanilag annyiban érdekes az eset, a mennyiben a betegség fejlődése nem vezethető vissza az alkohol túlévezetére, hanem malarikus infectióban találja magyarázatát. A beteg olyan vidéken élt gyermekkorára óta, hol a malaria endemikus betegség, és több ízben szenvedett váltólázás rohamokban. Jogosult tehát a felvétel, hogy a betegnél a cirrhosis hepatis malarikus infectio által okoztatott.

Tíz cataracta eset.

Id. Siklósy Gyula. Az osztályán legutóbb operált tíz cataracta esetet mutatja be. A kitűnő eredményű műtéteket az iridektomia nélküli lebenyes módszer szerint segédorvosai ifj. Siklósy Gyula dr. és Béla Pál dr. végezték.

Polydaktylia esete.

Elischer Gyula. Egy gyermeket mutat be, kinél fejlődési anomalia per excessum észlelhető. A gyermek mindkét kezének kisujján a II. perczből kiinduló egy-egy számfelüti ujjacska látható, melyeken kis, burjánzó körömnymok is megkülönböztethetők.

A polydaktylia öröklött szokott lenni, de e gyermek anyjánál ilyenemű rendellenesség nem forgott fenn, az atyja pedig ismeretlen. A számfelüti ujjak eltávolítása az őket tápláló arteria és vena leköteése után könnyen eszközölhető.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A tüdővész gyógytana. Gyakorló orvosok használatára írta Székely Ágoston dr. Budapest, Dobrowsky és Franke kiadása. 1894. 92 lap. Ára 1 frt.

Általában a „különös kór- és gyógytan“ kézikönyvei mostohán bánnak el a gyógyítás fejezetével és a gyakorló orvos ennek folytán gyakran hiában keres kellő útmutatást könyveiben. És még inkább áll ez azon betegségeket illetőleg, a melyek ellen sajátlagos orvosszerekkel nem rendelkezünk, de ennek dacára is képesek vagyunk bár egyenként véve csekély hatású rendelésekkel, összességében mégis jelentékeny sikert elérni. Ezen bántalmak között fontosságra nézve kétségtelenül első helyen áll a tüdővész, a melynek gyógyításában helyesen mondja ki a szerző: „kicsinyben kell nagynak lenni“. Székely dr. egyike elméletileg legképzettebb ifjú kartársainknak, gondos előtanulmányok után nagy szorgalommal és buzgó törekvéssel állította össze a tüdővész gyógyításának és tüneti kezelésének módozatait. Kerüli a túlságos elméleti fejtegetéseket, s bevezetésében is csak röviden körvonalozza a gümőkór lényegét. Szerinte a tüdővész a gümöbacillus által a reá hajlamostított tüdőben megindított és részben általa fentartott betegség. Ezen meghatározás alapján joggal hangsúlyozza, hogy nem lenne elégséges egyedül a gümöbacillus ellen küzdeni, mert a kórlefolyásban más bakteriumok is vesznek részt, és a hajlandóság fennmaradása mellett nem sokat érne egy bacillusgeneratio kipusztítása. Ezek után a tüdővészre hajlandósággal bírók kezelését ismereti, röviden tárgyalva az öröklés és a fertőzés kérdéseit, foglalja a táplálkozás, a tüdőgymnastika és az egészségügyi tényezők részleteivel. A II. rész a tüdővész betegek orvoslását írja le és pedig első sorban a baj lényege ellen irányuló eljárásokat s azután a tünetek kezelését. Az előbbiben a gümöbacillusok ellen jó eredményt vár az Arthaud által javasolt tannintól, de még inkább az általános táplálkozás javulásától és a tüdőbeli vérkeringés fokozásától, a melyeknek módszereit részletesen tárgyalja. A tüneti kezelés fejezeteiben találjuk a láz, az izzadás, a gyomor részéről jelentkező zavarok, a tüdővérzés, a köhögés stb. kezelésének gondos és széles alapon dolgozott leírását. Végre a mű befejezését a klimatoterapiára vonatkozó javulatok, s az egyes klimatikai helyek gyakorlatilag czélszerű tárgyalása képezi.

Az egész munka világos, jól érthető nyelven van megírva s számos gyakorlati útmutatását bizonyára sokan fogják sikerrel használatba venni, s nem von le a mű értékéből, ha itt-ott talán épen túlságos tökéletességre való törekvésből oly szereléseket is vett fel, a melyeknek felesleges voltáról a szerző bővebb tapasztalatok után, mint a mennyire eddigéle alkalmá volt, valószínűleg meg fog győződni. Ezek közé talán leginkább a digitalisról mondottakat (no meg Oertel „szívmasszázsát“!) sorolnám, a melyeket néhai Wagner János tanár, a kinek emlékére ajánlja művét szerző, bizony nem irt volna alá. A kreosot kevésre becsülését sem látjuk eléggé megokolva, ha Fürbringer régebben már el is hagyta, azért mégis leghatásosabb szerünk marad, s egyike azon keveseknek, a melyeknek használata évek sora óta mindinkább terjed.

Szerző tanulmányában híven tükrözi vissza azt, a mit ma lehet a tüdőgümőkór ellen tenni s ezért ajánljuk e füzetet — a mely egyidejűleg német nyelven (Hirschwald berlini czég kiadásában) is megjelent — olvasóink figyelmébe. A mű kiállítása a törekvő Dobrowsky és Franke czég dicséretére válik. —k.

II. Lapszemle.

Gyógyszertan.

A chinolin, isochinolin és derivatumainak élettani hatásáról. Stockmann oda concludál, hogy gyógyszerhatástani szempontból a chinolin és isochinolin között sem qualitativ, sem quan-

titativ különbséget nem látunk. Ugyancsak nincsen különbség a chinolin és isochinolin methyljodid között sem. Utóbbi nagy adagjaitól gyakran látta a centralis, motorikus paresis mellett a motorikus idegvégződésnek bénulását is. A chinolin-moleculék aethylmaradványokkal való kombinálásánál a hatás intenzitása lefokozódik. (Journ. of physiology. XV. Nr. 3. p. 245.) *Rottenbiller* dr.

