

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Behring-féle savóval elért eredményeim.¹

Bókai János dr., egyet. rk. tanár, igazgató-főorvostól.

Uraim!

Körülbelül három hónapja mult annak, hogy ezen helyről a Behring-féle savóval tett gyógykísérleteimről először szóltam önök előtt.² Előadásom alapját akkoron (1894. okt. 27.) 35 eset képezte. Mint méltóztatnak visszaemlékezni, előadásom végén pontosan körvonaloztam álláspontomat a gyógyszerum-kérdésben s kijelentettem, hogy „kísérleteimet még nem tartom befejezettnak, mert 35 eset alapján, dacára kedvező eredményeimnek, végleges ítéletet a diphtheria-ellenes gyógyszerum-therapia értéke felett nem szabad mondanom.”

Ezóta a kísérletek szakadatlanul folytak a vezetésem alatt álló budapesti „Stefánia” gyermekkórház diphtheria-osztályán és pedig úgy, hogy 1894. szeptember hó 10-dikétől a mai napig minden egyes felvett diphtheriás beteg serumkezelésnek vettett alá. A kísérletek alól nem vontam ki még az ú. n. „moribund” eseteket sem, mert nem akartam senkitől azon szemrehányást hallani, hogy ezen eseteknek kizárása által gyógyeredményeimet talán javítani igyekeztem. Hogy segédeim az eseteket a kórházi felvételnél egyáltalában nem válogatták, az alább részletezendő statistikámból kellek meg fog világítani.

Ily módon kórházi észleleteim száma már 1895. január hó 1-sején 120-ra emelkedett s bár a mai napig 150-nél is több esettel rendelkezem, csak ezen 120 eset sorsáról fogok beszámolni, mert ezen 120 beteget teljesen végig észleltem, vagyis más szóval azon gyermekek, kiket ma mint gyógyultakat tüntetek fel, végleg fel is gyógyultak s esetleg fellépett utóbaj (szívhűdés, post-diphtheriás hűdés, veselőb) által később el nem pusztultak.

Tapasztalataim mindezek szerint kibővültek annyira, hogy elérkezettnek vélem az időt arra, hogy újból beszámoljak Önöknek kísérleteimről. Tapasztalataim alapján különben némileg feljogosítva is érzem magamat arra, hogy a serum-therapia egyes vitás kérdéseire hozzászólhassak s talán jelen előadásommal is hozzájárulhatok ahhoz, hogy ezen kérdések egyike másika tisztáztassék s a serumkezelésnek a berlini és bécsi debatte óta kétségtelenül kissé beborult láthatára megtisztuljon.

120 esetemben kizárólag a höchsti gyárból directe nyert Behring-féle savóval kísérleteztem s bár azóta a Roux-féle savóval, valamint Aronson anyagával is behatóan dolgozom, alább közlendő kijelentéseimet természetesen csakis a höchsti gyári termékre vonatkozathatom.

Kísérleteim, miként már említém, a szeptember havától január haváig terjedő időszakra estek, tehát egy oly évszakban

¹ Előadatott a magy. kir. orvosegyesület 1895. február 9-dikén tartott rendes ülésén.

² Orvosi Hetilap 1894. 43. sz.

tétettek, mely éghajlatunk alatt, tudvalevőleg, a diphtheria lefolyására kedvezőnek alig mondható.

Székes fővárosunkban a diphtheriás megbetegedések száma a lefolyt 1894. évben, szemben 1891., 1892. és 1893.-mal, jelentékenyen alászállott ugyan, de azért a diphtheria jellege változást nem igen szenvedett s kórházi anyagom a járvány alábbhagyása dacára is oly súlyos volt, mint egyébkor.

Eseteim korbéli elosztódása a következő:

— 1 év	1 eset
+ 1 „	22 „
2 „	22 „
3 „	24 „
4 „	18 „
5 „	13 „
6 „	6 „
7 „	7 „
8 „	2 „
9 „	1 „
10 „	1 „
11 „	2 „
12 „	1 „

120 betegem közül tehát 69, azaz több mint fele az eseteknek a 3-dik életévet nem haladta túl s a két éven alóli életkorra összesen 45 beteg esett.

Minőség tekintetében anyagomat a következőkép osztályozhatom:

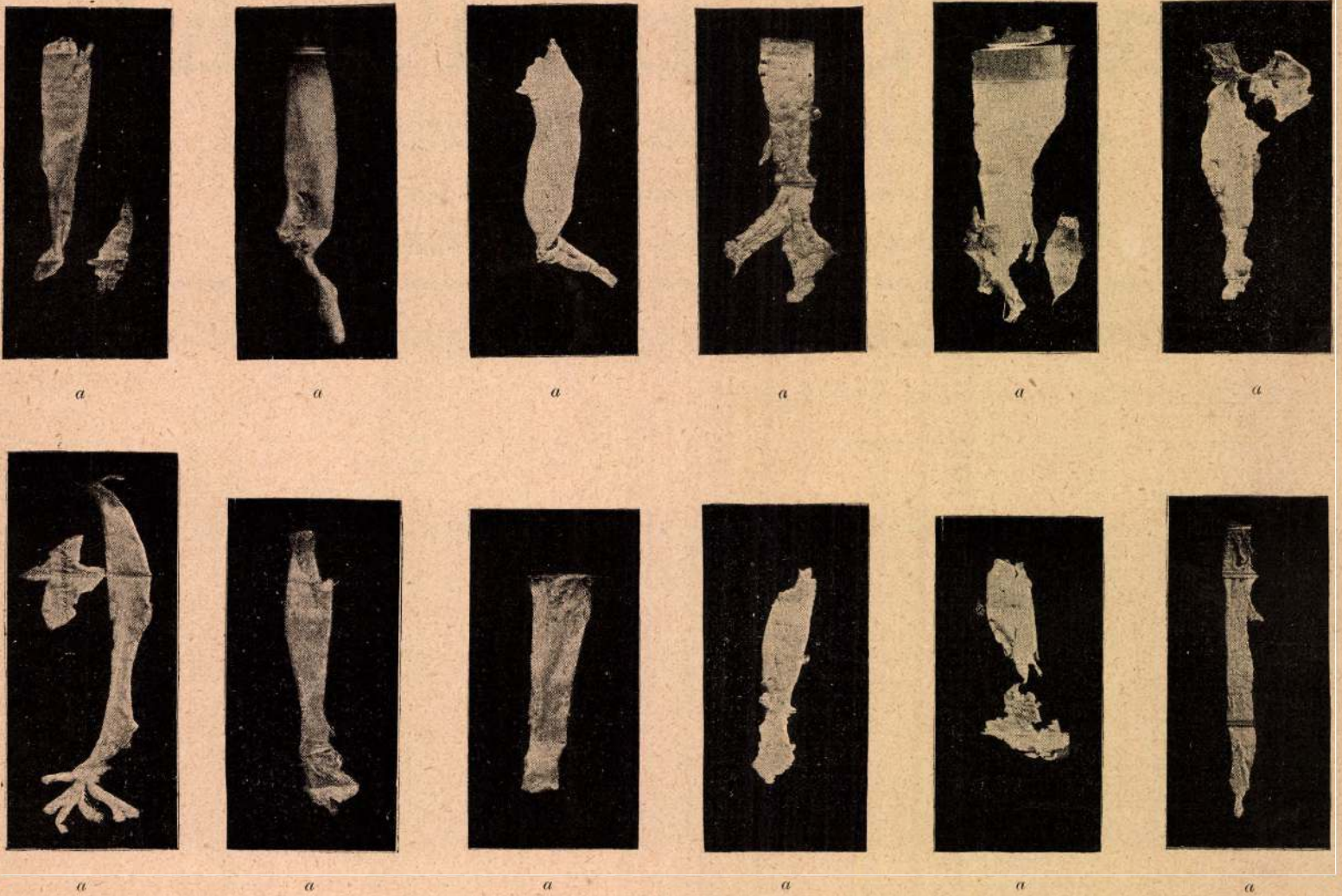
tiszta torok-diphtheria volt	41 eset
diphther. fauc. et narium	13 „
diphther. fauc. et conjunctiv. diphth.	1 „
diphther. fauc. cum vulvit. diphth.	2 „
nem operált stenotikus diphtheriás beteg	14 „
operált stenot. diphtheriás beteg	49 „

Műteti eseteink tehát az összes eseteknek 40%-át tették ki, vagyis beteganyagunk tökéletesen megfelelt azon beteganyagnak, melynek sorsáról Roux számolt be a budapesti nemzetközi közegészségügyi congressuson. Súlyosság tekintetében osztályozva eseteinket, a legenyhébb számítás mellett is körülbelül 60%-át betegünknek jelezhetjük súlyos s jobbra igen súlyos megbetegedésnek (a és b ábrák).

120 betegünkön összesen körülbelül 240,000 serumegységet használtunk fel, egy betegünkre tehát átlag 2000 egység jutott. Az elhasznált egységek maximuma 4200 volt (2 eset, egyik eset felgyógyult), a minimuma pedig 600 egység (25 eset).

Összes eseteink közül elhalt 31, vagyis a halálozás 25 $\frac{1}{2}$ %-ot tett ki. Nem operált diphtheriás eseteink között 14% volt a mortalitás, operált (intubált) betegünk között pedig 43% (c ábra).

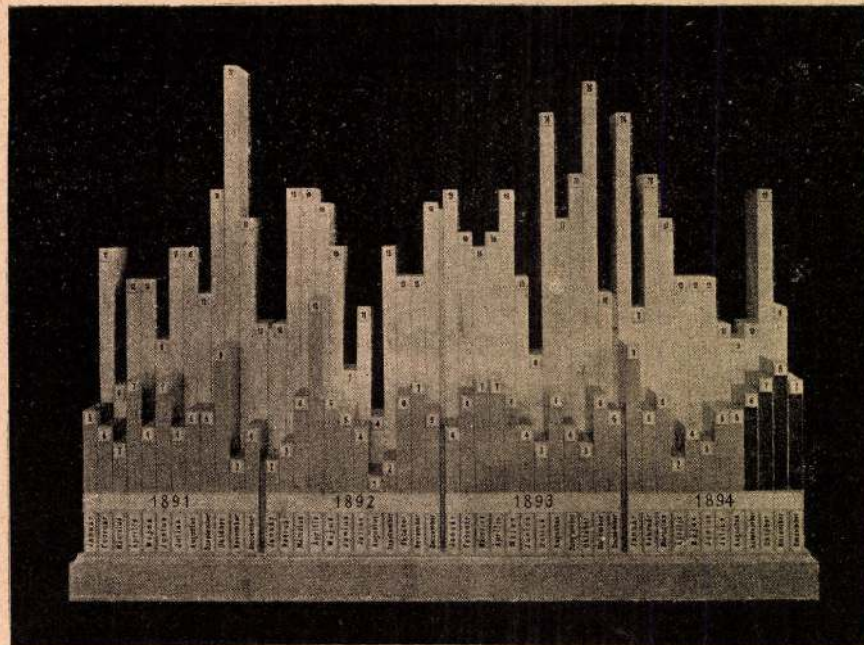
Hogy a kísérleti időszakunk alatt nyert eredményeket az előző évek hasonló szakában elért eredményekkel összehasonlíthassuk, 1891., 1892. és 1893. szeptember—december haváról összeállítottam diphtheriás anyagomat s a nyert ada-



a) Kiküszöbülődött álhártyák a légesöböl ; b) kiküszöbülődött álhártyák az orrból (a természetes nagyság 1/3-a; kettőt kivéve valamennyi gyógyult).



b



c

c) Az intubált esetek forgalma a budapesti „Stefánia“-gyermeklőrházban 1891-től 1894. év végéig. (A hátsó világos oszlopok mutatják az intubált betegek forgalmát, a mellső sötétebb oszlopok pedig a felgyógyult intubált betegek számát hónapok szerint; az utolsó négy fekete oszlop a serum időszakban gyógyúlt intubált betegek számát jelzi.)



b

tokat a mostani adatokkal együtt a következő táblázatba iktattam:

		Fel- vétetett	Meg- halt	Gyógyult	Gyógyulási százalék
1891. szept.—decz.	összes diphtheriás esetek	135	80	55	40·0
	nem operált esetek ...	48	19	29	60·0
	operált esetek ...	87	61	26	30·0
1892. szept.—decz.	összes diphther. esetek	92	49	43	46 ¹ / ₂
	nem operált esetek ...	33	15	18	54 ¹ / ₂
	operált esetek ...	59	34	25	42 ¹ / ₃
1893. szept.—decz.	összes diphther. esetek	110	74	36	32 ¹ / ₂
	nem operált esetek ...	35	16	19	54 ¹ / ₃
	operált esetek ...	75	58	17	22 ¹ / ₂
1894. szept.—decz.	összes diphther. esetek	120	31	89	74 ¹ / ₂
	nem operált esetek ...	71	10	61	86·0
	operált esetek ...	49	21	28	57·0

31 halálesetünk korbéli elosztódása a következő:

— 1 év	1 eset
+ 1 "	10 "
2 "	7 "
3 "	4 "
4 "	3 "
5 "	1 "
6 "	1 "
7 "	3 "
10 "	1 "

Haláleseteim közül tehát 18, azaz több mint fele az elhalt betegeknek, a két első életévre esett.

A halálesetek közül mortuált:

1 beteg	5 órával a felvétel után
1 "	12 " " "
1 "	18 " " "
2 "	20 " " "
1 "	23 " " "
5 "	24 " " "
1 "	40 " " "

vagyis 12 betegem már a kórházi tartózkodás 40 óráján belül elhalálozott.

Közvetlen halálokok voltak:

sepsis	5 esetben
descendáló croup	13 "
tüdőlob	7 "
szívhibés	3 "
heveny veselőb	1 "
vörheny-fertőzés	1 "
tuberculosis	1 "

A felvett esetek valamennyienél végeztetett bakteriologikus vizsgálat s a 120 eset közül csak ötnél nem találtatott meg a *Klebs-Löffler-féle bacillus*. Eseteink túlnyomó száma az „*angines diphtheriques avec associations microbiennes*“ csoportjához (*Roux*) tartozott, azaz a *bacillus diphtheriae* mellett *streptococcusok*, illetőleg *staphylococcusok* s apró kis *coccusok* is találtattak kisebb-nagyobb számmal.

(Folytatása következik.)

A serumtherápiára vonatkozó kísérleti adatok.

Irta: Gerlóczy Zsigmond dr., a szt. László-kórház főorvosa.¹

A serumtherapia alkalmazása diphtheritisnél ma már nem újdonság, s mégis annak értéke felől a kísérletezők véleménye

¹ Előadta a „Közkórházi orvostársulat“ 1895. február 6-diki bemutató szakülésén.

még ma is eltérő, habár tagadhatatlan, hogy túlnyomó azok száma, kik a serumnak kedvező hatást tulajdonítanak.

Az a körülmény, hogy a vélemények többé-kevésbé megoszlanak — fájdalom — csak azt bizonyítja, hogy a gyógyító serum nem gyógyítja biztosan a diphtheritist. Ezt a tényt az eddig közölt adatokból constatalni lehet.

Másrésről az eddigi közlések azt is megerősíteni látszanak, hogy a serum alkalmazása diphtheritisnél, ha nem is jár oly fényes eredményekkel, mint a minőket látni óhajtottunk volna, legalább a Kochinhoz hasonló korai és keserű kiábránduláshoz nem vezetett.

A vezetésem alatt álló szt. László-kórházban 1894. évi október hó 13-dikától kezdve ez év január hó végéig összesen 55 esetben alkalmaztuk a serumot, s bár 3¹/₂ hó alatt ily aránylag csekély számú eset kapcsán nyert statisztikai számok még nem sokat bizonyítanak, mégis a kísérleti adatoknak egyenként való elbirálása már alkalmasnak látszik arra, hogy véleményt mondassunk a serumtherapiáról.

Megvallom, hogy akkor, a mikor Bókai János tagtárs úr 1894. október hó 27-dikén akkoráig szerzett tapasztalatairól a kir. orvosegyesületnek beszámolt, az én első eseteim kevés bizalmat keltettek bennem a szer iránt, de kísérleteimet tovább folytatva, azon meggyőződésre jutottam, hogy a legtartózkodóbb álláspont dacára sem vitatható el a serumnak egynémely esetben észlelt gyógyító hatása.

Hogy kísérleteimnél teljesen objectiv legyek, minden serummal kezelt betegnél a serumon kívül egyéb gyógyszer adagolását teljesen mellőztem, sőt még a szokásos szájbőlítőt sem alkalmaztam.

Az egyszerre alkalmazott serumadag nagyságát a beteg állapotához mérten szabtam meg. Ha a betegség már több nap óta fennállt, avagy rövid fennállása dacára is súlyos jellegű volt, mindjárt a nagyobb antitoxin-egységet tartalmazó adagot alkalmaztam, ha enyhébb alakú volt a megbetegedés, a gyöngébb adagot.

Az 55 serummal kezelt beteg között 28 tisztán torokdiphtheriában, illetőleg némelyike egyszerismind orrdiphtheriában szenvedett, 10 betegnél laryngitis crouposa volt torok- és orrdiphtheria nélkül, 17 beteg pedig a torok-, illetve orrdiphtheria mellett croup laryngis tüneteit is mutatta. (Az 55 eset közül gyógyult 40 = 72·7%. Meghalt 15 = 27·3%.)

A 28 gégeszövődmény nélküli torokdiphtheria-cset közül 8 a diphtheriának enyhe, 11 középsúlyos és 9 súlyos alakját mutatta. Ez utóbbi 9 közül egy, kit szerencsém volt a közkórházi orvostársulat január hó 23-diki ülésén gyógyultan bemutatni, septiform alak volt. A tisztán diphtheriás betegek közül csak kettő halt meg (vagyis 7·1%), mi tekintettel arra, hogy a 28 beteg közt 9 súlyos és 11 középsúlyos alak volt, eléggé kedvező eredménynek mondható.

Az említett septiform alakból gyógyult esetet érdemesnek tartom itt röviden közölni.

Maringer Rudolf, 7 éves, felvétetett 1894. december hó 19-dikén. Állítólag 4 nap óta beteg. Mindkét mandula, uvula, valamint a lágy szájpád vastag szalonnás lepedékkel fedett. A lepedék a kemény szájpád közepéig terjed, s az összes képletek piszkos zöld tömegben folynak össze. Szájából penetráns bűz, orrból bő genyes folyás. Nyaki mirigyek mindkét oldalt nagy fokban diffuse beszűrődöttek. Jelentékeny elesettség, pulsus kicsiny, percenként 140. A gyermek somnolens. Hőmérséke a felvételnél d. u. 1 órakor 38° C. Vizeletben fehérje nem mutatható ki. A jelzett tünetek alapján a diphtheritis septiform alakja kétségtelen lévén, a gyermek anyjának, ki súlyosan beteg fia mellé felvétette magát, minden habozás nélkül kijelenttem, hogy fia felgyógyulásához alig van remény, sőt hogy a halálos kimenetel egy-két nap lefolyása alatt várható. Felvétele után mindjárt a legerősebb antitoxin-egységet tartalmazó adagot, 1500 antitoxin-egységet fecskendeztünk bőre alá. Este 3 órakor hőmérséke 38·5, 7 órakor 38·4, 9 órakor 37·9.

Másnap, december 20-dikán, torok képe változatlan, pulsus 132, kicsiny, mirigyduzzanat és foetor nem csökkent. Egész napon át láztalan. Állapot gyógyulásra reményt nem nyújt. Déli 12 órakor ismét 1500 antitoxin-egységet kap bőre alá. Éjjel nyugodtan aludt.

December 21-dikén reggelre a diphtheriás folyamat demarkálódott, sőt a kemény szájpadról mintegy krajczárnyi területről a lepedék levált. Orrból csekélyebb folyás. A foetor is csökkent. Nyaki mirigyek beszűrődöttsége jelentékeny fokban engedett. A gyermek kissé élénkebb, pulsusa teltebb, percenként 150. Egész napon át láztalan. Vizeletben kevés fehérje. Újból 1000 antitoxin-egységet kap.

gyermek tubus nélkül töltötte az éjjel, s bár nyugtalan volt, állapota 26-dikán reggelre jelentékenyen javult. Torokképleteiről a lepedék eltűnt, de a nyálkahártya mindenütt vércékeny; orrdiphtheria változatlan, lélekvész kissé stenotikus. Láz egész napon át nem jelentkezett, s e naptól fogva állandóan láztalan lefolyás.