A sophora tomentosa (L.) alcaloidjával kísérletezett *Plugge*, és állatkísérletei alapján azt állítja, hogy a *sophorin* hatása identikus a *cytisin* hatásával. A légzést lassítja, utóbb per asphyxiam létrejö a halál, s a szív diastolében áll meg. (Weckbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneeth. 1893. Nr. 5.) *Rottenbiller* dr.

Klinikai tapasztalatok a senna hatóanyagáról (cathartinsav). *Dehio* klinikai észleletei alapján (21 eset) igen melegen ajánlja a cathartinsavat, mint hashajtót. Fájdalmat alig okoz, megbízható, nincsenek kellemetlen mellékhatásai s íze sem kellemetlen, úgy hogy czukorral összedörzsölve még a gyermekpraxisban is nagy jövőt jósol e szernek. Felnőtteknek 0.15 gm.-ot, gyermekeknek 0.05 grammot ad por alakban czukorral elegyítve. A szert tudvaleg Gensz állította elő először tisztán Dorpatban. Sárgás-barna, vízben rosszul oldható por. (S. Petersburger med. Wochenschrift. 1893. Nr. 27.) *Rottenbiller* dr.

Belgyógyászat.

A typhus abdominalis kezelése laktopheninnel. *Jaksch* a typhus abd.-nak 18 esetét orvosolta laktopheninnel oly jó és oly biztosan bekövetkező eredménnyel, hogy különösen ha még tekintetbe vesszük az esetek rendkívüli súlyosságát, a véletlen szeszélyes játéka kizártnak tekinthető. A mi az adagolást illeti, legjobb a laktopheninből amyllum-capsulában 0.5—1.0 gm.-ot pro dosi adni; a szükség szerint 6.0 gm.-ig lehet pro die emelkedni. Káros hatását sohasem látták. Antipyretikus, de még inkább sedativ hatása meglepő. A hő lassan csökken, órákig alacsony marad és ismét lassan — rázóhideg nélkül — emelkedik. Nem is annyira ezért, mint inkább sedativ hatása miatt ígérkezik a typhus abd. terapiájában kiváló helyet elfoglalni. A deliriumok eltűnnek, a sensorium feltisztul, a betegek jól érzik magukat, étvágyat kapnak, s a mi a fő, a legtöbb esetben a laktopheninek néhány napi nyújtása után a betegség lefolyt. (Centralbl. f. innere Med. 1894. Nr. 11.) *W dt.*

Meleg fürdők hatása az emberi szervezetre. *Topp* (Halle) azon ismert tényekből kiindulva, hogy lázas betegeknél a szénsavtermelés és oxygen-felvétel, valamint a vizeletben a nitrogen-tartalmú anyagok mennyisége jelentékeny szaporodást mutat, vizsgálatokat tett arra nézve, hogy meleg fürdők mennyire befolyásolják az anyagforgalmat? A kísérleteket önmagán végezte; a kísérleti idő tartama alatt a következő anyagok képezték táplálékát: 270 gm. fehér kenyér, 250 gm. sovány marhahús, 60 gm. vaj, 30 gm. szalonna, 70 gm. sajt, 1000 gm. tej, 1200 gm. sör, 250 gm. víz, a mi megfelelt 22,13472 N-nek. Vizeletének N-tartalmát Kjeldahl szerint határozta meg. A N-egyensúly beállván, *Topp* meleg fürdőt vett; a legmelegebb fürdő 46.5°-ú volt s ez 16 perc alatt testének hőfokát 36.6°-ról 40.3°-ra emelte; ez esetben collapsus fenyegette az orvost, miért is a fürdőt elhagyta. A kísérletek eredménye az volt, hogy a meleg fürdők folytán a vizelet N-tartalma növekedett, a mit *Topp* a fehérnyé-anyagok nagyobb fokú széteséséből magyaráz. (Therap. Monatsh. 1894. 1. és 2. f.) *A—y* dr.

A chinin hatásmódjáról malarianál ír *Binz*. Kísérletes vizsgálatai alapján szerző már 25 év előtt azon véleményének adott kifejezést, miszerint a chinin a malariát oly módon gyógyítja, hogy a chinin direkt befolyást gyakorol a malaria okára, a mely gyanánt valami alsó rendű organismust vett fel. Ezen feltevés helyességét azután a malaria-amoeba felfedezése után be is bizonyította. Azon ellenvetések, hogy a chinin nem öli az amoebát, sőt eleinte a protoplasmikus mozgást még növeli, továbbá hogy az amoeba destillált víz és konyhasó hozzáadására is tönkremegy, tarthatlanok. Minden erősen hígított hűtő mérge ugyanis eleinte izgalmi állapotba hozza a sejtet és ez az állapot csak később megy át hűdésbe; továbbá úgy a destillált víz, mint az erős töménységű konyhasó-oldat mérgezőleg hatnak a szabad protoplasmára; könnyű malaria-esetek néha chlornatriumra gyógyulnak,

Újabb időben *Mannaberg*, *Romanowsky*, *Baceli*, *Golgi*, *Marchiafava* és *Bignami* kimutatták, hogy malariás betegek vérében már néhány órával a chinin bevétele után az amoebák szétesés állapotában találhatók, bizonyos festanyagokat már nem vesznek fel és spóráik már nem fejlődésképesek többé. *Mannaberg* szerint chininre legjobban a quotidiana apró amoeboid alakjai reagálnak; 1/2 gramm 3 óra alatt tönkreteszi a nucleolus festhetőségét és a protoplasmát törékenynyé teszi, úgy hogy 12 óra múlva a legtöbb parasita vagy eltűnt, vagy törmelék alakjában látható a vérésejtekben. A tertiana és quartana kinőtt festékes alakjainál szintén elvész a nucleolus, az eddig világos mag diffus megfestődik és a spóráképződés csak hiányos; néha a parasiták szétszakadnak. A malaria spontan gyógyulása talán a fehér vérésejtek phagocytatulajdonságával magyarázható; a chinin azonban nem növeli a phagocytismust, sőt *Golgi* szerint még csökkenti is. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 6. sz.)

Gyermekgyógyászat.