November 27-dikén és 28-dikán lényegesebb változás nem észlelhető, az orrdiphtheria javulóban van, de a croupus jellegű köhögés ismét kifejezettebb, sőt 28-dikán d. u. 4 órakor újból ijesztően fokozódik a stenosis. Ekkor d. u. 5 órakor 1500 antitoxin-egységet adtunk a gyermeknek, ki csakhamar elaludt, s az egész éjjel igen nyugodtan töltötte s 29-dikén eléggé szabad, csak kissé sűrűlő lélekvéssel ébredt fel.

December elején garathűdés tünete, mi azonban pár nap alatt visszafejlődött. Azóta állapota napról napra javul, jól eszik, vidáman játszik s mérsékelt fokú rekedtségen kívül egyéb baja nincs. A gyermek tehát összesen 4100 antitoxin-egységet kapott s 19 órán át volt intubálva. A gyermek 1894. december hó 12-dikén gyógyultan hagyja el a kórházat. Az esetet, tekintve súlyosságát, s azt, hogy a beteg 15 hónapos, mely korban ilyen állapotból gyógyulás nem igen szokott következni, érdemesnek tartottam külön közölni.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

(Laufenauer tanár ideg- és elmekórtani klinikájáról.)

Művileg előidézett lázas mozgalmak befolyása elmebántalmak gyógyulására.

(Előleges közlemény.)

Irta: Nagy Béla dr., egyetemi II. tanársegéd.

Régóta ismert, általános tapasztalata a pszichiatereknek az, hogy heveny, de főleg idült elmebajok, ha hozzájuk lázzal járó testi megbetegedések járulnak, feltűnő javulást, néha teljes fel-tisztulást mutatnak, mely egyes esetekben állandó gyógyulással végződik, máskor pedig a láz elmulta után a betegek ismét visszaesnek előbbeni állapotukba.

Ezen klinikai tapasztalatból kiindulva, i. t. főnököm *Laufenauer* tanár 1892. évben megbizta Szigeti dr. akkori klinikai gyakor-nokot, hogy tegyen kísérleteket — elmebajok gyógyítása céljából — a Kochinnal, mint a mely szer a szervezetben lázat idéz elő. A kísérletek azonban elmaradtak, mert Szigeti dr. időközben megvált az intézettől. Ily előzmény után — mely azonban előttem ismeretlen volt — 1893. év folyamán ama tervemet közöltem *Laufenauer* tanárral, hogy kísérletes tanulmányt óhajtanék végezni a fenn jelzett elvek alapján.

Főnököm szívesen adta beleegyezését e themához, sőt több tekintetben tanácsával is ellátott.

A kérdés most már az volt, hogy miféle anyaggal történjék a láz előidézése? Részemről eleinte szintén a Kochinnra gondoltam. Meg is tettem e szer beszerzése érdekében minden lépést s mondhatom *Janny* m.-tanár úr a legnagyobb előzékenységgel ajánlotta fel készletét. De ettől a szertől elállottam és pedig azon okból, mert a mint eddigi ismereteink e szert illetőleg bizonyítják, ez nagyon megbízhatatlan, másodsor pedig attól kellett tartanom, hogy ezen szerrel oly fokban inficiáltatik a kísérletezésre szánt egyén, hogy nagyobb kárt ejtünk benne egy esetleges tuberculis beoltásával, mint a mennyit segítünk rajta azzal, ha elmebajának lefolyását gyorsítjuk, vagy ha esetleg azt meg is gyógyítjuk.

Ezen okokból kifolyólag oly szerrel tettem a jelzett irányban kísérleteket, melynél nem kellett ezen kártékony utóhatástól tartanom. Erre a célra legezlszerűbbnek véltem az *oleum terebinthinae*nek a bőr alá való fecskendezését, mint a mely szer körülírt lobot és vele együtt lázat idéz elő, mely nemcsak hogy nem inficiáló, sőt desiniciens szer gyanánt használható.

Kísérletezési anyagul 3 nőbetegét használtam, kik közül az egyik már 13 év óta majdnem évenként elmezavarban (maniakalis izgatottság) szenvedett. Felvétele alkalmával (1893. július 22-dikén) hangulata nagyon emelkedett, izeg-mozog, s zemeit hunyorgatja, arcizmaait fintorítja, mosolyog, majd nevetésbe, kacagásba tör ki. Nem képes huzamosabb ideig egy helyütt maradni, tánczra kerekedik, énekel, füttyül; földre ülve kavicsokkal játszik. Kérdésekre

absolute nem válaszol. Majd jobbra, majd balra hajol, füleit hegyezi, szemeivel keresgél stb.

Állapota 1894. január 2-dikáig változatlan, most azonban $\frac{1}{2}$ gm. ol. terebinthinaet kap injectio alakjában. A bőr alá fecskendezés a bal alsó végtagba és pedig a lábikra bőre alá adatott egyszerűen azon okból, hogy az esetlegesen fejlődött abscessus könnyen operálható legyen. Befecskendezés utáni napon a beoltás helyén vörösödés és lázas állapot következett be. A láz, mely 39° C.-on felül nem emelkedett, 4—5 napon át tartott; a vörösödött helyen pedig abscessus fejlődött. A beteg már a beoltást követő napon értelmesen beszélt, kérdésekre értelmesen válaszol, tudja, hogy mikor hozatott az intézetbe, melyik orvos vette fel, még azt is tudja, mely napon, napszakon jött az osztályra.

Beteg psychice állandóan jól érzi magát, haza kívánczik és miután abscessusa január 27-dikén operáltatott és a seb tisztán gyógyult, február 5-dikén hozzátartozói kívánságára házi ápolásba bocsátatott.

A második eset a következő: Egy heveny zavartságban szenvedő nőbeteg, ki először szenved eme bajában (felv. 1894. február 3-dikán), nyomott hangulattal, lehorgasztott fövel, kimeresztett szemekkel, mozdulatlanul, szótlannul ül egy helyütt. Kérdésekre nem válaszol. Betegségébe absolute nincs belátása stb. Állapota változatlan 1894. február 18-dikáig. Ekkor $\frac{1}{4}$ gm. ol. terebinthinaet kap injectio alakjában. A beoltás helyén vörösödés, utóbb genyedés áll be, azonkívül már másnap lázas mozgalmak jelentkeznek, melyek a 39° -ot túl nem haladták. Bár az abscessus-képződés itt sem volt kikerülhető, de a beteg psychikus állapotában már a beoltást követő napon igen érdekes változás állott elő. A beteg értelmesen beszélt, kérdésekre helyes válaszokat adott, beteg-ségébe belátással birt, tudta, hogy miért hozták intézetbe stb.

Igy feltisztulva maradt a beteg 1894. márczius 10-dikéig. Ezután azonban újból zavart lett. Hogy mi volt a beteg további sorsa, arról jelenleg nem referálhatunk, minthogy betegünk időközben a lipótmezei orsz. elmeegógyintézetbe szállítatott.

Harmadik esetünkről a következőket óhajtuk kiemelni: Egy hysteriás zavartságban szenvedő betegünk (felvételt 1893. november 30-dikán), ki rendkívül nyomott volt, senki és semmi után nem érdeklődött, sem helyről, sem időről nem tájékozódott, állandóan hallucinált, félelmek hatása alatt állott, kérdésekre választ nem adott stb., 1894. február 18-dikán $\frac{1}{4}$ gm. ol. terebinthinaet kapott injectio alakjában az alszár bőre alá. A többi esetekben már leírt testi tünetek, a láz kíséretében itt is beállottak és a beteg már a beoltás utáni napon értelmesebb volt; a beoltást követő 2—3. napon pedig elmondja, hogy hangokat hallott, elmebeteg volt; kérdésekre értelmes válaszokat ad, haza kívánczik. 1894. márczius 3-dikán azonban újból zavart lett. Vajjon mi volt a beteg további sorsa, azt ez esetben sem tudhatjuk, mert nevezett időközben a lipótmezei orsz. elmeegógyintézetbe szállítatott.

A vizsgálatokat ezen 3 beteggel főnököm óhajára egyelőre berekesztettem, mert nyilvánvaló volt, hogy a lázat előidéző szer határozottan kedvező befolyása nagy mértékben alá lett szállítva a szer kellemetlen mellékhatása, a keletkező abscessusok által. Nyilvánvaló, hogy a kísérleti berendezést esetleg más szerrel, vagy más alakban kell kipróbálni.

Ezen nagyon is szűk keretű kísérletek oda mutatnak, hogy a lázas mozgalmak művi előidézése az elmebántalmak körtüneteinek eltűnésére látszólag kedvező befolyással bír. Hogy milyen mérvű ezen befolyás, meddig tart, képes-e végleges gyógyulást előidézni, arról nem lehet szándékomban ezen nagyon is rövid közlemény alapján akár egyik, akár a másik irányban határozott véleményt mondani. Erre nézve bővebb vizsgálatok szükségesek — a melyek klinikánkon folytatottatni fognak — és a mi fő, oly eljárás megtalálásán fáradozunk, melylyel az ol. terebinthinae tályogképző hatását megszüntessük.

Ezen sorok közlésének célja csakis az, hogy felhívjuk a szakkörök figyelmét arra, hogy ily irányú vizsgálatok *Laufenauer* tanár vezetése alatt álló ideg- és elmekórtani klinikán már 1893., illetve 1894. év eleje óta folynak.

Az inreflexek mint corticalis jelenségek.

(Autoreferatum.)

A gerinczvelői reflextheoriát újabban több szerző közlései megingatták. Így *Jendrassik* s *Geigel* azt állítják, hogy a bőrreflexek útja az agykérgen halad át, *Schaffer* kimutatta, hogy a hypnosis alatti reflexek szintén az agykéregben jönnek létre. Az idegkörtán különböző adatai indokolják, hogy az inreflexek is corticalis mechanizmust követnek.

Ezen állítás első igazolása azon klinikai s kísérleti tény, hogy az inreflexek kimaradnak, ha a *corticomuscularis pályát akár az agykéregben, akár a gerinczvelőben megszakítjuk*. Már *Westphal* mondta 1875-ben: „Unmittelbar und in den ersten Tagen nach Eintritt der Hemiplegie pflegt der Sehnenreflex nicht oder höchstens andeutungsweise vorhanden zu sein.“

Biztosabb azonban a corticalis vezetés megszakítása gerinczvelői sértéseknél. Számos eset van közölve, midőn a felső nyaki gerinczvelő sértéseinél atóniás paraplégia fejlődött s az inreflexek absolut módon hiányoztak. *Bruns* esetében az atóniás paraplegia 4 hónapig tartott s ez alatt sem az inreflexeket, sem más reflexet kiváltani nem lehetett. Ezen, valamint a *Babinski* s *Schwartz* eseteiben is a gerinczvelő alsó dorsalis s lumbalis része észrevehető elváltozást nem mutatott.

Ferrier majmoknál észlelte ugyanezt s azt mondja: „A gerinczvelő teljes átmetszéseinél az inreflex hiányzik és sohasem tér vissza, s ezen állapotot nem lehet kellő módon magyarázni az alsóbb centrumok következményes dinamikus elváltozásának hypothésise által.“

Ezen esetek egyszerű magyarázata az, hogy a reflex hiányzik, mert útja meg lett szakítva. Sem hemiplégiáknál a féloldali shock, sem gerinczvelősértéseknél ugyanez a homályos fogalom, mely az említett esetben 4 hónapon át lett volna érvényben, sem a *Setchenow*, sem a *Goltz*-féle gátlási teoriák a viszonyok összességével meg nem egyeztethető magyarázatok.

Setchenow elméletére elég *Strümpell* szavait idéznem: „Mann nimmt gewöhnlich an, dass durch cerebrale Erkrankung für die Sehnenreflexe gewisse Hemmungen wegfallen, während umgekehrt die Hemmungen für die Hautreflexe in einen Reizzustand versetzt werden sollen. . . . Das gezwungene und unbefriedigende dieser Erklärung liegt auf der Hand.“

Goltz szerint ingerek gátló hatása okozza az említett tüneteket. Itt is ugyanazon hypothetikus inger kétféle módon hat, fokozza az inreflexeket s csökkenti a bőrreflexeket s akaratos mozgásokat, míg ha ugyanaz a folyamat a gerinczvelő nyaki részében székel, akkor egyaránt gátolja az inreflexet, bőrreflexet, akaratomozgást.

A corticalis reflexutak minden nehézség nélkül engedik megfejteni e kérdést.

Apoplexiák után korán megjelenik az inreflex, mert a corticalis vezetés is hamar helyreáll, mutatja ezt az érzés s az akaratos mozgás nyomainak visszatérése. Sokkal később jelenik azonban meg a bőrreflex, mert ez normalis viszonyok között is nehezebben, mindig csak ingersummatióval váltható ki.

Az inreflex fokozódása a hiányos corticalis associatióktól ered. Mentől kevésbé oszlik el a motorius inger az agykéregben, annál nagyobb hatása a peripherián (*Schiff*, *Herzen*, *Jendrassik*). E hiányos associálást bizonyítják a durva, szögletes akart mozgások. A mint a mozgás javul, a társulások finomabbak lesznek, a térdreflex is visszatér a normalishoz, a contractura is megszűnik.

Egyetlen ellenvetést lehet az inreflexek corticalis útja ellen felhozni, s ez az, hogy ezek a lefejezett ember vagy állatnál (tehát a corticalis utak átmetszése után) is kiválthatók.

Ez az ellenvetés nem bizonyítja azt, hol futnak a reflexek, midőn az agyi vezetés ép állapotban van. Másrészt lefejezett állatoknál a bőrreflexek is kiválthatók, az agykéreg nélküli kutya az operatio után szalad, *Schrader* agykéreg nélküli galambjai turbékkoltak, *Steiner* békái legyeket fogtak. Hogy ezen bonyolult functiók normalis viszonyok között az agykéregben s nem a gerinczvelőben jönnek létre, azt aligha kell bizonyítani.

Kétségtelenül bizonyító azonban valamely folyamat corticalis eredése mellett, ha abban az agyi mechanizmus sajátosságát felismerjük. Ezen mechanizmus sajátosságát pedig egyedül a

társítások finomsága által van megadva. Ezek teszik lehetővé, hogy a beszéddel az érzések legelmosódóbb árnyalatait is kifejezzük, hogy a bőrreflexek harmoniás, az inger helyének megfelelő s az egyéniség, illetve az agy fejlettsége szerint czélszerű reakciók. Ez a corticalis mechanizmus létesíti az inreflexet létrehozó izmok szabályos, együttes összehúzóását, a mozgás biztosságát s erősségét. Az agykéreg elroncsolása után az inreflexnél ezen izmok arányos együttműködése megszűnik, a mozgás gyenge, szabálytalan, ingadozó lesz. Épen így a bőrreflexek is az agykéreg eltávolítása után disharmoniás, gyenge, bizonytalan és czélszerűtlen mozgások.

A gerinczvelői reflexek tehát csak compensatiót jelentenek, s pedig mint láttuk a corticalis vezetés helyreállításánál a subcorticalis reflexek is erősség s gyakorlás szerint állanak helyre. Legelőbb az inreflexek, azután a járás, bőrreflexek s utoljára a complicáltabb működések: nyelés, hangadás, táplálékkeresés stb.

Összevetve eddigi élettani s kórtani ismereteinket, a következő általános tételeket mondhatjuk a reflexlocalisatiót illetően:

1. Egyetlen physiologiai vagy klinikai tény sincs, mely igazolná, hogy az összefüggő központi idegrendszerben subcorticalis reflexek vannak.

2. Physiologiai postulatum, hogy az ingerület vezetése legkönnyebben az idegrendszer legfejlettebb részén át történjék.

3. A corticalis reakciókhoz tartozik kivétel nélkül minden úgynevezett reflexjelenség.

4. Az idegrendszer subcorticalis részeinek az agytól független különböző működésük nincs. Ezek csupán a corticalis ingerületet közvetítik a megfelelő subcorticalis segmentum mellő gyökeréhez.

5. A corticalis utak teljes megszakítása után subcorticalis részek az agy functióit átvehetik s pedig úgy a bonyolultakat, mint a legegyszerűbbeket, mégis ezek sohasem érnek el olyan fejlettséget mint az agyvelőben.

Pándi Kálmán dr.

A gyomor-masszázs kérdéséhez.

Valóban köszönettel tartozunk *Cséri* és *Sümei*, valamint *Ormay* orvostársainknak, hogy a gyomor-masszázs kérdését élénk eszmecsere tárgyává tették, mert a mai századvégi bágyadt, lankadt idegletű emberek közt vajmi sok a gyomorbeteg.

A gyomorbeteg gyógykezelésének ezen értékes módszere nagyon is megérdemli a szót, mert ezen szerv therapiájánál ugyan szem előtt kell tartani a „primum non nocere“ elvét. Itt elméleti feltevésekkel, javalatokkal be nem érhetjük, itt beszél a tapasztalat.

Gyakorlatom alapján állíthatom, hogy lusta (atonikus), esetleg tágult gyomrot nagyobb étkezés (ebéd) utáni 1—2 órában nem szükséges és nem is ajánlatos masszálni, míg tej, tejes kávé s ily fajta könnyű reggeli után 1—2 órával az jól beválik.

Nagyobb étkezés utáni 1—3 órában a feszült, érzékeny gyomornak megkísérlett erélyes kenését, mondjuk gyurását, gyömszőlését, betegeim bizony nem szívesen tűrték; a gyomor nyomkodó kenése nagyon fájdalmas volt nekik s valószínűleg az egyes kézfogások által a háttér véredényeire a gyomor útján gyakorolt nyomkodások muló szédülést is okoztak. Ezért az ebéd utáni (1—3 óra) masszálást rég annyiban hagytam; de nem is szükséges ez ilyenkor. Arra, hogy a puffadtság, nyomás stb. kellemetlen és ellankasztó érzetét és a nehezített légzést a gázok felszabadulásában, kellemes felbőgésekben nyilvánuló megkönnyebülés váltsa fel, teljesen elégségesnek találtam, ha a betegek ebéd után a gyomortáját száraz, forró vagy valami erős, illatos szeszbe mártott flanelposztó-darabbal gyengén megdörzsölgetik és lábaikat a hasfalizmok ellazítása végett felhúzza, behajtvá, inkább ülő- mint fekvőhelyzetben, kissé jobbra dülve pihennek.

De tele gyomrot nem is lehet oly jól, oly behatóan masszálni, mintha azt ebéd után 5—6 óra mulva végezzük; ekkor más urai vagyunk a helyzetnek s tapasztalatom szerint csakis ilyenkor érvényesül teljesen annak jótékony, kuratív hatása.

Azon nézetet, mintha csak fekvőhelyzetben lehetne a gyomorbeteg sikeresen masszálni, tisztelet a neves specialistáknak, de nem fogadhatom el.

Felhúzott, kissé behajlított lábak mellett ülő betegeknek eseteim egynémelyikében sokkal intensívebb masszálást birtam végezni; ezen helyzet kevésbé volt rájuk nézve terhelő, sőt nem

egy betegem jelentette ki, hogy jobban esik, mintegy jobban kielégíti, ha ülőhelyzetében eszközölöm a masszálást.

A kinél ernyedtt, lusta (atonikus) a gyomor működése, lankadt annál rendszeren a bélhuzam idegége is; azért az ilyeneknél mindig bélmasszálást is végeznek.

Hogy a gyomor masszálása által annak nyákhártyája vérdúsabbá lesz stb., azt nem tudom, nem tudhatom, de azt igen, hogy az ily betegek úgy étkezés előtt, valamint után, tehát bármely időszakban igen jó hatását érzik annak, ha a gyomortájra másod-, esetleg perczeken át bőrízgató szereket, eljárásokat (szesz bedörzsöléseket, forró vízből kifacsart kendőket, gyenge mustárpépet, esetleg jégdarabbal eszközölt dörzsöléseket) alkalmazunk, tehát a hasfal bőre felé irányított véráramlást idézünk muló alakban elő.