A számarhurut gyógyítása chininnel. *Baron* a pertussis ellen a *Binz* és *Ungar* ajánlotta chinin-therapiára hívja fel a figyelmet. 50 eset közül kétszer maradt el a jó hatás, különben, bár változó idő múlva, de mindig szembeszökő volt. Úgy látszik, hogy a hatás bekövetkezésének idejére a betegség szaka és a gyakori hányások miatt a chinin változó felszívódása van befolyással. Néha már 2—3, rendszeren 5—6 nap múlva mutatkozik a javulás a rohamok számának és hevességének csökkenésében és a tüdő részéről való szövödmények távoltartásában. Ha ez utóbbiak már jelen vannak, nem képeznek contraindicatiót. Napjában 3-szor adható 0.01 gm. pro hónap, 0.1 gm. pro életév; 0.4 gm.-nál több átlag 4 évesnél idősebb gyermekeknek sem szükséges; erős esecsemők többet kaphatnak, mint a mennyi koruknak megfelelő. A javulás bekövetkezése után az adagok kisebbitendők. (Berl. klin. Woch. 1893. Nr. 48. — Centralbl. f. inn. Med. 1894. Nr. 11.) *W—dt.*

Torokdiphtheritisnél életveszélyes korai complicatiót képez *Aufrecht* szerint a nephritis parenchymatosa. Azt ajánlja tehát, hogy diphtheritis, sőt angina follicularis minden esetében is a vizeletet a betegség kezdetétől fogva meg kell vizsgálni fehérnye jelenlétére. Különösen szükséges a vizelet megvizsgálása azon esetekben, a hol nagy a nyugtalanság, nem szabad sensorium és nagyon szapora érlökés mellett. Ha a vizeletben fehérnye található, azonnal nagy mennyiségű alkalikus-muriatikus vizet kell rendelni, a Henle-féle kacsokban levő, azokat eldugaszoló hengerek eltávolítása céljából. (Therap. Monatshefte, 1894. márczius.)

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Gyermekek acut bronchitisénél** jó eredményt látott *Holstein* a calomeltól, melyet következőképen rendelt: Rp. Calomelanos 0.04; Sacchari pulv. 0.40; M. f. pulv. Div. in dos. Nr. IV. S. 2—3 óránként egy port egy kávéskanálnyi tejben feloldva. (Sem. méd. 1894. 2. sz.)

2. **Vaginitis gyógyítása.** *Lutaud* szerint heveny vaginitisnél nem szabad tükörrel vizsgálni; a járás, coitus és minden testi megerőltetés eltiltandó. A hüvely 6 óránként kiöblítendő 2 liter 1%-os bórsav-oldattal. Erős fájdalom esetén 1 egm. opium-kivonatot tartalmazó suppositorium alkalmazandó minden este. A hólyag izgatottsága ellen opiumos kataplasma, bromkalium, lenmagthea, mandolaj és alkalikus húgyhajtók használandók. Borívás megtiltandó. Idült vaginitis esetén kiöblítések ajánlatosak a következő szerek valamelyikével. Rp. Acidi carbolic 5.0; Alkoh. 10.0; Ol. thymi guttas XX. S. 2 liter vízre. Rp. Hydrargyri bichlorati 0.25; Acidi tartarici 1.0. S. 2 liter vízre. Rp. Kalii permangan. 10.0; Aqu. destil. 200.0. S. 1 evőkanálnyi 2 liter vízre. Blennorrhikus vaginitis esetében ez utóbbit tartja szerző a leghatásosabbnak. Makkacs esetekben méhtükör ellenőrzése mellett argentum nitricum-oldattal (2:30) esetelendő be a vagina nyákhártyája és utána a következő oldatba mártott nagy wattatampon helyezendő a hüvelybe: Rp. Glycerini 120.0; Acidi tannici 2.0; Morphii hydrochlor. 0.1. Ezen tampon 48 óráig marad benn. (Journ. de méd. 1894. 1. sz.)

TÁRCZA.

A boncztan tanításának néhány újabb módszeréről.¹

Mióta főnököm, *Thanhoffer* tanár úr, az intézet vezetését átvette, némely újabb gyakorlati oktatási módszert hozott használatba, a melyeket az ő megbízásából az alábbiakban közlök.

Hogy mily fontos és hasznos didaktikai módszer a rajzokkal és képekkel való tanítás, azt úgy vélem mindenki tapasztalhatta a normal-iskoláktól az egyetemig. Hasznosak pedig a rajzok és képek a tanítás terén nem csak azért, mert a tanuló vagy hallgató könnyebben ért át valamely tárgyat vagy dolgot, ha azt szemlélteti is egyszerre, hanem mert a tanító a tárgyat könnyebben tudja megértetni a hallgatóval, ha azt rajzban vagy képben is bemutathatja.

Az egyetemen rég idő óta szokásban van a rajzok használata az előadások alkalmával a tárgy könnyebb érzékíthetősége miatt; főleg használják azokat az anatómiai intézetekben, mint a melyekben talán a legtöbb tárgy (emberi szervek, makro- és mikroszkopi dolgok) — kivéve az emberi test nagyobb méretű részeit (mint önállóan a fej, végtagok, törzsök) — kicsiny volta miatt a hallgatóság által az előadás alatt a padok távolsága miatt nem szemléltető eléggé jól, annyira legalább nem, hogy arról minden tekintetben tiszta képet alkosson a hallgató magának. Az illusztrált tankönyvek, főleg a boncztaniak, szintén arra hivatják, hogy közelebbről érzéktessék a hallgatóval a tárgyat és annak összetevő kisebb alkotó elemeit. De ez illusztrált drága tankönyveket nem szerezheti meg minden hallgató, de ha megszerzi is, nem mindnyája viszi azokat a bonczoló terembe, hogy azt ott bepiszkolja vérrel stb. és így különösen a szegényebb sorsú hallgató, a bonczolás alkalmával, míg a segéd más asztaloknál foglalkozik, egy jó rajz vagy kép nélkül sehogy sem, vagy legalább is hiányosan végzi a bonczolást. E hiányokon, de meg az illusztrált könyvek sok hibás rajzain is segítettő, főnököm, *Thanhoffer* tanár úr, átvizsgálta jó tankönyv rajzok után nyolczadrét, fehérre festett, tűzben emaillozott zinklapokra festette részben maga, részben személyzete, az emberi test minden régióját, a benne levő képződményekkel, lehetőleg természetes színeket használva, az izmot vöröses-barnára, az ütőeret vörösre, a vivőeret kékre, az ideget fehérre stb., hogy a hallgató illetve bonczoló lehetőleg hű képet nyerjen az egyes részek, illetőleg a szervek természetes színeiről is.