Hogy ezen jótékony hatásban a provokált idegizgalomnak is része van, megengedem.

A betegek maguk is begyakorolhatják magukat kézfogásokkal az activ automaszálásban; ez természetesen csak hiányos lehet, de így is könnyebbülést szerez. A passiv önmasszáls már jobban beválik. A szükségképpen kemény (lőszőr) matraczon háló beteget utasítjuk, hogy reggel, ébredés után a paplan egyik csücskét hajtsa össze mintegy két ökölnyi gomolylyá és párnáit feje alul eltávolítva, tegye azt fekvő helyzetében a gyomor fundusa alá, feküdjék jól rá és gurító mozgásokkal himbálja törzsét jobbra-balra perczeken át s kellemesen fogja tapasztalni, hogy a fent és alant elillanó gázok és flatusok jótékony könnyebbülést szereznek; széket kap és reggelijét jobb étvágygyal költi el.

A gymormaszálásnak legenyhébb, legkellemesebb s talán leghatásosabb alakja: a nevetés, mert itt a hatásban osztozik azon ige is, hogy: „lélek az, a mi megelevenít!”

Piskitelep, 1895. február 13-dikán.

Nagy Gusztáv dr.,

államvasúti gyárteleporvos, Hunyadmegye tb. főorvosa.

Serummal kezelt diphtheritis gyógyult esete

Közli Havas Zsigmond dr., gyakorló orvos Pakson.

Február hó 5-dikén egy másfél éves beteghez hívtam, kinél az anya délelőtt még semmi bajt sem észlelt, délután azonban lázas volt. Vizsgálatkor hőmérséke $39^{\circ}4$ C., a torokban a bal mandolán babnagyságú fehér lepedék; gyanum azonnal diphtheritis fejlődésére irányult, a miért is a betegnek jeges borogatásokat rendeltem és torkát a nap folyamán ferrum sesquichloratum-oldattal több ízben esetteltem. Másnap reggelén, az egész éjjelen át pontosan betartott borogatások daczára, a gyermek torkában mindkét mandulát szürkésfehér lepedékkel fedve találtam, légzése hangosan zörejes, a bordaközi helyek behúzódnak, a miért a gyermeknek hánytatót rendeltem, melynek vétele után állapota enyhült, hőmérséke azonban $40^{\circ}2$ C. volt. Február 7-dikén, tehát a megbetegedés harmadik napján, a gyermek kissé könnyebben érezte magát, a toroktünetek azonban nem változtak, sőt az orban is diphtheria fejlődött, hőmérséke $39^{\circ}5$ C. volt. Ez alkalommal elhatároztam, hogy a serummal, melyet a megelőző napokban rendeltem, megérkeztek a gyermeket azonnal be fogom oltani; az oltást tehát február 8-dikán, a megbetegedés negyedik napján kettes számú, 1000 egységet tartalmazó serummal a hónaljban eszközöltem, miközben minden orvosi szerelést, a borogatással egyetemben félretettem. Éjjel a gyermek nagyon nyugtalan volt, keveset aludott, vizsgálatkor hőmérséke $38^{\circ}1$ C. volt. Ugyancsak aznap délután hőmérséke $39^{\circ}5$ C.; ekkor az egyes számú, 600 egységű serummal fecskendeztem be. Február 10-dikén reggel a hőmérsék $37^{\circ}7$ C., a gyermek friss, a torokban a lepedék repedezést mutat, a mandulák felső quadransain leválni készül. Február 11-dikén a gyermek láztalan, a lepedék levált, helyén, mindkét mandulán, kevésbé vérző felület van. Vizelet fehérszínű tartalmazott. Február 12-dikén mindkét mandola tiszta, vizeletben fehérszínű nincs, a bőr felületén s a beszúrási helyen semminemű elváltozás sem észlelhető.

Ezen esetről tehát a serumnak eclatáns hatása bizonyult be, a mennyiben a legsúlyosabb tünetek daczára a befecskendezés után a tünetek gyorsan fejlődtek vissza, és a gyógyulás minden szövődés nélkül állott be.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(V. rendes ülés, 1895. február 16-dikán.)

(Vége.)

B) Napirend.

Eszmecsere Bókai János előadása felett: „Behring-féle savóval elért eredményeim.”

Gerlőczy Zsigmond. Hozzászólása megegyezik a közkórházi orvostársulatban tartott előadásával, melyet egész terjedelmében közlünk.

Brück Miksa magánygyakorlatában 17 esetet kezelt serummal; ezek közül 4 esetben a torokdiphtheria laryngitis crouposával volt szövődve (mind a 4 eset meggyógyult, 2-nél intubatio végeztetett). A 17 eset közül 11 a könnyűek s kevésbé súlyosak, 6 pedig a súlyosak közé volt számítható. Elhalt az előbbiekből 1, az utóbbiakból 2; a betegek legfiatalabbika 2 éves, legidősebbike 11 éves volt. Az elhasznált serum legkisebb mennyisége 600, a legnagyobb 2100 egységet tett ki. A serum-kezelés effectusát illetőleg mindenekelőtt és mindenképpent a helyi folyamatra való hatását emeli ki. Már az első, de többnyire a második injectio után a csapadék a garatképletek duzzanatának szembeötlő esökkenése mellett egészen sajátzerű szokatlan elváltozást mutat, melyet leghelyesebben colliquationának lehetne nevezni. Az eddigé sima, szorosan tapadó fényes vízfényű izzadomány vizenyősen beivódottnak, a felületről sáncszerűen kiemelkedőnek tűnik fel s fénytelen, göröngyös felületet mutat. Ezen elváltozás létrejötte után a torok gyorsan tisztul fel, legalább gyorsabban mint az eddigi eljárásoknál észlelhetjük. A légképletek duzzanatának gyors esökkenése mellett természetesen a beteg közérzete is javul, mi főképp a légvétel s a nyelés könnyebb voltából is magyarázható.

A serum prompt hőmérsékleszállító hatását szolgáló esetei csak részben igazolták. 17 eset közül csak 4 ízben látott oly hőcsökkenést, melyet közvetlenül a serumnak tudhatott be. Hogy vajjon a höchsti gyártmány 0.5%-os carbol-tartalma mennyire folyhatott be erre, azt nem tudja, de nem is tartja valószínűnek, mivel más 5 hasonló esetben a hőcsökkenés az injectio után nem állott be. Sokkal valószínűbbnek tartja azt, hogy a hőcsökkenés a lokális folyamat alábbhagyásával függ össze.

A mi a serum-kezelés egyik függő kérdését, az albuminuriát illeti, arra nézve esetei értékesebb adatot nem szolgáltathatnak. Kívánatosnak tartja, hogy a praeventiv oltásban részesült egyének vizelete pontos vizsgálatnak vessék alá.

Postdiphtheriás hűdés eseteiben 4-szer fejlődött ki. Két esetben korai injectiók daczára, 2 esetben az injectiók már későbbi napokon végeztek. Közüllük egy szívűdés folytán halt el.

Az injectiók sem helybeli, sem subjectiv kellemetlenségeket nem okoztak; 1 ízben erythema multiforme, 1 ízben pedig vesiculosus urticariát észlelt.

Végkövetkeztetései ezek:

1. A serum az eddigi kezelésmódok bármelyikét hatás tekintetében hatalmasan felülmúlja.

2. Ezen hatás főképpen a lokális folyamat korlátozásában s annak gyors visszafejlesztésében nyilvánul.

3. Eddigi tapasztalataink szerint hatástalannak bizonyult a bántalom septikus alakjainál, valamint azon elváltozások megakadályozására, melyek a vesék, az edények, szívizomzat s idegrendszerre vonatkoznak.

4. Azon kérdés, vajjon a serum kellemetlen mellékhatással bír-e a szervezetre, avagy nem, eldöntöttnek korántsem tekinthető.

Szegő Kálmán. A streptococcus diphtheria gyakori alakja az, mely secundaer módon scarlatina után jelentkezik. Egy ilyen esetet serummal kezelt és meg volt lepve az elért jó eredménytől. Az indokot a serum-kezelésre ez esetben az adta, hogy a scarlatina és a diphtheria tünetei között nem volt meg a folytonosság. Az eset, melyet szóló a klinikai és bakteriologiai tünetek alapján secundaer streptococcus-diphtheriának tekint, egy 3 éves, debilis leányt illetett, a ki gyenge vörhenyen ment át. A lehamlás után lépett fel a torok- és orrdiphtheritis, csakhamar a torokban demarkáló lob állott be, 21 óra mulva az alhártyák leváltak, a mirigyduzzanatok esökkenek; a betegség 20. napján nephritis lépett fel.

Annak lehetősége, hogy a Löffler-féle bacillus antitoxinja másféle infectióra is gyógyítólag hathat, elméletileg sincs kizárva és azért szeretné, ha előadó a serummal secundaer diphtheria eseteiben is teme kísérleteket.

A mi a fehérjevizelést illeti, ha a serum-kezelés előtti észlelések eredményeit összehasonlítjuk a serum-kezelés alatt tett megfigyelésekkel, azt találjuk, hogy az albuminuria számaránya a serum-kezelés folytán nemcsak nem növekedett, hanem esökkenett. E mellett bizonyít pl. Kossel statistikája, és Benda, a berlini kórbonecznok constatalta, hogy míg a serum-kezelés előtti a diphtheria-esetek 25%-ában volt veselőb ez a serum-kezelés folytán az eseteknek csak 17%-ában észlelhető.

Braun Lajos. A serumtherapia értékét csak megfelelő statistikák alapján dönthetjük el, de a jelenlegi statistikák nem oszthatják el a kételyeket, mert nincsenek tekintettel azon számos mellékörülményekre, melyek minden betegséget és így a diphtheritist is befolyásolják. Így hátránya a gyermekkórházak statistikájának, hogy a moribund esetek, vagyis azok, melyek az első 24 óra alatt halállal végződtek, nincsenek külön feltüntetve. Nem szabad továbbá figyelmen kívül hagyni, hogy a

diphtheria halálzási arányának azon javulása, melyet a statistikák a serumtherapia mellett feltüntetnek, csak jelentéktelen. Így pl. a bécsi szt. Anna-kórházban 14 év alatt a legesekélyebb halálzási arány 31.5% volt, a legmagasabb 51.7%, a 14 év alatt átlag a halálzási arány volt 40.1%; de ha a moribund esetek leszámítatnak, csak 30.7% volt átlag a halálzási, a legkisebb halálzási 19% volt, a legnagyobb 39%. Ezen eredményekkel szemben a serum-kezeléssel elért 27.9% halálzási arány nem is tűnik oly kedvezőnek. Minthogy a serum-kezelést a bántalom 3 első napjában kezdik meg, szükséges volna a régi kezeléssel szülő statisztikákban is feltüntetni azt, hogy a betegség hányadik napján kezdetét meg a gyógyítás. Annak, hogy a serum-kezelést mennél előbb iparkodnak megkezdni, következménye az is, hogy sok nem igazi diphtheriás részesül a serum-kezelésben.

Bókai tanár a prophylaktikus oltások hatásos volta mellett bizonyíték gyanánt azt a kísérletét hozta fel, hogy a kanyaró-osztályra néhány diphtheriás beteget tett át, és az oltások folytán egy kanyarós beteg sem kapta meg a diphtheriát. Ezzel szemben hivatkozik Bókai tanár egy annak idején tett nyilatkozatára, mely szerint a croupos betegek éveken át a többi betegek között feküdtek, a nélkül, hogy valaha egy beteg diphtheriát kapott volna. Hivatkozhatik továbbá egy most közölt, Oroszországban előfordult esetre, melyben a szülők két idiota gyermeküktől szabadulni kívánván, azokat egy diphtheriában elhalt gyermekük ruhájába öltöztették és ágyába fektették, és ennek dacára mindkét gyermek egészséges maradt. Miként ezen eset nem szólhat a diphtheria contagiositása ellen, úgy Bókai tanár egy észlelete sem bizonyíthat a prophylaktikus oltások hatásos volta mellett.

Donáth Gyula: A serum-kezelés folyamán észlelt exanthemák és albuminuria között nézete szerint összefüggés van. Számos gyógyszer ismerünk, melyeknek alkalmazása után exanthea és fehérjevizelés észlelhető, ilyenek pl. a carbolderivatumok, a natrium salicylicum, az antipyrin. Azt gondolja, hogy az exanthemákat és fehérjevizelést a serum 1/20-os carbolsav-tartalma okozza, mert minden 10 cm-es serum-injectióban a beteg 5 centigramm carbolsavat kap.

Vidor Zsigmond. Alkalma volt meggyőződni a serum gyógyító hatásáról diphtheritis conjunctivae esetében is. Mult év november 19-dikén egy két éves gyenge gyermeket hoztak a Stefánia-kórházba, a kinél a bal alsó és felső szemhéj külső részén nagy mértékű diphtheriás lepedék volt, igen nagy chemosis volt jelen, úgy hogy a szemhéjakat alig lehetett szétfeszíteni; a diphtheritis a felső szemhéj marginalis szélén is mutatkozott, az alsó szemhéj kötőhártyája még tiszta volt. A beteg még ugyanazon délelőtt 1000 egységű injectiót kapott. Másnap a beteg szemhéjai deszkakemények voltak, a szemhéjakat szétfeszíteni nem lehetett, a szűk résben beszáradt lepedék volt: e napon a beteg 1500 egységű injectiót kapott. November 21-dikén az állapot változni kezdett és a javulás oly gyors volt, hogy illyent azelőtt, bár 30—32 esetet észlelt, még sohasem látott. November 23-dikán már könnyen lehetett a szemhéjakat szétfeszíteni, chemosis nem volt már, a kötőhártyán már csak egyes gödröcskékben látszóttak a diphtheritis nyomai; a saruhártya elpusztult. A javulás 28-dikáig tartott, mely napon a beteg collapsus és oedema glottidis folytán meghalt. E beteg a bántalom 4-dik napján hozatott a kórházba, azt hiszi, hogy ha a serumkezelés korábban kezdetét meg, a saruhártya is megmenthető lett volna.

Bókai János. A felszólaló tagtársak észleletei, kik Braun dr. kivételével a serumtherapia híveinek vallották magukat, általában meg-egyeznek szülő tapasztalataival. Gerlóczy dr. első kísérletei valószínűleg azért nem sikerültek, mert nem rendelkezett jómínőségű és elegendő serummal; még van győződve arról, hogy ha eseteinek száma szaporodni fog, majd teljesen elfogadja a serumtherapia értékéről kifejtett véleményét. Hogy a serumtherapiával elért eredményeket feltüntető statisztikákból helyesen lehessen következtetni, az is szükséges, hogy minden a kórházba hozott diphtheriás beteg minden kivétel nélkül a serummal kezeltesse. Brück főleg az albuminuria kérdésével foglalkozott, és hajlandó a fehérjevizelés egyes eseteit a serum által előidézetteknek tekinteni, még pedig a serum carboltartalmának tulajdonítja a hatást. Ezzel szemben ismétli szülő, hogy a serumtherapia mellett csak annyi albuminuriát észlelt, mint a régi kezelési módok mellett és utal arra, hogy a francia észlelők, kik a Roux-féle carbolmentes serumot alkalmazzák, körülbelül ugyanolyan arányban látják az albuminuriát. Ezzel egyszersmind Domáth megjegyzésére is felelt; az exanthemák és az albuminuria között tapasztalatai szerint nincs összefüggés. Brück azon tanácsát, hogy a prophylaxis céljából beoltottaknak vizeletét is vizsgáljuk fehérjére, köszöni és ezentúl követni fogja. A Szegő által említett esetben a javulás, mely az injectio után beállott, és a mely nem különbözött attól, melyet más esetekben is látunk, nézete szerint a seruminjectióval nem függ össze. Ismereteink mai állása mellett egyáltalában nem tartja helyesnek, hogy a serumot a valódi diphtheria esetein kívül is alkalmazzuk; mert egyrészt Behring és Roux a serumot kezdettől fogva kizárólag a Löffler-féle bacillus által előidézett diphtheritis ellen ajánlották, másrészt ha a serumot most más bántalmak ellen is alkalmazzuk, a serumtherapia értékét sohasem fognák tisztázhatni, mert csak összezavarónak a fogalmakat és nem nyernénk megbízható statisztikát. Eddigi tapasztalataink különben is bizonyítják, hogy a serumnak a streptococcus infectióra nincs gyógyító hatása, és ismeretes, hogy a hőcsti gyár most az iránt tesz kísérleteket, hogy oly serumot állítson elő, mely a streptococcus infectióra is gyógyítólag hat.

A mi Braun felszólalását illeti, megjegyzi, hogy oly statistikát, milyent ő kíván, bajos lenne összeállítani, és az nem is lenne tanulságos. A kórházi beteganyag, mely minden válogatás nélkül vétetik a

kezelés alá, különböző időszakokban egyformának tekinthető. Az, hogy mely betegek tekintendők haldokolva behozottaknak, nagyon is az orvos subjectív felfogásától függ, és bár a belügyministeriumhoz feltérendő kimutatásokban a haldokolva behozottakat is köteles szülő feltüntetni, tudományos szempontból a rovatnak jogosultságát el nem ismeri. A prophylaktikus oltások értékét illetőleg tett kísérletének Braun felszólalása dacára is fontosságot tulajdonít, mert ismeretes dolog, hogy épen a kanyaró különösen fogékonyabbá teszi a gyermekeket a diphtheritis infectio iránt. Az igaz, hogy a régi szűk gyermek-kórházban az akkori felfogásnak megfelelően a tiszta laryngitis crouposában szenvedő betegek nem voltak elkülönítve, de nem feküdtek a kanyarósokkal együtt, hanem a belgyógyászati osztályon. A Vidor által említett eset is a prophylaktikus oltások hatásos volta mellett bizonyít, mert bár tudva van, hogy a diphtheria az egyik szem kötőhártyájáról igen könnyen terjed át a beteg másik szemére, a gyermek ép szemét nem láttuk el védkötéssel és a serum-kezelés folyamán a szem ép maradt. Ismétli, hogy a prophylaktikus oltások értékét illetőleg is bizalommal tekint a jövőbe.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Prof. Th. Escherich: Diphtherie, Croup, Serumtherapie. Wien, Leipzig, Teschen, Verlag der Hofbuchhandlung Karl Prochaska, 1895.

A másfél száz lapra terjedő könyv három, körülbelül egyforma terjedelmű részből áll, melyek ugyan különböző időben és különböző czélekből irattak, egymással azonban szerves összefüggésben vannak. Az első rész a diphtheriát, a második pedig a croupot tárgyalja széles alapon, bő tapasztalatokra, nagy irodalmi ismeretre és önálló józan kritikára valló előadásban. E két rész tulajdonképen különnyomatát képezi szerző azon cikkeinek, melyeket a Drache tanár szerkesztésében megjelenő „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaft“ című nagy gyűjtő munka számára írt; tulajdonképen csak azért vette fel ezeket is könyvébe, hogy megkönnyítse a diphtheria serumtherapiájáról szóló harmadik részben elfoglalt álláspontjának megérthetőségét. Ezen legaktualisabb részében munkájának mindenekelőtt kiemeli, hogy különbség teendő az állatoknál előidézhető betegség és az emberi diphtheria között, a mennyiben az állatkísérlet csupán az acut diphtheriás intoxicációt ismeri, az embernél ellenben az esetek nagy részében a felszínen játszódik le a folyamat és vegyes fertőzéshez vezet, úgy hogy a Löffler-bacillus mellett még más mikrobák is résztvesznek a kórfolyamat előidézésében. Ez az oka annak, hogy a helyi kezelést nem szabad elhanyagolni. Nem tagadja ugyan, hogy a statistika útján is lehet meggyőződést szerezni a serumtherapia értéke felől, ezt az utat azonban nagyon hosszadalmasnak találja és nagyobb fontosságot tulajdonít az egyes esetek pontos klinikai észlelésének. A diphtheriának három alakját különbözteti meg: a lokalizált, a septikus alakot; a progredivens alakot; a progredivens alaknál a serumtherapia csaknem 100%-kal csökkenti a halálzási arányt, a septikus alaknál csak néhány százalékkal, a lokalizált alaknál pedig semmivel sem. A hírneves gráci gyermekgyógyász ezen nagyon időszerű és legalább is első két része miatt maradót értékű munkáját melegen ajánljuk olvasóink figyelmébe. A nagyon izléses kiállítású kötet ára 2 forint 40 krajczár.

Pávai Vajna Gábor: A diphtheriáról és a Behring-féle vérsavó gyógyítómódról. Pozsony, 1895. Wigand könyvnyomdája.

A 70 lapra terjedő füzet Pávai Vajna Gábornak, a pozsonyi országos kórház főorvosának népszerű előadását tartalmazza, melyet a pozsonyi orvos-természettudományi társulat egyik utóbbi estélyén tartott. A bakteriumokról, az immunitásról és a toxinokról szóló rövid fejezetek után elmondja könnyen érthető módon mindazt, a mit a diphtheria lényegét, lefolyását, gyógyítását és megelőzését illetőleg ma tudunk és kissé bővebben kiterjeszkedik a vérsavó-therapiára, annak lényegét és kilátásait ismertetve. A füzet, mint első magyar nyelvű népszerű ismertetője a diphtheritis vérsavó-therapiájának, megérdemli, hogy a művelt laikus közönség körében minél szélesebben elterjedjen, annál is inkább, mert sok olyan dolgot is tartalmaz — így a diphtheria elleni védekezést, a diphtheriás beteg ápolását illetőleg —, a mire lépten-nyomon szüksége lehet. A füzet ára 1 korona.

II. Lapszemle.

Sebészet.

Az aether-narcosis. A mióta az amerikai, az angol s a continensi sebészek számbeli adatokkal mutatják ki azt a lényeges százalékkülömbőséget, a mely egyrészt az aether- és másrészt a chloroform-narcosisban elpusztult egyének halálozási számában mutatkozik (a Brit. med. Journ. 1888. jan. 14. sz. szerint 23,804 aether-altatásra és 2733 chloroform-altatásra esik egy elhalálozás; Vallasnak a „Rev. de chir.”-ben megjelent közleménye szerint a lyoni Hôtel Dieu kórházban 40,000 eset aether-narcosisra egyetlen haláleset sem esik; Gurlt 8433 aether- és 2574 chloroform-altatásra mutat ki egy-egy elhalálozást), a német sebészi klinikák is az aether-narcosisal kezdenek megbarátkozni s hamarjában négy közlemény tör lándzsát az aether alkalmaztatása mellett.

Landau berlini klinikájáról *Grossmann* ír. (Deutsche med. Wochenschrift, 1894. 34. sz.) Altatásra a Wanscher-féle kosarat használja, a melynél a beteg oldalt fekszik. A kosár széle gummi-val van beszegve és fedi a szájat és az orrt, kúpján egy nyílás van, mely egy gummitömlőbe folytatódik, s a mely oldalt lógva, 50—100 gramm aethert fogad be. A kosarat nem nyomja rögtön az archoz, hanem vár addig, a míg a beteg az aetherhez hozzászokik, addig levegővel keverten kapja azt a beteg; majd a mikor a hangrögös elmulik, mindig concentráltabban nyújtja az által az aethert, hogy erősebben rázza meg a gummitömlőt, a mikor az aethergőzök súlyuknál fogva az orr- és szájüreget érik, a mikor vigyázni kell arra, hogy a kosár szélén le ne folyjanak. 1500 esetben mint teljesen megbízható szert alkalmazták, az első tíz percz után egy centigramm morphiumot feeskendeznek a bőr alá, a mi véleménye szerint azonban felesleges, mert sem az altatás gyorsítására, sem lefolyására befolyása nincs. 15—20 percz kell az altatáshoz és 30—40 percz kell a teljes narcosishoz; lassú, de biztos ez a mód. Az aether-altatással járó nagyfokú nyáladzásra csak célszerű az oldalt fektetés, a mikor a pofatasakból könnyen ki lehet törülni a meggyülemlett nyálat; a nyelvgyök hátracsúszása ellenében az alsó állcsontot előre luxálja. Minthogy az aether-altatásnál a pulstust nem kell ellenőrizni, s a légzést a kosáron figyelheti meg, szerinte az altatás még laikus kézre is bizható. Ellenjavallatai az aether-altatásnak a tüdőbajok, míg az izzó vas csak bizonyos távolságról, mert az aether Fütter szerint felülről 3—4 cm. távolról, oldalt 6—7 cm., alulról 40—50 centimerről gyulad meg. Erős polemia bocsátkozik *Garré*-val, a ki (Beiträge zur Chir. XI. Bd. Centralblatt f. Chir. 3. sz. 1894.) a *Julliard* (Genf) módszerének a híve. *Garré* szerint 14,646 aether- és 2907 chloroform-narcosisra esik egy-egy haláleset. A *Julliard*-féle kosár egy vízhatlan anyaggal fedett flanelkúpból áll, a mely fedi az egész arcot, úgy hogy a corneát és irist nem lehet megfigyelni. Az első adagra 10—20 köbcentimeter aethert önt be, a második perczben újra 30 köbcentimetert, s a maszk szélét törölővel takarja be, hogy az aethergőzök concentrálva hassanak folyton, a harmadik öntésre beáll a teljes narcosis, a mi középértékben 4 percz. Az első aether-öntésre heves izgatottsági tünetnyek állanak be, úgy hogy a betegeket leszijaztatja, a heves gégegöresöt friss adag aetherrel gyózi le. Fél órára 50 kem. kell neki, *Grossmann*nak 80—100 kem. a *Wascher*-féle masknál. A *Julliard* módszere szerinti altatás a légutak erős izgatottságával járván, gyakoriak azok utóbántalmái. Az aether-altatás közben 25%-a a betegeknek hány, 40% az altatás után. Maga az aether a szív működést és vérnyomást fokozza *Bum* vizsgálata szerint; *Wunderlich* 60 esetben 4 egyénnél fehérvérnyét talált a vizeletben az aether-altatás után.

Sonnenburg klinikájáról *Tschmarke* közöl 500 esetet. (Deutsche med. Wochenschrift, 1894. Nr. 4.) A *Julliard*-féle kosarat használják, de megjegyzi, hogy ezen asphyktikus módszer eleinte ijesztő. Lefolyása ép olyan, a mint azt *Garré* leírja, s tapasztalatait összefoglalva, azt mondja, hogy 1. az aether-altatás kevésbé veszélyes mint a chloroform; 2. szívujajos egyéneket aetherrel kell altatni; 3. a) arcon végzendő műtéteknél, a midőn az izzó vas jön alkalmazásba; b) hörghurut vagy tüdőbajoknál; c) ha gyors izomleenyedést kívánunk, chloroform-altatást ajánl.

Kaefer (St. Petersburg. med. Wochenschrift, 1893. Nr. 25.) 150 aether narcosis eredményéről számol be. 1. Egyetlen haláleset sem fordult elő. 2. A szörtyögő légzés gyakori és ijesztő. 3. 90 eset

közül 26 hányt. 4. Egy esetben heves köhögés miatt chloroformra kellett áttérnie. 5. Mesterséges légzést egyszer sem kellett alkalmaznia. 6. Szívgyengeség esete nem fordult elő. 7. Pupilla hirtelen tágulását nem tapasztalta. 8. A heves izgatottsági állapot gyakori 90:42. 9. A subjectiv kellemetlen érzés a legtöbbször 4—5 óra múlva eltűnt.

Rindskopf (Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 40. sz.) chloroform-altatás 92 esetében 31-szer fehérvérnyét, cylindereket, leukocytákat és hámsejteket talált a vizeletben, a mi eltartott 3—4 napig, a miért is igen ajánlatosnak találja azt, hogy egy és ugyanazon egyéneken rövid időközökben kerülendő a chloroformmal való bódítás. *Ch. dr.*

Gyermekgyógyászat.

Gyermekek és csecsemők heveny garatmegeetti tályog-jainak kóroktanáról ír *Koplik*. Szerző 7 év alatt 60 garatmegeetti tályogot észlelt; 8 esetben végezte a geny bakteriologiai vizsgálatát, állatkísérlettel egybekötve. E 8 eset között nincs felvéve olyan septikus eredetű sülyedési tályog, a milyen heveny fertőző kütteg után lép fel, sem gümös eredetű, csakis hevenyen fellépő jóindulatú lobos garatmegeetti tályogról szól. A vizsgálatra szolgáló genyet háromféle módon nyerte: vagy a szájüreg 5% carbol-oldatba mártott tamponnal történt kitörése után a duzzanatot bistourival megnyitva, a később ürítő genyet használta fel; ezen mód nem kifogástalan, mert a szájüregben a kiömlő genyhez más bakteriumfajok is keverődhetnek. Sokkal megbízhatóbb eljárás, midőn sterilizált aspirációs tüst szúr be a tályogba és így szívja ki a vizsgálathoz szükségelt genyet, vagy pedig a nyak bőrének előzetes desinfectiója után a kifelé elődomborodó tályogot kívülről nyitotta meg, s a genyet steril kémlőcsőben fogta fel; utóbbi két eljárással a geny idegen fertőző anyagok hozzá keverődése nélkül elég könnyen nyerhető. *Koplik* valamennyi esetben streptococust talált a vizsgált genyben, majdnem mindig tiszta tenyészetben. Csak 1 esetben volt jelen bacterium lactis aërogenes a streptococcus mellett, valószínűleg ez a gyermek szájából került bele. A tenyész viszonyoknak, a coccosok nagyságának és elrendeződésének tekintetbe vételével 4 féle streptococust sikerült izolálnia: streptococcus brevis pharyngis a és b-t, és streptococcus longus pharyngis a és b-t. Szerző elfogadja *Lingelsheim* beosztását és megerősíti, hogy a streptococcus fajok egyszerű módon való megkülönböztetésére állandó összetételű bouillon a legalkalmasabb. E bouillon 20 kem. normalis natronlúgot, 15 gm. peptont és 20 gm. cukrot tartalmaz 1 literre. Házi nyulakra és fehér egerekre mindezen fajok nem pathogének bizonyultak, a mennyiben 1 kem. bouillon-cultura bőr alá feckendése után az állatok életben maradtak. Szerző ezen streptococcus fajok és a garatmegeetti tályogok közti oki összefüggést nem tárgyalja, de azt hiszi, hogy a gyermekeknél a fertőző anyag bejutása a tonsillákon és melléktonsillákon át, vagy az orrgaratür és garatfalzat adenoid szövetein át történik. (Centralblatt f. Bakteriologie, XVI. köt.) *Loewy* dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Fiatalléányok dysmenorrhoeájának** kezelésénél legfontosabb az absolut nyugalom ágyban a havi tisztulás alatt. Ha a fájdalmak nagyon hevesek, a következő keverék rendelhető: Rp. Kali bromati, Antipyrini aa 10'0; Extr. fluid. viburni prunifolii 20'0; Aqu. destill. M. 120'0; Cognac, Syr. cort. aurant. aa 30'0. M. D. S. Naponként 2—4 evőkanálnyit. (Progr. méd. 1894. 48. sz.)

2. **Epididymitis gonorrhoeica** ellen *Bulzer* és *Lacour* bedörzsöléseket ajánlanak guajacol-kenőccsel (2—5 rész guajacol 30 r. vaselinre). Az első napon két, a továbbiakon pedig egy-egy bedörzsölés végzendő. A fájdalom csakhamar megszűnik e kezelés mellett, a mely a lobos duzzadásra azonban nem bír befolyással. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1895. 5. sz.)

3. **Urticaria gyógyítása.** Ismertettük volt annak idején *Singer* vizsgálatait, a melyek szerint urticaria sok esetében oki összefüggés mutatható ki a bőrbaj és a belek kóros állapota között; ilyen esetekben ő a menthol belső használatától látott jó eredményeket. Ujabban *Lanz* említi, hogy hasonló esetekben még jobb szolgálatot tesz az ichthyol 20 centigrammos adagokban. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1895. 5. sz.)

TÁR C Z A.

Egy XVII. századbeli gyógyszerész könyve a pestisről.

Az a sok háborúság, mely hazánkban csaknem kizárólag magának foglalta le az egész XVII. századot, nem az egyetlen csapás, mely oly szomorúvá teszi ennek a száz esztendőnek történetét. A vallásos harcokkal, a török dúlással, a német zsoldosok pusztításával s az alkotmányos forradalmakkal együtt öröklődtek át az elmúlt századból az elemi csapások és járványok, melyek a különben is megfogyott lakosságot még jobban apasztották, úgy hogy mire e század végéhez közeledett, a magyar korona egész mai területén alig élt több két millió embernél.¹ Végig vonul ugyan egész Európán a fekete halál, a rettegett pestis, de hálásabb talajt aligha talált a XVII. századbeli Magyarországnál, hol 1603—1692-ig, tehát nem egészen száz év alatt, huszónhatszor dühöngött.² S ez adatok még vigasztalanabb képet adnak ama korról, ha hozzá vesszük a képzett orvosok, a világosságot terjesztő iskolák hiányát, s ennek nyomán a köznép tudatlanságát. A járvány borzasztó hatására enged következtetni a pestisről megjelent könyvek száma, mely jókora részét teszi hazánk régebbi orvosi irodalmának; a védekezés igénybe veszi nemcsak az orvosokat, hanem papokat és tanítókat, hivatottat s hivatlant egyaránt. Tudós doktorok foglalkoznak vele, mint Tsanaki Máté *A döghalálról való rövid elmélkedésében*, s előkelő predikátorok, mint a hogy Komáromi Csipkés György hét predikációban akarja a pestisnek az *közvélekedés szerént való rettenetességét megkisebbiteni*. S e célra készült az a könyv is, melyet egy korában nagy tekintélyű eperjesi gyógyszerész, *Weber János* írt és adott ki 1645-ben ily címen: *Amuletum, azaz: Rövid és szükséges oktatás a Döghalálról*,³ mely a rendesen szélésebb körben lehetett annak idején elterjedve, miután a magyarokon kívül — nyilván a felvidék háromjékű lakosságára való tekintetből — egyidejűleg még német és tót nyelven is jelent meg.

E könyv érdekességét tartalmán kívül mindenekelőtt emeli az, hogy szerzője egy előkelő eperjesi család szülötte, társadalmi s politikai téren nagy szerepet játszott férfiú volt. Mint Felső-Magyarország kir. gyógyszerésze (*Hungariae superioris ordinarius ac perpetuus pharmacopocus*), mint az eperjesi luteranus gymnasium felügyelője, majd meg mint Eperjes szabad királyi városnak két ízben megválasztott főbírája oly kiváló állást foglalt el szülővárosában, hogy élete jóformán egybeolvad Eperjesnek egyidejűleg lefolyt történetével. Felesége révén, ki anyai ágon a sok viszonytagságot szenvedett humanista irónő, Weston Elisabetha leánya volt, befolyását még öregbítette s előkelő összekötéseit még szaporította. Ő képviseli városát Lipót király koronázásán, deputatiót vezet Szelepcsényi kanczellár elé, s mindenütt ott van, hol akár szülővárosa, akár egyháza érdekelve van, mint a közélet egyik kiváló alakja. Széles látkörrrel, nagy olvasottsággal rendelkező, sima modorú ember lehetett, ki sokoldalú elfoglaltsága mellett még kiterjedt irodalmi működést is fejtett ki: az *amuletumon* kívül két történelmi munkája maradt az utókorra, azután egy politikai tartalmú, *Lectio Principum*, kétséggel a legérdekesebb összes művei közül, melyben Machiavelli módjára fiatal uralkodókat lát el a kormányzásra való jó tanácsokkal. Klasszikus műveltsége azonban nem állt arányban jellemével; kétszer eserélt vallást, zum *Beweis* — mondja egyik lélegkeseredettebb kritikusa —, dass er die Religion der Kirche unterordne; politikai hitvallást pedig annyiszor, hogy megfordult jóformán minden párton, vagy párttörödéken, a milyenek az akkori zavaros viszonyok mellett bizony elég sűrűn alakultak. Nagy képzettsége, humanistikus műveltsége legkevésbé tették antik karakterré.⁴

¹ Acsády: Magyarország Budavár visszafoglalása korában. Budapest, 1886. 35.

² Fekete: A magyarországi ragályos és járványos kórok története. Debreczen, 1874. 26.

³ Teljes címe: *Amuletum, azaz: Rövid és szükséges oktatás a Döghalálról, szerzettet Weber János Eperjesi Patikariustól*. Sirach: 38. V. 8. a Patikarios orvosságokat csinál, és ennek az ő munkáinak soha nincsen vége, és ő általa sok jó szerzetetik ez földnek színén. Bártfán, Klöz Jakab által 1645. Eszt.

⁴ Latkóczy Mihály, a humanismus egy elfeledett nőalakja. (Elisabetha Joanna Westonia). Az eperjesi kir. kath. főgymn. Értesítőjében

Ezen sok időt igénylő munkássága dacára, még orvosi gyakorlattal is foglalkozhatott, legalább Széchi Máriával folytatott levelezése arra vall, hogy a murányi Venusnak régtől fogva Weber volt az orvosa. Egyébként a nádor családjának nemcsak doktora, hanem bizalmas meghitt embere, kit Wesselényi is, Széchi Mária is kiváló nagybecsülésükben részesítettek, leveleiket Generoso ac prudenti domino címmelel küldik neki, és prudens et circumspecte domine amice vagy édes komám uramnak szólítják, s az akkori viszonyokhoz képest vele sűrű levelezésben állanak. Így egy ízben májdaganatról panaszkodik Webernek Szendrő várából írt levelében a hiú szép asszony, *mely miatt az szoknya vallat meg nem szoríthatja*, s kenőcsöt s flastromot kér a maga számára, az urának pedig *két talyér óra kánfort* és olyan *decoctumot, a kiből szal-szaparilás szokott lenni*. S nemcsak orvosi tanácsáért fordulnak hozzá, hanem beavatják apró házi ügyeikbe is: Wesselényi egy Murány várából kelt levelében ezíterra vásárlással bizza meg, miután e hangszert otthon, Murányban nem szerezheti meg, míg Eperjesen hallomása szerint ügyes hangszerkészítők laknak.¹

Azonban halála után alig néhány évre, ennek a tekintélyes s hatalmas polgárnak a családja elpusztul s szertezüllik. Négy fia közül az egyik saját testvéreinek árulása folytán Caraffa vérpadján, felesége a börtönben halt meg, leányai pedig koldulva hagyák el azt a várost, melyben atyuk egykor mindenható volt; s míg a főbíró hajdani gazdagságáról s bőkezűségéről még ma is tanuságot tesz az eperjesi főtemplomnak adott orgona, már az 1698-diki conscriptiban az összes vagyon, mely a Weber család tulajdonát képezi, egy kis lakatlan faház.²

Az *Amuletum*, melyet tárgyalni kívánok, az akkor erősen dühöngő pestis gyógyításáról szól, s mindjárt az előszóban a járvány okaival s eredetével foglalkozik. A kor hite szerint tisztán Isten haragjának tulajdonítja e ragályos betegség fellépését, s oly előzmények után, minőkkel Isten az ő haragját a bűnbe esett emberiségnek tudtára adta, szinte természetesnek tartja, hogy a döghalál bekövetkezett. Nézete szerint tudnivaló, hogy az Isten három eszközzel uralkodik a világon: verbo, minis et virgis, melyeket ily sorrendben alkalmaz az emberekre. Miután pedig hiába intette az emberiséget a bűntől való megtérésre, s a penitentia tartására, hiába mutatta meg esudákkal az ő rettenetes hatalmát; szertelen szélvészeket, menydörgéseket, kösöt, gyakori árvizeket s idétlen havakat teremtetvén az emberek megfélemlítésére, senkit sem lephet meg, hogy a legborzasztóbb fegyverrel, a pestissel sújtja a bűnösöket. Ez a könyv véleménye a pestis okáról és eredetéről. De hát ezen nincs miért megütköznünk, ha mindjárt a XVII. század derekán is nyilvánul e nézet egy sokat fürkészett betegség mibenlétéről; hiszen még e század vége felé is, a kora színvonalán sokban felülemelkedő, tudós s felvilágosodott Páriz-Pápai sem tud e közhit alól szabadulni. Bizony dolog, mondja az ő három kiadást is ért *Pax Corporis*-ában, hogy a mennyiben Istennek ítéleti, egyedül könyörgéssel üzetik ki, és mivel bűnnek büntetése, igaz penitentia tartást kíván.