Az egyes zinktáblák a bonczolás alkalmával a bonczoló terembe vitetnek megfelelő rekeszekre osztott ládában, és a hallgató egy, az általa bonczolandó testrészeknek megfelelő képes táblát kap, a mely hűen mutatja a bonczolandó testrészek makroszkopi alkotó elemeit, és a mely táblát véres, nedves kézzel is megfoghat, a hullára is teheti, mert az olajos festék nem veszi be ezt a piszkot és vízzel tisztára is mosható. Hogy mily hasznosak e kis táblák a bonczteremben, legeklatansabban az mutatja, hogy a hallgatók — saját bevallásuk szerint — az általuk még egyszer sem bonczolt testrészt is, egyéb segítség nélkül, a kép után egészen praecise bonczolják fel.

A bonczterem számára készültek és készülnek még nagy fali, szintén emaillozott, fehérre festett zinktáblák, a melyeken olajos festéssel, természetes színekkel, az egész törzs hosszanti átmetszete, a mellkas és más egyéb nagyobb testrészek vannak érzékítve és kihúzott vonalakkal az egyes részek nevei jelezve.

Főnököm, hogy a tanítást intensívebbé tegye, tanársága első évében azzal bizott meg, hogy az egyes csontokon, az izmok eredését, tapadását, illetőleg elhelyeződését fesse meg olajos carmin-zinóber festéssel, s azután a megfestett részekre az alapszíntől elütő feltűnő fekete vagy fehér színnel jelezsem az egyes izmok nevét és határait. Ugyancsak azóta minden évben használja főnököm ezen megfestett csontokat az izmok tárgyalásakor.

Hasonló eljárásokat egynémely tankönyvben is találunk, mint pl. a *Heitzman* atlaszában, a hol az izmok az egyes csontokon fekete szaggatott vonalakkal jelöltetnek, vagy *Testut*-ben, a hol színes contourral jelezvék azok, de ilyen általunk használt praegnansabb eljárást nem találunk tankönyvekben.²

¹ Közlemény a kir. m. tudomány-egyetem II-dik boncztani és szövettani intézetéből.

² *Thanhoffer* tanár úr leírásából tudom, hogy Bécsben tartózkodása alkalmával az egyik boncztani intézetben látott egy lapoczkacsontot, a melyen a mienkhez hasonló módon fel voltak annak izmai festve.

Hogy a bonczteremben a hallgatók egyöntetűen lássák a praeparálás alkalmával az egyes izmok eredését, tapadását, fekvését a csonton, valamint a szalagok, bursák elhelyeződését és az egyes csontok minden részét (tövis, lyukat, csatornát, nyúlványt, gumót stb.); megbízott főnököm azzal, hogy egy felállított, illetve összefűzött teljes csontvázon annak egyik felén az egyes csontok minden névvel ellátott részét fekete olajfestékes irással jelezsem, míg a másik felén a csontváznak az egyes izmok eredését, tapadását és elhelyeződését jelezsem carmin-zinóber olajos festéssel, majd a szalagok világoskék és a bursák sötétkék színnel érzékítendő, az izmok, szalagok és bursák nevei és az izomhatárok megfelelő elütő színnel legyenek festve, illetőleg írva. Megbízatommal már is készen vagyok. Hogy mennyire tanulságos az így elkészített és boncztermi tanulásra rendeltetett skelet annak a kezdő medicusnak, az könnyen elképzelhető, a mennyiben a csont-, izom- és szalagtan tanulására nyitott könyv gyanánt áll ez előtte. Az alkoholos készítményeknek — főleg a törzs harántmetszeteinek — könnyebb áttekinthetősége *Thanhoffer* tanár úr készített négyyszögű fémrámas zárt üvegfalakkal bíró kis kézi tumbákat, a melyek mindegyikében egy törzsharántmetszet fér el és annyi alkohol, a mennyi a praeparatumot egészen bevonja, hogy a bemutatások alatt az ki ne száradjon. Ezen kézi tumbák, melyek a megfelelő előadások alatt szegre akasztatnak vagy a hallgatók között köröztetnek, mint jelzém üvegfalakkal bírnak, a melyeken át tisztán látható a törzsmetszet minden része és hogy az alkohol által elszíntelenedett és így egymástól nehezen megkülönböztethető szervrészek könnyebben áttekinthetők legyenek, főnököm minden egyes, a metszeten látható szervet, szervrészt, bonyét, pólyát, ideget, edényt gouache festékes különféle színekkel festett meg, a melyek a Lenhossék Mihály tanár által vízfestéssel festett és az intézet muzeumában levő egynéhány végtagmetszet fölött azon előnnyel bírnak, hogy míg az utóbbiak festéke oldódik az alkoholban s így sokat veszít színéből, addig ez előbbieket állandóan megtartják eredeti festett színüket. *Högyes* tanár úr említé, hogy Edingburgban látott ilyen festett metszeteket szárazon üveg alatt eltéve.

Nagyon hasznosnak bizonyuló eljárás az egész ér- és idegrendszer bemutatására, illetve tanítására az, hogy intézetünk egy ügyesen rajzoló demonstrator *Katona*, főnököm megbízásából és vázlati alapján fehér kartonpapírra külön az ütőeres, a vivőeres, és külön az idegrendszert teljes egészében — mint az emberi testet corrodáltan — lefestette, és pedig vörösre az ütőeres, kékre a vivőeres és feketére — fehér kartonon — az idegrendszert, úgy hogy ilyen táblán könnyű áttekinthetést nyerhet a tanuló az egész ütőeres, vivőeres elágazódásról és az emberi test összes idegeinek lefutásáról; és hogy ez az áttekintés még intensívebbé tétessék, *Katona* azokat drótból készíti most el.