Ellenben Weber felvilágosodottságáról tesz dicséretes tanuságot, hogy behatóan czáfolja az astrologiának még akkor is elterjedt tévátát; ő jól tudja, úgymond, hogy a physikusok vagy természetvizsgálók állítása szerint a planeták vagy a csillagok a döghalálnak tulajdonképeni okozói, hogy az astrologusok a levegőt, eget és az esztendő forgását *causálják* amaz elfogadott elv alapján: astra regunt homines. De azt is tudja, hogy Isten igazgatja az egész világot s így a csillagokat, planetákat s a szél irányát is, (sed regit astra deus) s ezeknek állásában vagy változásában szintén csak saját akaratát érvényesíti.

Bajos volna azonban azt gondolni, hogy egyedül az istenfélő élet segít a pestis ellen; ez a gyógyulásnak csak fél biztosítéka. Az Istenbe vetett erős bizalomból nem az következik, hogy a helyesen készült orvosságot mellőzzük, mert ez kiegészíti amazt,

1890/91. Levéltári kutatások alapján írt tanulmány, mely hosszasan foglalkozik Weber személyével is, s sok, addig ismeretlen adatot tartalmaz felőle.

¹ Tört. Tár, Budapest 1880. 605—607.

² Latkóczy, i. m. 48.

s Istentől rendelt eszköz lévén, a ki ezt megveti, újabb vétségbe esik. Ezechias királyról is tudva van, hogy betegsége idején állandóan orvossággal élt, noha az Úr megjövendölte neki, hogy életét 15 esztendővel meghosszabbítja.

Ennek megfelelően azután első helyen állnak e könyvben a lelki, s másodikon a testi orvosságok. Azért követi Weber a sorrendet, mert meggyőződése szerint az orvosságnak csak büntetlen embernél lesz foganata, s így a sikeres gyógyítás első feltétele is csak a penitentia-tartás s a bűnből való megtérés lehet. *Noha ez az első eszköz*, mondja e helyütt, *Theologusokra néz inkább, mivel szent írásbeli, mind az által olyan reménységben vagyok, hogy a miatt engemet senki meg nem ítél, hogy azt előtte javallom, és commendálok, mivel a nélkül az orvosság keveset használ.*

A lelki orvosságok természetesen az istenfélő életben s a buzgó imádkozásban összpontosulnak. Úgy látszik azonban, hogy Weber nem igen lehetett ezek hathatóságáról meggyőződve, de még olvasóiról is aligha gondolta, hogy biztos sikert tulajdonítanak nekik. Legalább ezt kell gondolnunk, olvasva azt a roppant halmaz szentírásbeli idézetet s látva azt a jobb ügyszó méltó buzgalmat, melylyel a lelki orvosságok szükségét bizonyítja.

A testi orvosságokat két részre osztja s külön-külön tárgyalja. A mennyiben tudniillik pestis idején az emberek vagy egészségesek, vagy betegek, az orvosi eljárás vagy praeservatív, elővigyázati, vagy kuratív, tehát gyógyító. A kuratív orvosságokkal foglalkozik leghosszasabban, s ez a könyvnek legértékesebb tejezete, a melyből, eltekintve a felsorolt tanácsok józanságától, s valóban gyakorlati irányától, az is bebizonyul, hogy e könyv szerzője, ki két ízben viselte Eperjes város főbírói tisztét, tényleg sok administratív talentummal rendelkezett.

A kuratív orvosságok között első helyen a helyváltozást ajánlja, mint a mely legalkalmasabb a pestis elleni védekezésre. De az akkori fogalmak szerint a járványos vidék elhagyását gyávaságnak és a keresztényi szeretettel ellenkező cselekedetnek bélyegezhették, a miért azután nagy apparatussal fog ez állítások megegyezéséhez. A saját tapasztalata szerint ugyanis először a néptelenebb helyekről távozik el a járvány, s így nem tarthatja a fertőzött helységről való elköltözést sem perditionak, sem desertionak, mert hiszen épen a keresztényi szeretet tana szerint ordinata charitas incipit a se ipso. Azután micsoda felebaráti szeretet is volna az, sorra látogatni a nyavalyában sínylődő ismerősöket s a kórt esetleg családja körébe huzolni; csak a *lisztben helyezett emberek* kötelesek helytállni s ezeknek ajánlja, hogy Isten irgalmában bizzanak. Kivételt képeznek az *úrfiak s ifjú tanácsosok*, a miben egyébként Luther is egy véleményen van vele, hogy arra az esetre, ha az öregek elhalnának, ők *succedálnak* nekik s legyen ki a *közönséges társaságot* igazgathassa. Ennek, a könyv szerint, kivált a háborús időben van jelentősége, mikor amúgy is szűken vannak a tanult emberek s vigyázni kell a meglevő kevésre is, hogy hazájukat szolgálhassák. Hivatkozik Demosthenes aphorismájára, melylyel a járvány elől való menekülését igazolta: *Vir fugicus pestem desmo patriam serviet*. De még az oktalan állat sem marad meg a romlott aérben, hanem tovább vonul; mennyire megszégyenítőbb volna tehát az emberre, a kit Cicero rationis et consilii plenum animalnak tart, ha kevésbé észszerűen cselekednék, mint amaz. S végre hivatkozik Nicolaus Aesclesiusnak a pestis idejére adott három adverbiumból álló hexameterjére: *mox, longe, tarde, ceve, rereve, redi*, a mit Weber, nyilván költői tehetségének erős tudatában, a következő döcögős s rosszul rimelő versben fordított magyarra:

Ez három szó: Hamar, messze, későn,
Pestis ellen orvosságod lésszön.
Hamar elmenj, s messze távozz dügtől
És későn térj vissza, ha félsz attól.

Egy másik praeservatív eszköz: a *Republicában* avagy *közönséges társaságban* való jó rendtartás praktikus s mondhatnám sok tekintetben modern tanácsokat tartalmaz a járvány idejére való hatósági intézkedésekre nézve. Ezzel az *Amuletum* jó szolgálatot tehetett a közügynek, mert annak daczára, hogy a járványok már közel százötven éven át azelőtt is gyakran ismétlődtek hazánkban, a pestis idejére kiadott első hatósági rendszabály csak a XVII. század végére esik, értem tudniillik azt, melyet Collonits bibornok adott ki 1692-ben. Igaz ugyan, hogy az olyanféle

tanácsokat, minők egyebek között e *rendtartásban* foglaltatnak, mint a lakosságnak ájtatosságra való buzdítása, a legényeknek a *czégyeres betyárkodás* és *részegességtől* való eltiltása, megtaláljuk már a XVI. században I. Ferdinánd által kibocsátott Ordo Pestisben is, melyet a bécsi orvosi kar hozott javaslatba azon nyilvánvaló meggyőződésében, hogy a pestissel Isten az emberiséget büneiért sújtja.¹ De vannak benne oly tanácsok is, melyeknek helyességéből és józanságából nem lehet levonni semmit. A lakások tisztántartása, a szemétnak vagy trágyadombnak s ürüléknek a házak tájáról vagy a piacról való elhordása, a mészárosok ellenőrzése, melyeket a jó rendtartás érdekében e könyv szintén szükségesnek tart, a közegészségügy feltétlen követelményei nemesak járványos, hanem normalis időben is, s azóta régen átmentek intézményeinkbe.

Úgy látszik, hogy a hatóságok gondoskodtak is ilyenféle utasításokról, de a végrehajtást vagy ellenőrzést már feleslegesnek tartották, a mi némileg érthető is az akkori mozgalmas időben, midőn megbomlott minden rend s meglazult a fegyelem. E könyv maga is, miután hat lapon át a legbölcsebb intézkedésekre szólítja fel a hatóságokat, egyúttal azzal vigasztalja őket, hogy az engedetlenségen, melylyel biztosan találkozni fognak, meg ne ütközzenek, hanem vigasztalják magukat nyugodt lelkiismeretükkel.

Egyébként a praeservatív orvosságokra nézve Weber Galenusnal tart, ki ezeknek kettős czélt tulajdonít: Emendare videlicet aëris vitia et corpus rite munire, ne intra viscera sua admittat perniciosum hostem. (De diff. feb. lib. I.) Ezt minden esetben a helyes életrend fogja leginkább előmozdítani, míg ellenben a mértéktelenség sok ártalmas nedvességet gyűjt össze a testben. S mivel Galenusnak legfőbb principuma a *σιτισ*, Weber, mint a pergamosi mester tántoríthatlan követője, az életrendhez tartozónak tekinti az étető levegőt, az ételt és italt, az álmot, a testmozgást s még a lelki indulatokat is.

A levegő tisztaságáról azt tapasztalta, hogy az jórészt megakadályozhatja a járványok terjedését, s így szintén védekezésként szolgálhat a pestis ellen. Ezért ajánlja a myrrha, üröm, babér vagy borostyángalyakkal, továbbá a fenyőmaggal vagy a verbascum virágaival való füstölést, melyet hasonló alkalmakkor már Hippocrates is jó sikerrel használt. Másodsorban kerülendőnek tartja a pestises betegekkel való érintkezést, mert e baj, hasonlóan a belpoklossághoz, emberről emberre ragad. Ez a tanácsadás mutatja, hogy Weber teljesen a kor színvonalán áll, mivel csak a XVII. században találkozunk először ama nézettel, hogy a járványok terjedése infectio útján megy végbe.²

(Folytatása következik.)

Moldoványi István dr.

Heti szemle.

Budapest, 1895. márczius 1-én.

Budapest fő- és székvaros egészsége az 1894. év második felében. A tisztí főorvos jelentéséből felemlítjük a következő adatokat. A lefolyt félévben a székes főváros közegészségi viszonyai — leszámítva a himlőnek tekintélyes számban előfordultát — nevezetesebb változást nem mutatnak. A himlő, mely az előző években vagy épen nem, avagy csak néhány esettel, tehát szórványosan fordult elő, a lefolyt félévben tekintélyes számmal lépett fel; 202 betegedési esettel szemben 61 halálozás áll, míg az elmúlt év megfelelő felében csupán csak 1 betegedés fordult elő. Emelkedett továbbá a bárányhimlő, apadt a torokgyík s tekintélyes számmal a hőkhurut és ronsoló toroklob, főleg az utóbbinak halálozási százalékja lényegesen javult. Megbetegedett ugyanis ronsoló toroklobban az elmúlt év II. felében 754 egyén s elhalt 249, a halálozási százalék tehát 34.3, ezen félévben megbetegedett 595 s elhalt 135 egyén, a halálozási százalék tehát 22.6. Cholera-eset a lefolyt félévben nem fordult elő. A főváros összes nyilvános és magánkórházaiiban összesen 37,042 fekvő és 39,402 járó beteg gyógykezeltetett. A kerületi orvosok által 12,001 beteg gyógykezeltetett. Különösen figyelemre méltó megbetegedések a következő arányban fordultak elő: gyomor-bélhurut 1731, tüdővész 344, váltóláz 151, bujakór 173. A heveny fertőző betegedések aránya a következő adatokból tűnik ki: himlő 202, álhimlő 49, bárányhimlő 549, hagymáz 238, vörheny 604, ronsoló toroklob 595, torokgyík 113, kanyaró 1654, hőkhurut 94, trachoma 358. E félévben összesen 5776 egyén halt el: a gyermekhalandóság 31.9%-át képezte az általános halálozásnak. A félév folyamán 9906 született élve, azaz 4356-tal volt nagyobb a születési esetek száma, mint a halálozásiaké. Az elmebetegek közül a lipótmezei országos tébolydában ápoltatott

¹ Demkó. A magyar orvosi rend története. Budapest, 1894. 322.

² Demkó, I. m. 374.

havonként átlag 839; az angyalföldi elmebeteg ápolóházban 338; az irgalmasok elmebeteg osztályán 203; a fővárosi megfigyelő osztályon 108; a Schwartzter-féle ideggyógyintézetben 126. Öngyilkosság 93 esetben fordult elő; ezek között volt lüvés 34, akasztás 20 és mérgezés 16, egyéb módon 23. A Dunából 32 hulla fogatott ki. Ebmarás 27 esetben fordult elő. Vesztett eb nem volt. Orvosrendőri boncolat végeztetett 341, orvos-törvényszéki 98. Lelencz és dajkaságba adott árva gyermek e félév végén volt a fővárosban 629. Ezekon kívül az első gyermekmenhelyben ugyancsak a félév végén volt összesen 355 gyermek. A jótékony intézetek közül: a „József” fiárvaházban a félév végén volt 130 gyermek. Az egész félévben 29 betegedési eset fordult elő köztük. Az „Erzsébet” árvaházban a félév végén volt 105 gyermek. Közülök ezen félévben beteg volt 7. A „Mayer”-féle árvaházban a félév végén volt 67 gyermek. Közülök ezen félévben beteg volt 3. A „Klotild” szerzetesházban a félév végén 59 gyermek volt, köztük megbetegedés 6 fordult elő. A fővárosi „Erzsébet” szegényházban havonként átlag 990 egyén volt elhelyezve, köztük elme- és eskóros átlag 180. A betegedési havi átlag 450-et tesz ki. A közegészségügyi közigazgatás menetében akadály nem fordult elő. Szabályszerű kihirdetés végett ezen félévben 62 orvostudor, 1 állatorvos és 40 szülésznő mutatta be oklevelét. A tisztii főorvosi hivatalba érkezett 9219 hivatalos ügydarab közül elintéztetett 9201. A köztisztaság az V., VII., IX. kerületek főleg külső részeiben tűrhetetlen volt. A ker. tisztii orvosok által beoltatott 3749, ezeken kívül újraoltatott 5284 egyén. A rendőrorvosok által nyilvántartott kéjnök létszáma a félév végén 1209 volt, ezek közül bordélyos 519, magán 589. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen. A székes főváros központi fertőtlenítő intézetében 1921 esetben történt fertőtlenítés. Egyéni fertőtlenítés alatt volt 1936 személy. A lakásokban fertőtlenített tárgyak száma 198.565.

Meghívás a magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyűlésére.

A magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyűlését f. év márczius 22-dikén d. u. 5 órakor a budapesti kir. orvos-egyesület helyiségeiben fogja tartani.

Tárgyak:

1. Titkári jelentések a társulat működéséről.
2. A múlt évi közgyűlés által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság jelentése.
3. A társulati igazgató-tanács egy harmadának megválasztása az alapszabályok 17. és 18. §-ai értelmében.
4. Háromtagú bizottságnak megválasztása a pénzkezelés megvizsgálására az alapszabályok 36. §-a értelmében.

Midőn az igazgató-tanács meghagyásából a társulat t. tagjait ezen közgyűlésre meghívni szerencsém van, egyszersmind megjegyzem, hogy azon tagok, kik a gyűlésen személyesen meg nem jelenhetnek, szavazataikat a titkársághoz (V., sas-utca 16. sz.) írásban is beküldhetik.

A jelenleg kilépő igazgató-tanácsi tagok a következők: helybeliek: Fodor József, Mihalkovics Géza, Navratil Imre, Stiller Bertalan; vidékiek: Boleman István, Genersich Antal, Konrád Márk, Schuster Henrik.

A kilépő igazgatósági-tagok újra megválaszthatók.
Budapest, 1895. február 28-dikán.

Koller Gyula dr., első titkár.

Vegyesek.

Budapest, 1895. márczius 1-én. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. február 10-dikétől 1895. február 16-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 419 gyermek, elhalt 289 személy, a születések tehát 130 esettel multak felül a halálozásokat. Nevezetesebb halál-okok voltak: eroup 1, ronesoló toroklob 3, hökhurut —, kanyaró 1, vörheny 2, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 21, agyvérömleny 9, rángások 14, szervi szívbjaj 10, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 57, tüdőgümő és sorvadás 53, bélhurut és béllob 14, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 3, Brighth-kór és veselob 9, angolkór 1, görvénykór 1, veleszületett gyengesség és alkathiba 22, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 18, erőszakos haláleset 4. — A fővárosi közkórházban ápoltatott e hét elején 2384 beteg, szaporodás 850, csökkenés 813, maradt e hét végén ápolás alatt 2421. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1895. február 18-tól február 25-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt 2), himlőben 4, bárányhimlőben 20, álhimlőben 2, vörhenyben 30 (meghalt 2), kanyaróban 81 (meghalt 1), ronesoló toroklobban 24 (meghalt 1), torokgyikban 6 (meghalt 2), trachomában 7, hökhurutban 2, orbánczban 5, gyermekágyi lázban — (meghalt 1).

— Az orvosi kamarákról szóló törvényjavaslat tárgyában Perczel Dezső belügyminister — mint értesülünk — az Országos közegészségügyi tanácsához intézett leiratában oda nyilatkozott, hogy e tárgyban még nem

foglalt állást, és hogy azon esetben, ha azt csakugyan beterveztendőnek vélné a törvényhozáshoz, beterveztés előtt véleményes jelentéstételre le fogja küldeni a tanácshoz. Valószínű, hogy ugyanily értelemben fog nyilatkozni az orvosegyesület azon felterjesztésére is, mely tőle a javaslatot véleményes jelentéstételre szintén lekérte.

— A diphtheria-ellenes serum február 10-dikétől kezdve áruba bocsátott Franciaországban; 10 km. ára 3 frank, 20 km.-é 6 frank; a gyógyanyagkereskedők 25%-ot kapnak. A párisi újságírók között ezen hír nagy meglepetést keltett, mert a „Figaro” újtján 600,000 frank gyűlt össze a serum előállításának költségeire. Roux most magyarozatát adja az előállítás szükségességének. A serum előállítására ugyanis 100 lovat szereztek be; minden ló évi eltartása 1000 frankba kerül, a kiadás tehát évenként 100,000 frank. A „Figaro” által gyűjtött 600,000 frank évi kamatja pedig csak 30,000 frank; a 70,000 frank deficit tehát a serum eladása útján lesz beszerzendő. Különb is eddig nem kevesebb mint 50,000 adag serumot osztottak ki ingyen, a mi — minthogy az intézetnek egy adag 6 frankjába kerül — 300,000 franknak felel meg. Másrészt a kórházaknak és jótékony intézeteknek ezentúl is ingyen fogja szolgáltatni az intézet a serumot. Mint hírlík, Roux a maga szerény évi 7000 frank fizetéséből évenként 2000 frankot ad a serumelőállítás céljaira.

— A budapesti királyi orvosegyesület február hó 23-dikán tartott rendkívüli közgyűlése szótöbbséggel elfogadta a választmány azon határozatát, mely szerint költségkimelés okából ezentúl nem ad ki évkönyvet, mert az évkönyv túlnyomó nagy részét elfoglaló üléstudósítások a szaklapok hasábjain amúgy is napvilágot látnak. Ezentúl tehát az orvosegyesület csak almanachot fog kibocsátani.

— A IX. nemzetközi közegészségügyi és demographiai congressus — a mint ismeretes — Madridban tartatik és pedig 1897-ben október 11-dikétől 18-dikéig. Hivatalos tárgyalási nyelv 6 lesz, és pedig a spanyol, portugál, francia, olasz, angol és német nyelvek.

— A XII. nemzetközi orvosi congressust, melynek székhelye Szent-Pétervár lesz, 1897-re halasztották.

— Dujardin-Beaumez, a hírneves francia klinikus, a párisi Cochín-kórház orvosa, február 15-dikén Nizzában 61 éves korában gyomorrák következtében elhunyt.

— Galicziában még mindig fordulnak elő cholera-esetek; február 4-dikétől 7-dikéig 7 községből 11 megbetegedést és 7 halálesetet jelentettek be.

— A kolozsvári „Karolina” országos kórházban — mint azt Engel Gábor dr. igazgató kimutatásában olvassuk — az 1894. évben összesen 2555 (1536 férfi és 1019 nő) beteg ápoltatott; egy betegre átlag 24 ápolási nap esett. A halálozás nem egészen 6%-ot tett ki. Sebészeti műtét 621, szemészeti pedig 69 esetben végeztetett. A kórházban elhelyezett egyetemi klinikákon összesen 8292 járó beteg gyógykezelést kapott.

— „Nyiregyháza egészségügyi jelentése 1894. évről” című füzetet állított össze Trajller Soma dr. városi orvosfőnök. A 30 lapra terjedő füzet elűt a szokásos évi jelentésektől, a mennyiben a város aránylag kedvezőtlen egészségügyi állapotának okait is firkészi és azok orvoslására is ad helyenként nagyon figyelemreméltó tanácsokat. Főleg a köztisztaság, az egészséges lakás, a jó víz és jó levegő, a helyes táplálkozás és ruházat, a helyes beteg- és kiseddápólas, a fertőző betegségek elleni küzdelem s a halottak körül dívó rossz szokások, végül az iskolák képezik fejtegetéseinek tárgyát.

— Megjelent és beküldött munkák: *Behring*: A diphtheria-ellenes új szer. Fordította Dömötör Miksa dr. Budapest, Franke Pál bizománya. Ára 1 korona. — *Szontagh Miklós*: Újtátráfűred éghajlati viszonyai. 2. kiadás. Ismertetni fogjuk.

Midőn a nagyközönség figyelmét Unghváry László czeglédi hírneves gyümölcsfa-iskolájának mai számunkban közzé tett hirdetésére felhívánk, különösen kiemeljük, hogy nevezetnél a százezrekre menő mindenféle nemes csemétén felül még mintegy 1.500,000 darab 1—2—3 éves gyümölcsfa-vadoncz van eladásra készen, még pedig: körte, alma, birs, douzein, paradicsom, szilva, prunus-myrobolana, Saint-Julien, besztercei-szilva, eper, saj-meggy, sarga-baraczk, mandula és kökényből.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

„Szt. Lukács-fürdő” részvény-társaság Budapestben.

Uj! Gyógykezelés meleg kénés vízzel: A thermalis zuhanyfürdő!! (Douche massage). Téli kúra az iszapfürdőben, mely a szállodákkal egy épületet képez. Nehéz betegek számára felhúzó készülék külön iszapfürdőbe. Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőkről küld prospectust az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Bosányi Béla dr.

S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: Schulek Vilmos tnr.: Hályog-kicsusztatás horpadtan csonkított lebenynyel és kerek szembogárral. — Grósz Emil dr.: Amurosis toxica. — Szili Adolf tnr.: Egyszerű látóidegsérülések. — Siklóssy Gyula dr.: Adatok a szembéjképléshez. — Irodalmi szemle. — Vegyesek.

Hályog-kicsusztatás

horpadtan csonkított lebenynyel és kerek szembogárral.

Schulek Vilmos ny. r. tanártól.¹

A Heidelbergában tartott 1888-dik évi congressus óta az a törekvés uralkodik, hogy az öregkori hályog műtéveseinél a Graefe A. eljárásából származó kedvező gyógyulási eredmények megmaradjanak, de minél számosabb esetben a szembogár kereksege se esorbuljon. A Daviel-Beer és a Graefe elbánása között ingadoznak a nélkül, hogy általánosan érvényes döntés eddigelé készülni tudna. Csak a választás a tökéletesebb végállapot (a Beer szerinti operálások² után) és a számosabb s gyorsabb gyógyulások között (a Graefe szerinti eljárással) marad meg. Ilyen viszonyok között azonban ki tudná magát véglegesen eltökélni, hogy az egymást kizáró előnyöknek csak egyikéről is teljesen lemondjon?

Miután a Graefe eljárása szerint 10 év alatt megközelítőleg 2000 esetben mintegy 1·5% veszteségem volt, azután a Beer eljárásának Wecker szerinti módosításával 288 esetben $\frac{5}{4}$ év alatt 2·5% veszteséggel operáltam, olyan vegyes szaruhártya-metszésre jutottam, a mely Beernek lebenyével, Weber Adolfnak vájult sebvonalát egyesítette. A magy. tud. Akademiában 1892. február 15-dikén felőle tett közlés még csak általános értelemben történt. Azóta eljárásomat szélitiben alkalmaztam, részleteteit szorosabban megalakítottam, a műszereket a külön igények szerint idomítottam és holt tetemen hályog-metszés-kísérleteket tervszerűen végeztem. Ebben közel három év eltelt.

Midőn eljárásomat most összefoglalva leírom, azt egyrészt az önigazolás szándékából, de másrészt azért is teszem, hogy a szaktársakban gondolkozást keltsek a fölött, hogy a választásnak mostani nehézségeiből olyan kijutás nem volna-e lehető, a mely, ha talán nem is épen az általam gyakorolt eljárásnak változatlan elfogadásában, de legalább a Weber Adolf eljárásából a vájult sebvonal elvének az első helyre tevésében állana. Minthogy egyszerű metszéssel, a mennyire már eddig is látható, minden követelésnek eleget tenni nem lehet, talán a vegyes metszéseknek valamilyen alakja az összes érdekeknek kiegyeztetését megadhatná. Én a Beer lebenyébe Weber vájult sebvonalát beleillesztettem és elbánásomat a következőkben leírom.

Rendes műtévesi eljárás.

1. A szaruhártya metszése.

A műtevő az ágy szélén a betegnek jobboldali hónaljában ül és a résnyitót (apertor) beilleszti. Ez a műtéves teljes befejezéseig benmarad. Azután a szemgolyót a szemállítóval alul a sugártájon megfogja.³

Ez a műszer redőt nehezebben fog, mint a különben használtak, mert fogai kevésbé behajlók. Néha a másik kézzel

¹ Előadta a m. t. Akademia III. oszt. 1894. okt. 22-dikén tartott ülésében.

² Valamint minden ezen operálás typusát követő eljárások után. A továbbiakban is mindezeket fogom érteni, ha röviden a Beer eljárásáról beszélek.

³ A szemállító (fixator), valamint a többi műszerek, melyekre e munkálathoz hivatkozás lesz, leírva és leképezve vannak az „Orvosi Hetilap”, „Szemészet” 1893. évi 1. számában, szintúgy a m. t. Akademia math. és term. tud. Ertesítőben XI. kötet, 1. füzet, 90—97. lap (1892).

is segíteni kell. A mit fogott, azt azonban a véglapokon levő függélyes rovatolás segélyével annyival biztosabban tartja. Véredényeknek berepedését nem okozza és a szemnek ezen helye utólagos helyi ingereltséget alig mutat. A fogó térdjét laposan oldalra fektetni lehetvén, a szemgolyóhoz az arc síkjában szabadabb hozzáférést enged.

Most a szaruhártya metszés következik. A sebkészítőt (persector) harántvonalban, mely a felső szaruszél alá 4 mm.-nyire esik, a halántéki szaruszélről az orroldali felé a szemesillag síkja előtt laposan átvezetem. A kiszúrás elérése után a kést ugyanazon síkban mintegy három fűrészelő mozgással 2·5 mm.-nyi magasságra felvezetem és itt 90°-nyi fordítással meredekre állítom úgy, hogy a kés háta az inhártya-segélyre támaszkodik, éle ellenben előfelé néz. Most mindenekelőtt az élnek a felszálló sebvonalak felső végein a szövetbe kapaszkodását könnyed haránt meghúzással biztosítom, azután további (legjobb három) meghúzással a pengét, azon közben, hogy a lapot a szaruhártya közepe felé is nyomom, a szem felszínére kihúzó.

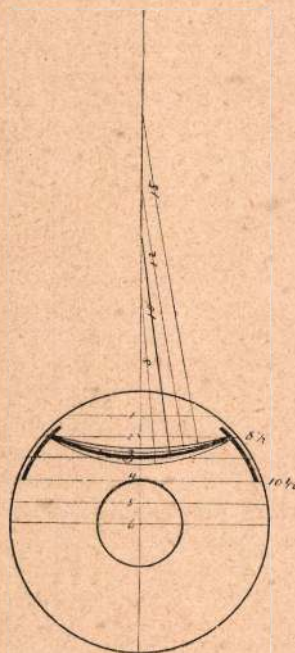
A harántmetszés megtevése közben látni lehet, hogy a kés éle a két oldalról a középvonal felé mint halad, mialatt a lap egyenletesen mélyebbre siklik és a keletkező vájult harántívnek legalsóbb pontját eléri. Ezzel a kés szabadabbá is lett.

A használt műszerek alakjának indokolása a történekből magától következik. Mert a szemállító az alatt, hogy a kés saját lapja szerint elszorul, az ellenállást szabályozni és a szemgolyóknak minden ingadozását akadályozni tartozik. Ezen célra van függőleges rovatokkal ellátva. A sebkészítőnek a mellső csarnok felső hatodában, tehát 2 mm.-nyire a felső szaruszélétől forgathatónak lenni kell, a nélkül, hogy szövetet zúzzon, tehát nagyon keskenynek, így tehát rövidnek és erős háttal bírónak is kell lennie.

A szaruhártyának átkeresztzése legjobban a szemesillag felső szabad szélének magasságában történik, ha a szembogár átmérőjét 4 milliméterben számítjuk. A ki- és beszúrás a szaruszegély szélességében tetszésszerinti helyen lehet. Ezen seb sajátosságos, majdnem téglányalakú tátongásában (melyről még szó lesz) a lebenyalap hosszúságának ezen $\frac{1}{2}$ mm.-nyi különbsége jelentéktelen. Még az oldali részeken oly rézsütös (mintegy 1·75 mm. mély) sebesatornák és a belső sebnylásnak ennyivel kisebb társága sem csökkentik a tátongást lényegesen. A két átszúrás szabályos helyét különben a szaruhártyagyűrűnek belső határát vettem, hogy minden vérzés elmaradjon. Néhány kísérlet a külső határon átszúrni, a tátongásnak igen csekély növekedését eredményezte; az oldali sebrészekben kötőhártya-lebenyeknek megkísérelt képezése viszont a sebzárásban kézzel fogható előnyt nem adott, de a műtétel lefojlyásának szabatoságát csökkentette.

A késnek a harántmetszéshez átfordítása nem pontosan az oldalt emelkedő sebvonalak legfelsőbb zugaiban történhetik. A kés ugyanis a saját szélessége és a szemburkoknak feszülése szerint a fordításkor valamicskét lecsúszik. A lebeny magasságából ez által mintegy $\frac{1}{2}$ mm. kárba megy. Azonkívül a jelzett helyeken egy kis feles alávájulás is marad. Csak-hogy ez a felső sebszélnek engedékenységét növeli és ezen az úton a hályogkicsusztatásnak egészben javára jut. A kést a fordítás alkalmával erőszakosan a sebzúgokba szorítva tartani nem hoz előnyt. Könnyed visszatartása a magaslaton, míg a harántmetszés helye megrovatolva és az él az új állásban fogva van, teljesen elégséges.

A seb harántrésze homorú és meredek szélű. A homorulás foka sok tényezőtől függ. Ilyenek: a szaruközéptől való távolság; a burkok petyhüdtisége; a szövetek simulékonysága¹; a szemgolyónak libegése; a késnek keskenysége és kifogástalan köszörültsége; a szaruhártyának a közép felé épéleteleg előforduló megvékonyulása is valószínűleg; az inhártya-gyűrűnek engedékenysége; a szemgolyónak fokozott hosszúsága (myopia) és különben egyenlő körülmények között leginkább a kés lapjának a képződő alsó sebszélhez nyomása. Az ív a szaruhártyaszél hajlatánál mindig laposabb legyen, tehát ne rövidebb mint 8 mm. és ne is hosszabb mint 15 mm. sugárral bírjon. A 12 mm.-nyi legjobban megfelel. Mint a mellékelt ábra mutatja, az ezen méreteken belüli ingadozás a sebalakra vonatkozó czélelleses vagy nagyon szembeötlő különbségeket nem ad. Ha az ív közép részével nagyon lejutna, ezzel az a hátrány járna, hogy a sebvonal az oldaltos forduló helyeken is hirtelenebb módon megtörve alakulna és hogy a szélen lévő két csücsök e miatt rosszabbul illeszkednék. Ezzel pedig a sebgyógyulás biztonságban veszítene és a hajlamosság a seb felrepedésére fokozódna.



A lebenyék méretei a következők: az alap = $10\frac{1}{2}$ mm.; az oldalsó emelkedés = 2 mm.; a behajló megcsönkítés = 1 mm., még pedig egy 12 mm.-nyi sugárgörbüléssel bíró körnek $8\frac{1}{2}$ mm.-nyi hosszú darabja;

a homorú ív negatív csücspontja a felső szembogárszéltől 1 mm.-nyire és a felső szarugyűrű alá 3 mm.-nyire, vagyis a szarugyűrű szélességének leszámításával $2\frac{1}{2}$ mm.-nyire esik. Az oldali meghajlás helyein a zúgok, még pedig az őket képező hajlott vonalak helyett a megfelelő köríveknek húrjai szerint és így egyenes vonalakkal határoltának számítva, 115° — 120° szögnyílással bírnak.

Ezen méretekkal a sebnak mintája teljes. A meghatározott mértékektől kisebb eltérések kár okozása nélkül bizvást lehetők, de ha változtatásokra vetemednénk, a tényezőknek összejátszását figyelembe tartani kellene. A következők a meggondolni valók.

Mindenekfelett a szembogárnak kerekességét biztosítani kell. Ezen feladat teljesítése az ív horpadt csücsának a helyét, mely a szemcsillag szélétől se nagyon messze, se hozzá túlságosan közel nem lehet, már meghatározza. A sebzáródás viszont követeli, hogy a két oldalti csücsök minél kevésbé hegyesen alakuljon. Hogy ennek eleget tegyünk, az oldali sebrészeknek túlmagasra emelkedni nem szabad, nehogy a harántívet azon czélből, hogy ez mégis a szembogár széléhez közeledhessék, nagyon bemélyedten alakítani kelljen. A mit ha tennénk, az egyszermind hegyesebben alakuló csücsök a sebzáródást rosszabbítanák. A hályog könnyű kifejtése a felszálló sebrészeknek elégséges hosszúságát követeli. De mivel ezek felső végét az előbb említett igények már megállapítják, csak alsó végük, tehát a lebenyék alapja jöhet tekintetbe, ezt pedig a sebzáródás érdekében nem sokkal lejjebb és a lencse könnyű kijutása érdekében nem is sokkal feljebb helyezni lehet. Minthogy az ívhajlástól a szemcsillag kiméltése, a csücsköktől a sebzáródás foka, az oldalti metszésektől a hályog kibontakozása leginkább függ, a három tényező tehát egymásba játszik és egymást feltételezi: ezért egyiket sem lehet változtatni a nélkül, hogy az összes hatás megmúljon.

Némi módosítás az alapon és vele összefüggőleg némi változtatás a többi tényezőn azért mégis rendelkezésre áll. Ha

a tátonást többnek kívánják, a Beer lebenyének illetékét, és ha jobb sebzáródást követelnénk, viszont a Weber hajlott ívnek illetékét túlsúlyba hozni kellene. Egyszermind az alapot a szemcsillag szélének a felső lencseszélhez való viszonya szerint választani kellene. Általában ha az alapot feljebb helyezzük, a lenesét kevésbé buktatni kell, míg ha az alapot alábbra tesszük, viszont a szemcsillag kibukása jobban kikerülve van.

Bőven tett tapasztalások szerint változtatások dolgában a következő határok között mozogni lehet. A harántív legmélyebb pontja a szaruhártya tetőpontja alá 2 — $3\frac{1}{2}$ mm.-nyire juthatna. A harántív hossza, mint egy körívdarabnak húrja, 7 — $9\frac{1}{2}$ mm. lehetne. Az oldali zúgók szögnyílása 110° — 125° -ot tehetne. Az oldalmetszések hosszúsága $\frac{1}{2}$ mm.-ben változhatnak. A lebenyék alapja $\frac{1}{2}$ mm.-rel feljebb vagy lejjebb eshetnek. Ezen adatok azonban nem azt akarják mondani, hogy értékük erejéig akár milyen csoportosításban elfogadhatók lennének, hanem csak a határt megjelölni akarják, melyen túl felhasználhatót találni már nem lehet, ha valaki ezen műtévi minta szerint javításokat vagy egyes esetekhez illesztéseket tenni akarna.

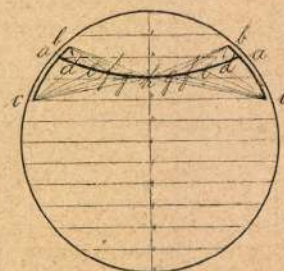
A lebenyék vájultas megcsönkítése a mellett, hogy a sebesatorna meredeken alakul, olyan jelenség, melynek létrejövése megfajtást kíván. Én a metszést a következő physikális alapon végbemenőnek képelem.

Harántul és mérsékeltlen megfeszített kötél, ha egy helyen emeljük, szögben megtört vonalat mutat. A kötél a megfogott helyen kevésbé emelhető, ha az a végéhez közel esik. Minél inkább a közép felé eső helyét fogom, annyival jobban emelhetem. A középben magán az emelés lehetősége a legnagyobb. Ezzel párhuzamban az emeléssel történő szögbehajlás is annyival hegyesebb, minél inkább a közép felé eső helyet fogtam. Ha ugyanilyen sorrendben a kötelet a megfogás helyett alája esusztatott bottal emelem, a kötélnak oldalsó részein a bot a függőleges emelkedésen kívül még mellesegesen a közép felé menő oldali eltolódást is szenved, ha ugyanezt szándékkal nem akadályozom. A bot ugyanis magától a csekélyebb ellenállás irányára szerint, tehát részütosan fel és a középfelé siklik. Kés, melylyel nemcsak emelni, hanem be is metszeni akarnánk, ugyanazon útat venné, a nélkül, hogy az élnek meredek tartásával felhagyni kellene.¹ A magasba emelkedéshez járuló oldali elmozdulás annyival jelentékenyebb, minél közelebb a kötél végéhez vagyunk, minél hosszabb vagy lazább a kötél, minél erőszakosabban nyomulunk előre és minél szándékosabban segítjük elő a kés lapjának eltolását (bár az él fordulását megakasztjuk).

Ezen physikális folyamatból az alkalmazás az ellenállásra, melyet az átvézetett keskeny késnek a hajlott ív képezésénél leküzdeni kell, legegyszerűbben található, ha elképzeljük, hogy a szaruhártya szorosan egymás mellett fekvő kötelek rendszeréből áll, melyek a kés élének útját vágják.

Ezekben a kés a szerint, a mint a két oldal felől a függőleges középvonalig halad, akadályra talál. Ez tehát akadály a szaruhártya illető helyének szélessége szerint. Ennek megfelelőleg felülről lefelé feszített köteleket kell képzelni, melyek az oldalokról a középvonal felé menő irányban kerülnek átmetszésre. Továbbá a kés hátulról előre és a felszínre haladásában még egy másik akadályra is talál. Ez pedig akadály a szaruhártya vastagsága szerint. Ennek megfelelőleg viszont felülről lefelé feszített köteleket kell képzelni, melyek hátulról előfelé menő irányban kerülnek átmetszésre, még pedig ezekből is legelőbb a szaruhártya szélén és legutóbb a középvonal táján levők.

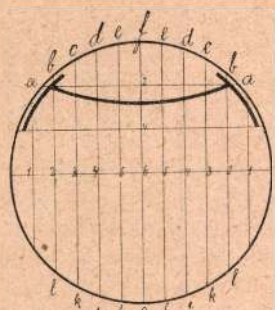
Az elképzelt kötelek első sorozatát a mellékelt rajz érzékíti. A kés a -nál bevág; a bc vonal szövetében oldali akadályra talál. Ez a bc vonal



¹ Egyéni különbségek a szaruhártyaszövet ellenállásában minden műtévi gyakran és határozottan érzésbe jutnak, midőn a szaruhártyán szuró- vagy metszőeszközzel áthatol.