Ugyancsak érdekesek a tanításra azok az ideg praeparatmok is, a melyeket *Chudowszky* dr. volt intézeti gyakornok és mások készítettek; nevezetesen a 12 agyidegpár készítményei, a melyeken az összes erek és idegek más és más színben vannak gouache festékekkel *Thanhoffer* tanár megbízásából feltüntetve, s a melyek elég messziről jól láthatóan tüntetik fel a nevezett idegek és erek egymáshoz viszonyait.

Még egy hasznos újításunk van, a mi abból áll, hogy egy gyps-phantomon zsenilia-pamuttal van az emberi test minden külső régiója határolva, míg egy szárított törzs csontvázon hasonló módon a szív, nagy erek, a mellhártyalemez határai vannak lehető pontossággal feltüntetve, a mely készítményeknek nem kevés hasznát látjuk főleg a topographiai előadásokon.

Mindeme didaktikai módszerek, a melyeket közöltem — kivéve a *Thanhoffer* tanár úr által Bécsben látottat — olyanok, a melyekkel *Berlin*, *London* és *Páris* orvosi egyetemem ott tartózkodásom alkalmával nem találkoztam és így jogosult az örömről, midőn azt hiszszük, hogy a didaktikai módszereket e néhány újítással mi is előbbre vittük a haladás stadiuma felé.

Jelen közleményemnek nem volt egyéb célja, mint az érdeklődők figyelmét felhívni egynémely hasznosnak mutakozó tanítási módszerre, a melyeket követve, bizonyára elismerendik annak jogosultságát.

Halász Henrik dr., I. tanársegéd.

Műszerek és betegápolási eszközök a római egészségügyi kiállításon.

A minden kiállítások átka — a rendezés készületlensége — Rómát sem kerülte el. A kiállítók nem tudtak elkészülni munkájokkal, megrendelt szekrényeiket, helyeiket nem kapták meg a kellő nagyságban és időben, úgy annyira, hogy számos gyáros tárgyait ki sem rakhatta s nem egy érdekes tárgy maradt a ládák sötétében ismeretlenül.

Meglepő újat, jelentős vívmányt a kiállítás nem produkált; az úgynevezett „ügyes“ dolgok sem voltak feles számmal.

Ha a kiállított tárgyakon a munka minőséget, a kivitel szépségét tekintjük, nem nézve a mennyiséget, első helyen kell emlitenünk a németeket, kik lassanként uralkodó helyet foglalnak el találatok, solid és csinos eszközeikkel minden nemzet productumai felett.

Sajnosan nélkülöztük a francziákat, kik egy-két jelentéktelen dolgon kívül nem mutattak be semmit szép bandageaik és orthopediai eszközeikből.

Az olaszok semmi különöset nem produkáltak műszerekben. Nagyon praktikus volt azonban egy vaságy asthmatikusok számára, mely a kényelmes fekvés mellett egy csavaró segélyével karszék módjára ülőhelyzetbe hozható. Tekintve az asthma-betegek kínos állapotát, ha roham alatt fel nem kelhetnek, e szükség valóban igen jó szolgálatot tehet.

Nem tartozik a műszerészethez, de a kórházak és betegszobák hygieniáját illetőleg jelentős egy olasz gyár által készített és kiállított festék, mely rendkívül kemény és sima felületénél fogva az asepsis és antisepsis kivitelére, falak és bútorokra alkalmazva, mondhatnám ideális anyag. Magam is próbákat tettem a festékekkel. Emailhoz hasonló gyorsan száradó felülete ellenáll a szappanos meleg víz, carbol- és sublimat-oldatokkal való legkíméletlenebb súrolásnak is.

Olaszokról szólva, nem mellőzhetem említeni, hogy gumigyártmányaik erősen versenyre kelnek az angol készítményekkel.

A kiállítás feltűnő szép gyűjteménye a berlini Lautenshläger sterilisatorai voltak. A munkának azt a praecisítását és a részletek oly tiszta kivitelét nem találjuk a sokszor dícsért francziáknál sem.

A csírmentesítés mint a modern sebészet főcélja uralkodik általában a műszer technikán. Ennek értelmében töreksenek azután az eszközöket mennél alkalmasabbá is tenni a sterilizálásra. Mennél kevesebb szöglet, mennél kevesebb hozzáférhetetlen mélyedés és buvóhely a mikroorganizmusoknak. E szempontból gyönyörű volt Lenz berlini gyáros operáló asztala, melynek síma nikeles lábait egy egyszerű síma, 21 mm. vastag üveglap fedi fekvő helyül az operálandónak.

Legjobban csalódtunk a kisebb sebészi eszközöket illetőleg. Egy említésre méltó újítás nem volt képviselve a kiállításon; a mi annál inkább meglepett, mert februári tanulmányutam alkalmával nem egy practikus újdonságot láttam a külföldön.

Általában a kiállítás a műszerészetet nem vitte előbbre. Műszerészeink nagyrészt megelégesznek az olcsóbb dícsőséggel és a már meglevő eszközök végtelen „variatioival“ teremtenek ephemer értékű „újdonságokat“. Sok megoldandó problema, sok egyszerűsítés vár mesterére, e célból azonban a modern instrumentáriusnak több összeköttetést kell keresni az orvossal és lehetőleg sok időt kell tölteni a kórteremben és az operáló asztal mellett.

Ruttner Kálmán.

Heti szemle.

Budapest, 1894. április 27-dikén.

A VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressusra a meghívót a congressus elnöksége a napokban küldötte szét.

A congressus munkálatai két csoportban, t. i. a közegészségi és demographiai csoportban fognak folyni.

A közegészségi csoport összesen 19, a demographiai csoport pedig 7 szakosztályra oszlik, melyeket már ismertettünk.

A végrehajtó-bizottság minden egyes szakosztály számára megállapította ama főbb kérdéseket, a melyeknek tárgyalását szükségesnek látta és ezt azzal biztosította, hogy azokra szakmabeli kitűnőségeket kért fel. Azonkívül minden szakosztály számára egész sorát oly kérdéseknek állapította meg, a melyek tárgyalása szintén kívánatosnak mutat-

kozott. Az előkészítésnek ezen módja által sikerült elérni azt a nem remélt fényes eredményt, hogy már f. é. márczius 31-dikéig a közegészségi csoportban 437, a demographiai csoportban 98, összesen tehát 535 előadás van a congressus részére bejelentve, a mi által annak tudományos működése a legszélesebb alapon már ma is teljesen biztosítva van és így előre mondható, hogy congressusunk a tudományos munkálkodásnak úgy terjedelmére, mint intenzitására nézve elődjének méltó utódja lesz.

Minden egyes referatum, illetve kérdés tárgyalására 20, illetve 15, hozzászólásokra 10 percz van megállapítva.

A congressus záró ülését pedig márczius 31-dikéig 230 hivatalos képviselet van bejelentve.

A congressust szeptember 2-dikán ünnepélyes ülésen Károly Lajos főherceg, ő cs. és kir. Fensége személyesen fogja megnyitni, a congressus záró ülését pedig szeptember 9-dikén fogják tartani.

A megnyitó ülés napján, tehát szeptember 2-dikán délután, dr. Hueppe Nándor prágai tanár úr *Semmelweis I.* emlékére ünnepélyes előadást fog tartani, melynek végeztével a congressus tagjai megjelennek a temetőben Semmelweis Ignác sírkövének leleplezésénél.

A congressus a szakosztályi üléseket szeptember 3., 4., 5., 7. és 8-dikán (vagyis hétfőn, kedden, szerdán, pénteken és szombaton) délelőtti 9 órától délutáni 2 óráig fogja tartani. Szeptember 6-dika (csütörtök) különböző kisebb kirándulások, középületek, közintézetek stb. megtekintésére szünnapul van fentartva.

Külön fontosságot tulajdonítottunk, a mint azt a londoni congressusnak határozata is kívánja, a diphtheria kérdése tárgyalásának, melynek tudományos előkészítésére a következő nemzeti bizottságok voltak szívesek megalakulni:

1. *Amerikai bizottság*, elnök: Prof. dr. John Billings, New-York.
2. *Angol bizottság*, elnök: Edward Seaton M. D., London.
3. *Bajor bizottság*, elnök: Prof. dr. Ranke Henrik, München.
4. *Belga bizottság*, elnök: Prof. dr. Tordeus E., Brüssel.
5. *Francia bizottság*, elnök: dr. Roux, Páris.
6. *Magyar bizottság*, elnök: dr. Chyzer Kornél, Budapest.
7. *Német bizottság*, elnök: Prof. dr. Löffler Frigyes, Greifswald.
8. *Norvég bizottság*, elnök: Prof. dr. Johanessen Axel.
9. *Olasz bizottság*, elnök: Prof. dr. Pagliani Luigi, Róma.
10. *Orosz bizottság*, elnök: Prof. dr. Filatow Miklós, Moszkva.
11. *Oszták bizottság*, elnök: Prof. dr. Wiederhofer, Bécs.
12. *Román bizottság*, elnök: Prof. dr. Maldarescu, Bucarest.
13. *Spanyol bizottság*, elnök: Prof. dr. Francisco Criado y Aquilar.
14. *Svájci bizottság*, elnök: Prof. dr. Hagenbach-Burkhardt Ede, Basel.

15. *Svéd bizottság*, Prof. dr. Almquist E., Stockholm.

A diphtheriának ezen bizottságok által előkészített kérdése a congressus második napján, vagyis szeptember 4-dikén az I., II. és V. szakosztályoknak együttes ülésén fog tárgyalatni.

Gondoskodva van arról is, hogy a fontosabb kérdésekre vonatkozó több rendbeli előadások csoportosítva legyenek, hogy azokat együttesen tárgyalhassák (tej, tuberculosus stb.), hogy nagyfontosságú, különösen gyakorlati, közigazgatási jelentőségű hygieniai megállapodások a plenum elé kerüljenek.

Tudományos kérdések felett szavazásnak ninesen helye. Szavazásra csakis közigazgatási stb. jellegű oly kérdések kerülhetnek, a melyekre nézve a congressus döntő nyilatkozata gyakorlati szempontból kívánatos. Minden ily indítvány a megfelelő szakosztályban teendő, ott előzetesen tárgyalandó és csakis a szakosztályok részéről így előzetesen tárgyalatni és a szakosztály által egyhangúlag vagy szótöbbséggel elfogadott és véleményezett kérdések és indítványok kerülhetnek a záró ülésen esetleg szavazás útján végeldöntés alá.

A congressus ügymenetét a végrehajtó-bizottság részéről kijelölt hazai elnökök fogják vezetni, a szakosztályok ülésén pedig a végrehajtó-bizottság részéről az előadók sorából későbbben nevezendő tiszteletbeli elnökök fognak elnökölni.

A congressussal kapcsolatban *kiállítás* is lesz rendezve, de csak oly tárgyakból, melyek a közegészségügy keretébe tartoznak és a melyek vagy a congressus programjába felvett és annak ülésén tárgyalandó kérdésekre vonatkoznak, avagy egyáltalán közegészségi szemponthoz tudományos vagy gyakorlati érdeklődéssel bírnak és a congressus tagjainak bemutatandók, demonstrálandók. Ipari versenykiállítás ki van zárva. Kitiűntetés tervbe véve ninesen, az érdemesek azonban a záró ülésen jegyzőkönyvileg fognak felemlítettetni.

Tértől nem fizetendő. azonban a kiállító tartozik a tűzbiztosítást fizetni. A congressusi kiállítás címére érkező tárgyak vámmentesek, kivéve, ha azok itt eladatnak. A kik kiállítani hajlandók, ezt a főtitkárságtól bekívánt úrlapon szíveskedjenek legkésőbb május 15-dikéig a főtitkárságnál bejelenteni.

A congressus *tagja* lehet mindenki, a ki a közegészség és demographia ügye iránt érdeklődik és a ki a congressus pénztárába tagsági díj fejében 10 frtot fizet. A congressus tagjait egyszersmind a congressus munkálatainak egy-egy példánya illeti meg. Hölgyek tagsági díj fejében 5 frtot fizetnek, de a congressus munkálataira igényt nem tarthatnak.