¹ Sőt még az ellenkező oldalra is elfordítani lehetne, csak hogy a mozgási összetevők eredőjének kevesebb mint 90° -ával, hogy bemetszés általában még lehető maradjon.

azonban oldalról mind lazábban ellenálló kötelek, illetve szöveti zsinegek egész rendszerének közös alapját teszi, mely kötelek (zsinegek) itt a *bde*, *bec*, *bfc*, *bge* és végre *bhc* vonalak által képviselve vannak. A tovahaladásban a kés mindjobban a még előtte levő (laza kötelekként) mind hegyesebben eléje álló szöveti hurkok közepe felé csuszik. A kés, mely *a*-nál berovatolni kezdett, tehát mindakét oldalról *defg* utat veszi, *h*-nál mint a hajlott vonal legalsó pontjánál az utolsó akadályt legyőzi és kiszabadul.



Az elképzelt kötelek másik sorozatát az ide ígatott ábra mutatja. A kés *a*-nál bevág. A *bl* és majd folytatólag *ck*, *di*, *eh* és végre *fg* vonalak szövetében maga előtt akadályra talál. Ezen vonalak azonban egyenlően feszülő, de a két oldalról a középvonal felé hosszúságban növekedő szöveti zsinegek (hasonlóan az álló módon kifeszített kötelek sorozatához) egész rendszerét alkotják, melyeken a kés azoknak közepe felé, tehát itt lefelé, azon arányban csuszik,

melyben ezen szöveti zsinegek a középvonal, tehát itt *fg* felé hosszabbodnak. A kés, mely *a*-ban bevágott, így mindakét oldal felől azon utat veszi, mely ívszerűen lefelé hajlik, a függőleges középvonal legmélyebb pontjában az utolsó akadályt leküzd és szabadon kijut.

Azt, a mit itt a két vonalrendszer alakjában külön-külön előadtam, természetesen mint egyidőben történőt és a kölcsönhatásban egymással összegeződőt kell képzelni.

Ezen tényezők kölcsönösségének egyik bizonyítékát abban is találhatom, hogy az ívhajlatú vonal a középvonalhoz részaránytalannul alakul, ha a metszés az oldalakról a középvonal felé nem egyenletesen, hanem az egyik oldalról inkább mint a másiktól halad, mert a késnek vagy szabad végét, vagy sarkát erősebben húztuk: az *iv* a legutoljára átmetszett helyen lesz legbehajlóbb. Ha pl. sarkát inkább előre húzzuk, a vájulat legmélyebb része a függőleges középvonaltól orrfelé esik. Ezen metszések, mint a késvezetés rendellenessége, már klinikai szempontból is figyelemre méltó, de elméleti következtetéseket is megenged.¹

A sebvonala azon részén, mely a lebenyt lecsontja, a homorulat foka, mint már tárgyaltam, több tényezőtől függ.

Ezekből a műtevé csak az egyiket, a kés lapjának nyomását kormányozhatja teljesen. A többi az előzetes kiszámítást elkerüli, a metszés képezésénél befolyását azonban érvényesíti és csak a majd meglátható eredményen válik mérhetővé.

Milyen erősen kell tehát a lapot megnyomni? Eltekintve attól, hogy műveleteknél az izomerőt, melynek alkalmazása szükséges, határozott számokban egyszerűen kiszabni nem lehet, itt már csak azért is, mert a tényezők többje előre meg nem ítéhető, a felvetett kérdésre feleletet adni csak annyiban lehet: hogy a homorulat ugyanazon fokának elérésére a lapnyomás erősségének különböző esetekben különbözőnek is kell lenni; hogy azonban az izomerőnek, milyen a szorgólyon végezett egyéb műtéveknél szükségessé válhatik, ugyanolyan lépesőzésein belül mindig kielégítő választás akad. A holt fejről vagy állatszemekekről vett mérték egyenesen át nem vihető. Az eredmény különbözőségéről, mint a hogy az az erő kifejtésnek akaratlan ingadozásaihoz származik, különben a fentebbi három ábra elsője megközelítőleg tájékoztat. Belőle meglátni lehet, hogy a sugárnak 8—15 mm.-nyi különbözőzei, tehát az izomerőnek olyan különbségei is, melyeket még biztonságossággal megérezni lehet, az *iv* képezésében olyan nagy elté-

réseket nem okozhatnak, hogy általuk a műtevé terve aggodalmas módon megzavarást szenvedne.

Minthogy több mint egy késhúzást teszünk, a lapnyomás az egyes eseten belül is ingadozhatnék és az *iv* nem egységes sugárral képződhetnék. Sőt a sebszéléken lépcsők is könnyen keletkezhetnének. Meg kell engedni, hogy ez az elvárás elméletileg nagyon jogosult. De az ilyen sebvonalak egyszerű megfigyelésekor ilyen rendellenesség durva alakban alig valamikor tűnik fel és az előforduló szabálytalanságok inkább csekélyebbek, mint az a sok kisebb fajtájú eltérés, mely az uralgó eljárásoknál a metszés készítésében olyan sokszor és mégis ártalmatlan módon előfordul.

Az ívonal alakja felől a megoperáltak szemén számszerűen meghatározásokat legtöbbször csak megközelítőleg lehet tenni. A sebvonala hosszát mértékkal leolvasni ugyan lehet, de a sugár meghatározása körzővel csak libegő módon, tehát bizonytalanul tehető. Én különböző sugárral (6—20 mm.) 8 mm. hosszú körív-darabokat egyenként külön lapokra rajzoltam. Ezeket a metszéssel az operáltak szemén összehasonlítottam. Így 1 mm.-nyi különbséget a sugárban megítélni könnyen lehet.

A metszésnek a szemfényen végezése közben a szemcsillagon bemetszés vagy egyéb megsértés ne történjék. Ilyen veszély csak a kés átvezetések és a metszési művelet első felében forog fenn. A kiszúrás helyét az egyéb szemműtétekből ismert körültekintéssel kell elérni. Azonban figyelmet követel, hogy miután az átszúrás vonala a felső szaruszél alá 4 mm.-nyire esik, még duzzadt állapotban levő hályognál az előrehajlott szemesillag a sima késvezetést lényegesen nehezíti, sőt egészen meg is akaszthatja. A felszálló metszések végezésekor a csarnokvíz rendszerint már megapad. Hogy a csarnok nagyon sekélyé ne váljék és miatta a szemesillag a kés élére ne tolokodjék, e mozzanatban főgondot ad. Az útnak ezen 2·5 mm.-jét habozás nélkül kell megtenni. Azontúl az említett veszély már nem fenyeget, mert a kés fordításával az él a szemesillagtól 90°-ban elfordul. A csarnokvíz ekkor rendszerint teljesen kibugyog ugyan, de a továbbiakra azontúl egészen is nélkülözhető. Ha azonban a szemesillag szövete, talán már a kés fordítása előtt, az élhez nyomult vagy éppen reá göngyölgött volna, a sima szabadulás a kés fordítása által még mindig lehető marad.

A szemesillag megmetszésének veszélye e szerint éppen nem nagy. Különben még inkább kerülhető, ha fenyegető esetben a következő műveletet végezzük. A 2·5 mm.-nyi felszálló metszést aggodás nélkül végrehajtsuk, a szemesillag a legrosszabb esetben egyelőre a kés élére és lapjára csak redőként todul. A helyzet kényessé csak a kés fordításakor válik. A fordulást megtegyük és döntésre hozzuk, hogy az él szabadon elmozdulni még tud-e és a feléje csapott szemesillag-redő sértetlenül visszamarad-e, vagy hogy az utóbbit a kés élé magával viszi-e. Ha magával viszi, akkor a metszésnek egyszerű folytatása esetében menthetetlenül megvágódik. Ha az él a szemesillag szövetét a fordításakor el nem eresztí, akkor a kést előbbi lapos helyzetébe visszafordítsuk, hátával elől haladva, laposan lefelé csúsztassuk, még pedig egészen az átszúrás vonaláig, itt azután a kést újból hátára fordítsuk és most oldalával előfelé haladva, a fenti felső állásba visszavezessük. E második felszállásnál a kés a szemesillagot az útból maga kitolja. A haránt kimetszést azután a szemesillag szövetének s késélre tolokodása nélkül teljesíthetjük. Más módon eljárni úgy is lehet, hogy a késsel a felső állásban ugyan megmaradunk, de teljesen lefordítjuk és most felül levő hátával a szemesillagot félretoljuk. Ha ennyire vagyunk, akkor az előbb félkörben lefordított kést már csak negyedköríves fordulással a műtétel bevégezéséhez szükséges meredek állásba visszaforgatjuk. A haránt kimetszésben ezentúl a szemesillag részéről akadályra nem találunk.

Ez a helyzet, mely a csarnokvíz korai elfolyása daczára a szemesillag épenmaradására olyan kedvező, azt is lehetővé teszi, hogy a sebkészítő alakításában egyéb előnyök kedvéért az egyszerű ék formára visszatérjünk. Háta oldali leköszörülések által megkeskenyítve nincs és ez nemcsak szerkezeti,

¹ Ezen fejtegetések a vájult sebvonala és meredek sebesatorna létrejövéséről a „hályogmetszés kísérletek”-ben közölteteket (l. „Orvosi Hetilap”, „Szemészet” 6. sz. 1894. decz.) kiegészítik és a sokféle módosításban vázolt metszéseknek ott még hiányzó magyarázatát pótolni törekvésnek. Az „Apotomia iridis”-ben foglalt levezetésekkel (l. „Orvosi Hetilap”, „Szemészet” 1893. febr. 1. sz.) is egyenes összefüggésben vannak. Hogy minden következtetés kifogástalan és kimerítő-e, mások megítélésére kell hagynom.

hanem műtévesi szempontból is számba jön. Ugyanis midőn a harántmetszéshez fogunk, az alapra biztosabban és ártalmatlanabban támaszthatjuk. Ez az előny a csarnokvíz korai kifolyásának hátrányát, mely mint mutatva volt, úgy is csak látszólagos, túlszárnyalja.

Ezen eljárásnál ugyanis más hályogműtévekkel szemben az átszúrásához az egészen rendes mélységű csarnok szükséges ugyan, de a műtétel további menetében hamarabb nélkülözhető, mint más elbánásoknál.

Ha a szemesillag megmetszéséből a csarnokba vérzés eredne, ez a toknyitást zavarná. Az utóbbi érdekében a szembogarat a vértől mentessé tenni kell. Egy esetleg a szemesillag szövetébe okozott külön nyílás zavaró kettőslátást nem okoz.¹ Ha a metszés végezése után a szemesillag a sebbe szorul vagy belőle kilóg, visszaterelni kell.

Az oldali két sebszél készítésében netalán támadó kisebb részaránytalanság a műtéves további menetelére vagy a gyógyulásra nevezetesebb akadályt nem tesz. Csakhogy a hályog kibontásakor a rézsütos sebtátongást megfelelő módon számba venni kell. Az oldali metszések nagyobb különbségeit, különösen ha valamelyik a 2 mm.-nél jóval rövidebb volna, kiegyenlíteni kell. Egy ollócsapással a kellő hosszabbítás megadható.

2. A tok megnyitása.

A művelet abban áll, hogy a melülső tokból minél nagyobb darabot kitépünk.

A tokfogót² esukott állapotban felülről bevezetjük, a szembogár területében szélesen megnyitjuk, gyengéden a melülső tokra nyomjuk és egy határozott megnyomással összecsuksuk. Az ilyen módon megragadott tokdarabot rövid, erélyes rántással előbb lefelé tépjük, azután oldalsó mozgásokkal folytatólag leszabadítjuk és végre felfelé a szemből kihúzzuk.

Ilyen módon nagy tokdarabokat eltávolítani lehet, a melyek legalább is a szembogár területének megfelelnek, gyakran a melülső toknak legnagyobb részét, sőt néha azt egészen felölelik. Kéznel tartott üvegedényben a vizen úsztatni és mindjárt megítélni lehet, hogy a kitépelt darab milyen nagy és milyen természetű.

A lefelétérés különösen alkalmas a felső összefüggés szétválasztására. A lefelétérés a tokdarabnak olyan kedvezőtlen alakulását, hogy az a fogót a sebbe szalag alakulag kövessé és a szemesillagot kifordítsa, szintén megakadályozza.

Ezen elbánás mindazon műtévekbe, melyek kerek szembogárra törekszenek, tehát a Beer-félébe is átvehető volna.³ A melülső toknak kitépését, illetve eltávolítását ugyanis hátrány nélkül gyakorolni lehet. A mennyiben ez ellen alapos kételyek felmerülnének, az elbánásnak további megjavítását kigondolni kellene. Mert a hályog eltávolításának eszméjébe a remény is befoglalva van, hogy minél nagyobb tokdaraboknak eltávolítása a végállapotban előnyként érvényesülni fog.

Hogy tokdarabot megfogtunk, az ellenállásból, hogy a betérés megkezdődött, az ellenállás hirtelen megszűnéséből megérezhetjük. Ha a felső részen a beszakadás megkezdődött, az oldali folytatólagos leválasztást izomérzésünk már nem itéli meg. Hogy a tok szövetének szívósságában esetenként különbségek vannak, a gyakran műtéveket végező hamar kétségtelenül tapasztalja. Ha a meredek sebszélek a csarnokba jutást nehezítik, a tokfogót függőleges tartásban a szélről a közép felé tolni lehet.

A lefelé rántást gyorsan tegyük. Minthogy 1 mm.-nyi kitérés ritkán elegendő, azt 2 mm., sőt esetleg 3 mm.-re is növelhetjük. Ekkor a fogó végei az alsó szembogárszél mögé kerülnek. A szemesillag szövetének a szaruhártyához lökését azonban kerülni kell, a mi némi vigyázattal sikerül is.

A fogó alakjánál fogva karait a tok minél nagyobb darabjának megfogása kedvéért oldalvást a szemesillag alá

esusztatni és végeit akár nyílt, akár esukott állapotban az alsó szembogárszél mögé tolni lehet. A száruk e czéltől vastagabban mint egyéb szemesillag és tokfogókon készültek. A fogak rézsütosan és e szerint hatalmasabban markolnak a tokba. Irányunk a szemesillaggal ellenes, úgy hogy ezt nem sértik. Hogy a fogó térdhelye a szemesillagot be ne esípheesse, a száruk mentén esukás alkalmával is üresség marad.

Ha a szemesillagot a térdhelyel mégis megfogtuk volna, azon választás előtt állnánk, hogy ismét nyissuk és újabb esukás alkalmával a tokot valószínűleg már kisebb terjedelemben megfogjuk, vagy hogy a meghúzást folytassuk és a szemesillagot súlyosan sértsük. Az utóbbi veszély azonban nem feltétlenül áll fenn. Mert a szemesillagredőt a térdel épen csak a sebből kiemelni (és idáig szövetét komoly sértés nélkül csak nyújtani), azután az orrmányt szögfordítással ugyanazon magasságba hozni lehet, úgy hogy mind az, a mit fogtunk, a seb felett harántvonalba hozva lóg. Ha most egy második fogóval az elsőnek orrmánya alá nyulunk és a tokot a szemesillagredőnek kerülésével amabba átvesszük, végre az első fogót levesszük, a szemesillag kiszabadul. Ez az elbánás kárt nem okoz.

Ha a tok megfogásakor a lencsét túlerősen megnyomjuk és a sugáröv nem is szakad be, hanem csak nyulik, a sugártest mégis megrándul. Ezzel pedig a szembogárnak visszahajlás útján megszükülése jár. Minthogy a fogó is ugyanekkor teljes esukását megkapja, a veszély, hogy a felső szembogárszél becsipjük, különösen nagy. Ezt a lehetőséget előre lássuk és tőle óvakodjunk. A szemesillagszél más helyein ilyes veszély nincsen, mert a szövet az orrmánynak aránylag vastkos szárai fölött elesúszhatik, fogai pedig a lenese felé néznek és így nem sérthetnek. Ha azonban a szemesillagot mégis a fogónak végeivel becsiptük, ezt idejekorán felismerni, szabadon eresztetni és a tokot újra fogni kellene. A tokdarab kihúzását ezeknél fogva mindig óvatosan tegyük. Amennyivel inkább, mert ok a hirtelen elbánásra nincsen. Ha a felfelé húzást oldali mozgásokkal összekötjük, az ügyállás biztosabban megítélhető és a még csak leválásban levő tokdarab esetleg terjedelmesebben alakítható.

Ha a sebből kijövő tokdarab igen nagy és vége az alatt, hogy a fogó orrmánya már kijutott, még a sebben feszül, egy másik fogóval harántul az első alá nyulhatunk — a szemgolyó fogását ez alatt bizvást félbeszakíthatjuk — és vele a tokdarab folytatólagos részét leszakadás és visszastílyedés ellen biztosíthatjuk. A két fogóval kedvező esetben hasonló módon járhatunk el, mint a hogy hosszú kötelet nyílásból két kezünkkel váltakozva kihúznánk.

A tokot a maga helyében megnyitni szintén jól lehetne. Csakhogy sem a Graefe tokhasítóját, sem Arlt hegyes horogját használni nem lehetne, hanem a Beer vagy a Rosas hályog-tűjét elővenni és oldalról rézsütosan bevezetni kellene.

A esukott tokfogóval szükség esetén a szemesillagot is a szembe visszasimíthatnók, csakhogy ezt legtöbbször a lenese-kieresztés utánra hagyhatjuk. A sebszélek közt a tokfogóval a toknak csücskei után keresgélni igen jól lehet: a szár-vegeket kevésbé nyitott állapotban, hol függőleges, hol vízszintes tartásban a sebszélek mentén vezetőnek és helylyel-közzele esuknók, nyitnók.

3. A hályog kicsúsztatása.

A hályog a sebbe csak úgy juthat, hogy tengelye körül fordul. A szemesillagot 1—2 mm. szélesen útjában találja. A hályogot alulról buktatjuk és toljuk, a míg felülről ellennyomást gyakorolunk.

A szemállítót laposan a szemgolyóra áthajlítjuk, a szemgolyót lehetőleg leforgatjuk (mert fenn az inhártyán az egyenlítőig kell hozzáférköznünk) és a műszert azontúl a segédkezőre bizzuk.

A műtéves a hályogtolót (expulsor¹) a szemfény legalsó részén a halánték felől harántul odatámasztja. Ugyanekkor a seb felett fent a seblapátot (adlator²) az inhártyára illeszti,

¹ és ² Lásd: az i. h.

¹ Mint kimutatni igyekeztem: „Orvosi Hetilap”, „Szemészet” 1882. 3., 4., 5., 6. sz. és ezen közlések alapján németül: Graefe's Archiv f. Ophth. 1882. 28. k. III. r.

² L. i. h.

³ Csakhogy a fogónak az elbánás részleteihez illő alakot adni kellene.

mi mellett annak nyele meredeken kiáll. A homlokra támasztott kéz igazgatja.

A hályogtolónak domború oldalával alul a szemfényt benyomjuk azon célból, hogy az alsó lencseszél az üvegtesthez szoruljon és a felső lencseszél előre emelkedjék. A seblapáttal tett ellennyomás célja pedig, hogy az alulról felfelé szorított üvegtest ne egészen az egyenlítőig kitérhessen, hanem a felső lencseszél mögött torlódjék és ezt előfelé fordítsa.

Egészben az alsó nyomás cselekvő, a felső szenvedő, azaz ellenálló, és így az előbbi erősebb legyen. Esetleg egymás ellenében libegtetés, de mindig az egymással ellentétes nyomások hatásának figyelmes számbavétele szükséges. A kétféle nyomás azonban nem a szegély felületéhez közel eső síkban talál egymásra, hanem az üvegtest mélységében, körülbelül az egész szem központjában ütközik egymásba. Az alsó műszer mintegy 1—2 mm. a szarugyűrűn belül van és itt gödröt nyom. A felső műszer a szemfényt gyűrűjén kívül van annyira, hogy még 1—2 mm. szélesen szabad inhártya látható marad; gödröt alig nyom, inkább csak az inhártyát meg lapítja. Fontos, hogy a felső műszer a felső lencseszél emelkedésében ne gátolja, hogy tehát a nyomás a lencseszél mögé találjon. Ha a seblapátnak ilyen odaillesztése a hely nem elég volna, ekkor előbbre eső helyen kellene alkalmazni és csupán csak sarokrészével működtetni.¹

A leírt rendezkedések következtése az, hogy a felső lencseszél előfelé tolul, a szemesillagot ennek hátulsó lapja mentén surolja, a felső sebszél lebenyként könnyű fokban felbillenti, azután a sebszél közé kerül és itt a szemesillagnak azon keskeny részével, mely a sebszél felől a szemfény közepe felé néz, betakarva, kicsi dudor alakjában a sebből kiemelkedni kezd. A hályog mostantól fogva a helyes útra terelve van és ezt észrevétel nélkül el sem hagyhatja. A szemesillagnak a lencseszélről lesiklása azonban még hátra van.