A kik a tagsági díjat lefizették, *tagsági jegyet* kapnak, a mely már az *utazásnál* is bizonyos kedvezményeket biztosít. Már eddig sikerült több vasútigazgatóság részéről a congressus tagjai számára a megfelelő útvonalonon viteldíjkedvezményeket nyernünk, másrészt pedig egy elsőrendű utazási irodával folynak tárgyalások, hogy a congressusra készülő tagok számára az elérhető legnagyobb kedvezmények biztosítva legyenek.

— **Megjelent** : *Pesti Alfred*, Magyarország orvosainak évkönyve és különleges czimtára. Budapest, 1894. Ara 2 frt 50 kr. A m. kir. belügy-minister rendeletére a hivatalos adatok alapján összeállított névjegyzék az Eggenberger-féle könyvkereskedésben fog megjelenni. — *Demkó Kálmán dr.*: A magyar orvosi rend története, tekintettel a gyógyászati intézmények fejlődésére Magyarországon a XVIII. század végéig. A szerző saját kiadása. Budapest, Dobrowszky és Franke. 1894. Ara 5 frt. — *Csatáry Lajos dr.* egészségügyi tanácsostól mint a tanács jegyzőjé-től: *Jelentés az országos közegészségi tanácsnak 1893. évi működéséről.*

A budapesti orvosi kör orsz. segélyegyletének pénztárába f. évi január hó 1-től márczius 31-dikéig következő összegek folytak be: (Folytatás.) Egyenként 2 frtot fizettek: Glasner A. B. Szarvas, Goldzieher V., Gonda J. Budapest, Gremberger F. Csordás, Grossmann L., Haberern J. P. Budapest, Hajós B. Baróth, Hanzély B., Hazslinszky K., Hegedüs S. Budapest, Helly J. Zsámbék, Hőgyes F., Holl W., Hudacsék J., Hudomel J. Budapest, Illési J. A.-Irsa, Jáczy J. Cseszte, Jahoda G. Nádásd, Jelentsik N. Privigye, Jendrassik E., Juhász L. Budapest, Kádár L. Rahó, Kelemen M. Pécs, Kelemen A. T.-Várkony, Kellner M. F.-Bulya, Kieska E. N.-Bodok, Királyfi A., Klasz P. Budapest, Köhler S. Dobsina, Korányi S. Budapest, Kovács J. Kápolna, Komáromi Gy. Szegvár, László E. Orosháza, Laurovics J. Nagylak, Lechner A. S. Kéthely, Lendvay B. Pozsony, Lenkei V., Lengyel S., Lichtenstein S., Liebermann M., Löw S., Mangold H. Budapest, Márer J. Szécsény, Margonyai Gy. J.-Árokszállás, Meixner J., Mihajlovics M. Budapest, Milch M. Vág-Beszterce, Moravcsik E., Mutschenbacher B. Budapest, Nagy J. Solt, Nyikora J. Pápa, Nádás L. Budapest, Ney J. Siófok, Ormi M. Boros-Sebes, Ottava J., Ötvös J., Paczka L., Pákozdy K. Budapest, Petz L. Győr, Pirkler J., Politzer J., Puky A., Purjesz J., Réczey L., Reich L. Budapest, Reichardsberg J. Mágócs, Reichenfeld M., Rényi B. Budapest, Rigó F. Zalaegerszeg, Rosenberg J., Rupprecht Ö., Sachs S., Schmidt Gy. Budapest, Schnell K. Szamosújvár, Schrott A., Schulhof J., Schwartz N., Seliga J., Budapest, Skirpan A. Pápina, Stáhlly J., Steinberger A., Steiner S. Budapest, Steiner J. Kalocsa, Steinfeld J. Újvidék, Stern J. Baja, Stern J., Strehlinger S. Budapest, Szegedi K. T.-Földvár, Székely A. Budapest, Székely K. Beregszász, Szenger E., Szikszay S. Budapest, Szimontsits M. Sz.-Szt.-Miklós, Tatai A., Terray P., Trajtler J., Ujvári J. Unterberg A., Vadas P., Budapest, Véber J. Karavukova, Vécsey Gy. Gödöllő, Wahrman S., Walla B., Warsalik G., Weisz J., Weszely J. Budapest, Wieneberg G. Császártöltés és Zakariás S. Keresztes. — *Liebmann Mór dr.* egyet. m.-tanár, pénztáros. (Andrássy-út 13. sz.)

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.
Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg zuhanyokkal és párolással, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és üllői-úti kórházban 1894. április 19-től egész április 25-ig ápolat betegekről.

1894.	Felvett			Elbocsátott			Meglalt			Maradt			Az ápolat körül			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	beteg	szállónó	heveny fertőző	az üllői-úti kórházban
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		összesen	férfi					
Ápr. 19	50	24	74	49	38	87	3	4	7	1117	867	1984	1026	28	33	897
" 20	54	24	78	46	30	76	4	7	11	1121	854	1975	1026	30	34	885
" 21	49	61	110	50	33	83	4	4	8	1116	878	1994	1035	30	34	895
" 22	30	33	63	29	44	73	6	3	9	1111	864	1975	1015	30	33	897
" 23	83	43	126	53	39	92	4	2	6	1137	866	2003	1031	30	38	904
" 24	47	41	88	44	24	68	4	2	6	1136	881	2017	1047	31	35	904
" 25	51	39	90	39	35	74	12	5	17	1136	880	2016	1051	29	36	900

HIRDETÉSEK.

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

17

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

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

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

Kitünő diaetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

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

Fürdőorvos: **A fürdő-igazgatóság Bilinben**
Med. Dr. REUSS VILMOS Csehországban. 5

FONTOS!

orvos, állatorvos, orvosnövendék urak és betegek részére!

Láz-hőmérő, Pravaz-fecskendő

kipróbált, bizonyítvánnyal, nikkell- vagy kaesuk-tokban, nagy raktár miatt **csak 1 forint.** A legjobb szemüvegek és orrszíptűk, finom prim optikai üveggel mindenféle foglalatban: **már 50 krajczártól kezdve.** **Recept után fél óra alatt kész.** Vidéki megrendelések pontosan eszközöltetnek. A legolcsóbb árban ajánlja minden e szakmába vágó czikkeket 7

HELLER ADOLF, optikus

BUDAPEST, KEREPESI-ÚT 27.

A címre kérem vigyázni. .. A címre kérem vigyázni.

Univ. med.

Dr. Böhm Mihály

a magas kormány által engedélyezett

nyilvános

tehénhimlőtermelő és oltó intézete

TEMESVÁROTT

szállít az egész éven át előzetesen kipróbált és csakis biztos fogamzású oltóanyagot, a következő áron:

5	phiolában	50	személyre	elégséges	oltóanyag	1 gr.	frt	2.50
10	"	100	"	"	"	2	"	5.—
1	"	3	"	"	"	"	"	—,40
1	"	20	"	"	"	"	"	1.50

A fogamzásért kezeséget vállalok és esetleges rossz esetén a befizetett pénzt hiány nélkül visszafizetem. 4

Dr. PÁPAY VILMOS-féle

BUDAPESTI
VÉDHIMLÓNYIRK - TERMELŐ - INTÉZET
(Teréz-körút 31. szám.)

LEVÉL- és SÜRGÖNYCÍM: Dr. PÁPAY VILMOS-féle OLTÓ-INTÉZET, BUDAPEST.

Alapított 1887.



VEDJEGY

Szállít egész éven át biztos fogamzású friss oltó- anyagot következő áron:

1 phiola 2-3 egyénre	50 kr.
1 " 10 " "	1.50 "
1 " 20 " "	2. " "
1 " 50 " "	3. " "
1 " 100 " "	6. " "

Csomagolásért és szállításért 30 kr.

Igazgató-orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

Tablettæ Cascaradini Raditz

tanárok és gyak. orvosok által emésztési bántalmaknál **székrekedésnél** (főkép obstipatio habituálisnál) kipróbált és ajánlott javított ízű, kellemesen ható készítmény.

Rendelendő

Raditz Róbert Szentháromság gyógyszer-tárából Pozsonyban.

→ Raktárok: **TÖRÖK, FAYKISS** gyógyszerészeknél **BUDAPESTEN** és a többi nagyobb fővárosi és vidéki gyógytárakban.

Védjegy minden eredeti dobozon.



VEDJEGY

Dosis: este 2, esetleg reggel 1-2 drb. gyermekeknél 1 drb este.

Tablettæ Cascaradini Raditz előnyei

a hasonló készítmények fölött:

1. Cascara-héj összes ható anyagait tartalmazzák,
2. azonnali oldhatóságuk a gyomorban,
3. kellemes ízük, habár mellőzve vannak oly ízjavító szerek, pl.: csokoládé, melyek a hatást kisebbíték vagy az oldhatóságot megakadályozzák.

Univ. med. Dr. PILLITZ IGNACZ
nyilvános tehénvédhimlőnyirktermelő intézete Velenczén.
Lakása: Budapest, V. ker., Lipót-körút 19. sz.



Himlőoltó-anyag

mindenkor friss és megbízható minőségben kapható.

Az árak a következők:

50 egyénre	3.—
100 egyénre	6.—
1 phiola 2-3 egyénre magánosoknak	1.—
Orvos uraknak	.50
Csomagolásért	.20

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános

TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltó- anyagot, a következő rendkívül alacsony áron szállít:

50 egyénre	3.—
100 " "	6.—
1 phiola 2-3 egyénre	.60
10 vagy több ilyen phiola á	.50
1 phiola 15 egyénre	2.50

Csomagolásért 20 krajczár



A harkányi fürdő

Magyarországon, Baranya vármegyében, Pécs és Villány vasúti állomások közelében, 1895. évi január 1-től számított 25 esztendőre évi 25,000 frt-ért egy társulatnak bérbe adandó, a mely bérösszegeből évi 5000 frt a fürdő emelésére beruházandó.

A bérlők tartoznak az összes adókat, biztosítási díjakat és közterheket viselni.

A fürdő vize 62° C. hőmérsékletű kénforrás. Zsigmondy mérnök úr által fűt artézi kúttal. Márvány- és horganykádfürdők, medenczefürdő, zuhany, ivósarnok, nagy fürdőház, társalgó-termek, vendéglő, üveg-házak, park, kioszk, kocsiszin, istállók stb. Szép fekvés a hegyesség tövében.

Ajánlatos rheumathikus bajok, köszvény, lép- és májbetegségek, aranyér, emésztési és hólyagbajok, mercurialismus, görvély stb. ellen.

Ajánlatok 1894. évi július 15-éig az uradalmi igazgatósághoz Siklósban (Baranya vármegye) intézendők, a hol közelebbi értesítés is nyerhető.

Elsőrangú vasmentes savanyúvíz,
szénsavdús, lithium és bornátrium tartalmú forrás

Salvator

orvosi tekintélyek által vese-, húgydara-, köszvény- és hólyag-bántalmak ellen, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmái nál rendelve.

Borral használva igen kellemes üdítő italt szolgáltat.

Kapható ásványvíz-kereskedésekben s legtöbb gyógyszer-tárban.

A Salvator-forrás igazgatósága Eperjesen.

Budapesten főraktár **ÉDESKUTY L. úrnál.**

RONCEGNO

legerősebb természetes arsen- és vastartalmú ásványvíz,

ajánlatik: Albert, Benedikt, Chrobak, Hofmoki, Kahler, Kaposi, Krafft-Ebing, Neumann, Meynert, Nothnagel, Reder, Rokitsanszky, Stoffola, Wiederhofer tanárok által

bőr, ideg és női bajok, vérszegénység ellen.

Az ivókúra egész éven át tart.

FÜRDŐ-INTÉZET

elsőrangú víz- és villamos gyógymód, gőzfürdő, massage és szőlő-kúra, Roncegno-ban, Déltiroiban 535 méter a tenger fölött, szélmentes, gyönyörű fekvés, árnyékos sétányok, érdekes kirándulások, illatos levegő, állandó hőmérsék 18-22° R. 3 órányira Trient vasúti állomástól. Idéy májustól októberig. Prospectus és értesítés a tulajdonosoktól Frat. Dri. Waiz vagy Dr. W. Pachner igazgató orvostól Roncegno-ban.

Raktárak: **Édeskuty L.,** Erzsébet-tér 8, **Mattoni és Wille,** mérleg-úteza s minden ásványvízkereskedésben és gyógytárban.