Egyelőre még az eddigi helyzetben türelmesen várjunk és szemléljük, hogy a szemesillag-sapka a felső sebszél felé mint húzódik le. Azon pillanatban, a melyben a lencseszélnek legelőbbre levő része kicsi helyen szabadnak mutatkozik, a hályognak szünetlése mint egy csapással meggyorsul. A szemesillag oldalvást is gyorsan lehull, a lencse legnagyobb átmérőjével a sebbe fészkelődik és mindjárt ki is pattanna, ha a nyomással megfelelő módon nem engednék.

Ezért, midőn a sapka lehullásával a hályog kibontakozása feltűnő gyorsuláshoz indul, a két műszerrel történő nyomást mérsékelni kell. Ezt úgy tegyük, hogy az összeszorító irányból gyors közvetítésben laposan toló működésbe térjünk át. Felfelé a lapáttal gyengéden fejve, vele egészen a szemfénygyűrűn inntig leszálljunk. Alulról pedig a hályogtolót a laposan simító állásba fordítsuk és vele a szemfényt közepéig tologassunk.

A második lencsefél kijövetelére műszeres nyomás már csak kicsi fokban szükséges. A sebszél maguktól összeesapásra hajlanak és ezt a fordított éket, mint a milyent ez a lencsefél képvisel, kihajtani segítenek. Ha a hályog közepés részének kilépése után esetleg minden külső nyomással felhagyunk, a hályog magától is emelkedik, csak hogy nem teljesen a legalsó széleig. Végző (mintegy 1 mm. magas) darabja a sebben vesztegel. Ez a helyzet a sebszél feszülési viszonyait jellemezi és mértékül szolgálhat, hogy a sebtátongás és a sebzáródás milyen egyensúlyban áll.

Most már csak az van hátra, hogy a lencsemaradékok eltávolításáról gondoskodjunk. Ez úgy történik, hogy a két műszert folytatólagosan egymáshoz közelítjük és a lencse-pépek meglehetősen főtömögét egy hajtással a mag után kiűzzük.

Midőn a maradékok kiűritésében szünetelés mutatkozik, a lapátot a csarnokba toljuk annyira, hogy a felső szemesillagszél fedje és a szembogár felé kissé rézsútosan tartjuk.

¹ Kivételesen bajos esetekben megfordítva is raktam fel és szabad végével mint egy lécezel hátulról nyomtam. A Daviel-kanál is kisegítene, csak hogy utána épen az elhatározó pillanatban műszert váltani kényserültnék.

A hályogtolóval pedig a lencsemaradékokat alulról felfelé a szembogárba tereljük és innen a lapát lejtős szélén túlhatjuk, a honnan a párkánynak tülfelől meredek leszállása következtében már vissza nem hanyatolhatnak, hanem a lapáttal kiemelődnek.

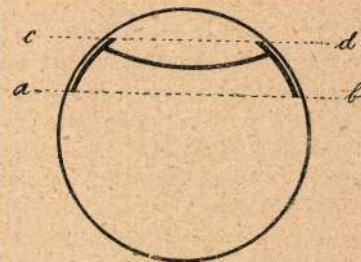
A hályog kicsusztatására szolgáló két műszert ezek szerint mint érthető lett, eleintén úgy használtuk, hogy nyomó hatásuk a szegély belsejébe irányult, még pedig egymáshoz olyan ékalakban, mely a hályogot maga elé fogta. Mintán a hályog a sebbe került, a kétirányú nyomást gyors átmenetben akként megváltoztattuk, hogy lap szerint egymás ellenében hatottak és a felszínen végig simíthattak.

A műszerek¹ a lencsekibontakozás műzetéhez, mint a hogy ez az ilyes sebalakhoz csatlakozik, hozzá vannak idomítva. A hályogtoló domború oldalával a szemfényt behorpasztására és ezen az úton a hályog buktatására szolgál. Lapos fekvésben pedig a központba gyűjtőként használható. A seblapát kezdetben a hályogot hátulról és felfelé támasztja és az üvegtestet a felfelé menő túlságos kitérésben gátolja. Későbbben a felső lencserészeket a sebhez simítja. Adott esetben a gyűrűdött szemesillagnak visszahelyezésére is szolgál. Továbbá a szemesillagot védi és takarja, valamint a hályogmaradványoknak a felső szemesillag részlet alá rejtőzködését akadályozza. Végezetre az alulról összehajtott lencserészeknek felvételére és biztos kiszedésére alkalmat nyújt.

Üvegtestkibukásra ezen műtételi eljárásnál különös alkalom nincsen. Leginkább még akkor, ha a tok megnyitásával a sugáröv is beszakad. Ilyen esetben a hályogot a kiszédővel kiemeljük. Midőn a hályog egyelőre csak félrecsúszott, de a sebbe üvegtest még nem tolokodott, a hályog kibontása tolas útján még talán lehető volna ugyan, a biztosság kedvéért azonban mégis jobb a hályogkiszédőt igénybe venni.

A szemesillag kevés sérelmet szenved annyiban, hogy egy része az előrerugó felső sebszél által takarva van. Különböző mégis a szemfényhez hozzászorul; azonkívül azon része, melyet a hályog széle sapka módjára magával emel, és a mely a saját síkjában lehúzódnak tartozik, szintén némileg rongálódik és zúzódik; csak hogy mindez nem történik jelentékenyebb fokban, mint a Beer eljárásában is. Minthogy az üvegtest kibukására az alkalom kevés, azért a műszerekkel történő nyomás támadó pontjaiul veszély nélkül egymástól meglehetősen távolos helyeket választhatunk, úgy hogy a nyomás jól szétoszlik és a hályognak a szemesillagra való nyomkodása mérséklődik. Továbbá, mivel az ívalakú sebvonal a szembogárszélhez, nem mint Beer-nél párirányos, hanem majdnem harántos, a szemesillagnak sapkaképződése is nem az egész sebvonal hosszában és nem a szemesillag egész szélességében történik, hanem a seb közepére és itt is csupán a szemesillagnak 1—2 mm. széles szegélyére szorítkozik. Végre a sebzúgok sem ékalakú hasadékok, melyek beléjük szorult szemesillag részleteket fogva tartanak, hanem szabadon emelkedő csücskök. Ezek esetleg a sebgyógyulás időszakában rosszul záródhatnak, de sem az operáláskor, sem azután nem alkalmasak arra, hogy a szemesillagot becsipve tartásák.

A sebtátongás idoma nem két hegyes véggel tolasdad, mint az eddig érvényben álló elbánásoknál, hanem legjobban a téglalakot közelíti meg.² Ha a szemfényt alul behorpasztjuk, az alsó, azaz a központi sebszél a vájult harántrésznek egész hosszában emelkedik, és pedig annyival jobban, minél terjedelmesebbek az oldalt felfelé szálló sebvonalak. Ha felfelől az inhártyát horpasztjuk, a felső,



¹ Lásd: i. h.

² Az alakot ép olyan joggal trapeznek lehetne venni, mint parallelogrammnak. Mindegyik a valódi alakot csak megközelíti, mert az oldalak nem egyenesek, hanem ívesek. Az előadás azonban egyszerűbb és a gyakorlati következtetések ugyanazok maradnak, ha a szövetségben követett schematizálást az egyszerű mértani alakra megengedjük.

azaz a külső sebszél emelkedik és pedig annyival inkább, minél kifejezettebben alakítottuk ennek határolását domborúra. Az emelkedésben segédkeznek az oldalsó kicsiny sebtoldalékok, a melyek a késnek fordítása alkalmával ennek lecsúszása következtében mint szárnymetszések a felső sebszél oldalain maradtak.

A sebtátongásnak méreteit ezek szerint magassági irányban az alsó (homorúan csönkített) lebeny alapjától a felső (domborúan lenyúló) lebenynek alapjáig kell számítani. Ez a haránt sebvonalnak minden helyén $2\frac{1}{2}$ mm., vagy általánosan kifejezve, az *ab* vonalnak *cd*-től távolsága. A sebtátongásnak mérete szélességi irányban pedig a sebkészítőnek a melülső csarnokot átkeresztelő menetele szerint számítandó. Minthogy pedig a beszúrástól a kiszúrásig menő külső távolság $10\frac{1}{2}$ mm., a belső távolság pedig a szúrásos csatornák rézsútossága miatt $2 \times 1.75 = 3\frac{1}{2}$ mm.-rel rövidebb, ezért a tátongás ezen mértékben $10\frac{1}{2} - 3\frac{1}{2} = 7$ mm.-rel számítandó.

A hályog kibocsátására magától kínálkozó tér tehát téglalakú, melynek terjedelme szélességben 7 mm. és magasságban $2\frac{1}{2}$ mm. A magasság feláldozásával a szélességet $9\frac{1}{2}$ mm.-re (t. i. $7 \times 2\frac{1}{2} = 9\frac{1}{2}$) nyújtani lehetne. Látni való, hogy aggkori hályognak 7 mm. széles és 3 mm. vastag magja a sebalaknak majdnem minden elhúzása nélkül áthaladhat és hogy a sebtátongásnak a közepén igen kicsi szaporítása az oldalakon levő tátongás fölösségének rovására szükséges, hogy a lencse áthaladhasson. Szintúgy könnyen megérthető, hogy azon erőnek, mely önkéntes tátongást létesítene, csak igen kicsi fokozása lesz ahhoz szükséges, hogy a lencsét tényleg ki is hajtsa.

A sebszélek hosszúságát összegezve, elégséges méreteket kapnánk összeállott kéreggel bíró túlérett hályogok kieresztésére is. Ezért tehát még fontolgatni lehet, hogy közönséges esetekben valamit a méreteken meggazdálkodni nem lehetne-e. A fölösség azonban a szemesillag kimélésének javára van. Mert midőn a hályog már legnagyobb szélességével a sebet dugaszolja, még mindig maradnak szabad zúgok, melyekben a szemesillag a lencse széleiről lecsúszása után a csarnokba visszasiilyedhet a nélkül, hogy akadályra találja. A kés át-szúrású vonalát ekként $\frac{1}{2}$ mm.-rel, sőt még feljebb választ-hatnók és a közönséges öregkori hályogokat mégis egészen könnyen kiereszthetnők: de a mit ezzel a sebzáródásban nyernénk, a szemesillag kimélésében elveszítünk.

A lencse kibontása a megkezdéstől egészen a hályognak a sebbe téréséig az eljárás legkényesebb része. A lencse buktatására szolgáló erőket gondosan összemérni kell. Annyival inkább, minthogy a lencsének felső szélével a szemfény hátulján, mely azonkívül még a kimélést igénylő szemesillaggal bélelve van, az elcsúszás alkalmával érezhető akadályt találunk. A szaruhártya által okozott ellenállás a hályognak a sebszélek közé jutásával véget ér.¹ De a szemesillag részéről jövő akadály leküzdése még hátra van mindaddig, míg a sapka, mely a szemesillagszövetből az előrenyomuló lencsészél fölött képződni szokott, le nem húzódott. A körizom merevsége esetében ez az akadály jelentős lehet. Ha a hályognak a sebbe térése után az akadálynak semmi vagy nem elegendő alábbhagyását tapasztalunk, az említett eshetőséggel állanánk szemközt. Gyorsan határozni kellene, hogy a szemesillag vöngálásának kerülésére a körizmot most a segédkező által ollóval bevágatni nem legjobb volna-e. Én ezt sohasem tettem, mert a műtevés vértelen teljesítésére súlyt helyezek és a szem-bogárnak kerekességét az elbánással csorbítani nem akarom.² Hanem a bajon úgy segítetttem, hogy a seblapáttal előbb mint különben a felső sebszélre leszálltam és ezen sebszélre tett nyomással a szemesillagot enyhén lehúzogattam, úgy hogy a lencseszélről lesiklását könnyítettem. Azután a seblapátot újra

felvittem, hogy a felső hályogrészeket is a mag után hajthassam. A sapkát a segédkező által tompa módon visszahajtatni is lehetne, de az előbb vázolt eljárás ajánlatosabb, mert a műtevő maga teljesíti.

Ha az ellenállás a szemesillag részéről szintén megszűnt, a hályog kijövése megint meggyorsul, csak hogy nem végig egyenletesen. Míg a lencse legnagyobb szélességével a sebbe térül, valamennyire meglankad, hogy mindjárt azután heves kiszökésbe átesapjon, ha csak a nyomással jöcskán alább nem hagyunk.

A lencse kibontakozása tehát ugyanolyan erő felhasználása mellett nem egyenletesen történik. Sőt épenséggel zökkenővé válnék, ha többször, mintegy négyszer, a nyomás mértékét (vagy esetleg helyét) meg nem változtatnók. A hályog-kifejtés eszménye azt követeli, hogy a kiürítés a teljes befejezésig ugyanazon nyomásnak alkalmazásával és mégis egyenletes menetelrel történjék. Ezen eszményt egyedül a Graefe expulsiója közelíti meg, de mégsem éri el egészen, a mennyiben a hályog buktatásához azon kicsi mértékben is, melyet ezen eljárás szükségel, a nyomó erőnek rögtönös növesztését és a buktatás megtörténte után az erőnek azonnal megint megfogyasztását követeli. Minden egyéb módokban ez a pont még kedvezőtlenebbtől áll. És ez másképen nem is lehet olyan eljárásoknál, melyek a szemesillagot csönkítatlanul megőrizni akarják és ennél fogva a seb készítésében nemcsak a lencse kihajtására lehetnek tekintettel. Beer módjánál pl. az izomerőnek lépcsőzése még sokkal hirtelenebb fokozásokban szükséges, mint az itt leirt eljárásban.

A hályog kibontakozásának ugrásszerűségéről, mint a hogy ez műtevésben előfordul, még a következőket kell megjegyeznem. A vájult sebvonalba a lencsének első fele, melynek térfogata a harántátmérőig növekedik, a maga félkörös szélével lép bele. Ezen szélnek a sebvonalall ellentétes görbülése van. A lencse másik fele ellenben az ama félkört kiegészítő és ellenkezőleg görbült szélével a sebvonalba úgy indul, hogy saját széle a sebbel közel párirányos. Minthogy ezek szerint a két lencsefélnek szélei közül az egyik a sebvonalhoz ellentétesen, a másik egyezően viszonylik, ezen vonatkozásokból tulajdonképp a lencse kibontakozásában igen nagy ugrásszerűségnek kellene származni. Hogy ez a zökkenőség a más módokban előfordulót nemcsak hogy túl nem haladja, hanem el sem éri, bizonyosságul szolgálhat arra, hogy eljárásomban a sebtátongás helyes foka jobban eltalálva van, tehát e pontra nézve a többi módokat túlszárnyalja.

Ehhez még az a lehetőség is társul, hogy a helyeket, melyeken a nyomást alkalmazzuk, szabadabban választhatjuk. Ez által a hályog szülésében az egyenlőtlenégeket, a mennyiben az még szükségesnek látszanék, még inkább elsimíthatjuk. E felől a következőket kell fontolóra venni.

A hályog buktatását én, be kell vallani, jöcska mértékben igénybe veszem. Míg a Graefe módjában a hályog felső szélének emelésbe hozása kisebb fokban szükséges, addig a Beer módja a lencsetömeg megfordulása tekintetében még sokkal többet követel. Ezzel pedig az függ össze, hogy a sebszélek melyikét és milyen erősen nyomjuk meg. Graefénél a felső sebszél megnyomása egészen elmaradhat. Beernél a központi sebszél kell megnyomni és pedig nagyon. Webernél szintén nagyon kell nyomni, de az inhártyai sebszél. Nálam mind a két sebszél kiemelkedésre kell birni, még pedig a nyomás helyeinek egymástól nagyon messze rendeződésével, úgy hogy a szemgolyónak mintegy $\frac{1}{3}$ része esik a megnyomott helyek közé. Minthogy pedig egész eljárásomban a hajlamosság az üvegtest kibukására csekély, ezért a megnyomás helyeit a hályog kibontásának egész ideje alatt, a nélkül, hogy hátránytól tartani kellene, többszörösen is változtatni és ez által a hályog kicsúsztatásában az ugrásszerűségeket kiegyenlíteni lehet. Így tehát a nyomó erőnek ingadoztatása helyett a támadó pontoknak változtatása vehető igénybe. Hogy az erő két támadó pontjának sokféle és szabadon választott összerendezése a kiegyenlítésnek mindenféle módjait megengedi, ez határozott előny a Beer eljárása felett. Beer módjában ugyanis az egyik, a lebenyen alkalmazott és szabadon kor-

¹ A mennyiben ugyanis a ferdén álló lencsével a felső meredek sebszélben még kicsi mértékben talált és csak rövid ideig tartó surolási akadályt még talán külön számba venni nem akarnók.

² Ha a beteg a szemesillagot később mégis kiszorítja és lemet-szésére kényszerít, ez a kényszerű helyzet még sem az elbánás egyenes következménye. Olyan hályogoperációt készíteni sohasem tudunk, melyen a beteg sehogysém ronthat.

mányozható támadó pont mellett, az inhártyán levő másik támadó pont csak a bukítás kezdetén és ekkor is csak mint mellékesen kiegészítő vehető igénybe, azontúl pedig már sehogy sem áll rendelkezésre. Mert az újjal úgy mint az én seblapátommal (adlator) a szembe hatolni nem lehet. Ezenkívül Beer módjában az elsőben említett erőpontot, mely még megmaradt, a lebenyen változtatni csak erőssége szerint lehet, míg az alkalmazás helyének az üvegtest iránt tartozó figyelemből változatlan maradni kell.

(Vége következik.)

Amaurosis toxica.

Grósz Emil dr., tanársogédtől.

Mindinkább szaporodnak azon gyógyszerek, melyekről kiderül, hogy muló vagy állandó látászavart okozhatnak. Nem említve a más alkalmazásból keletkező alkohol-, nicotin- és ólom-amblyopiát, általánosan ismert dolog, hogy a chinin nagyobb adagban muló, de ritkán állandó vakságot is okozhat. A féreghajtó szerek közül a santoninról tudjuk, hogy az oly jellegző xanthopsiát idézi elő. Újabban azonban néhány esetben a filix mas vált végzetessé a szemre. Egy ilyen esetet van alkalmunk ezidőszert az egyetemi szemklinikán észlelhetni.¹

D. F., 29 éves, asztalos, elmondja, hogy jelen baja előtt jobb szemén kifogástalanul látott, míg a bal szeme mindig gyöngébb volt. Féléve gyomorban szenved, ez ellen gyógyították is, de siker nélkül. „Gyomor és bélbetegségek“ című könyvecskét olvasván, ürüléseit megfigyelte s észrevette, hogy a leírásból ismert galandféreg van benne. Ettől szabadulni óhajtván, folyó évi január hó 7-dikén egy képes naptárban hirdetett galandféregűző szert vásárolt gyógyszerárban, hol állítólag a szer miként való bevétele is kapott utasítást s hol 4 ricinus-olaj kapsulát is vett. 8-dikán koplalt, csak heringet evett s 9-dikén reggel 6 órakor egy ricinus-capsula bevétele után hozzá kezdett a 32 kapsulából álló szer fogyasztásához. Délután 5 órakor megint bevett egy ricinus-olajtokot s közben egész nap meleg teát ivott. A szert körülbelül félóránként véve, este 9-re elkészült vele. Délután volt első izben széketétele, estefelé mindinkább sűrűn jelentkezett s egész éjjel s másnap is folytonos hasmenése volt. 10-dikén egész nap eszméletén kívül volt, csak estefelé tért magához, a midőn a lámpát még látta, de 11-dikére mindkét szemén teljesen megvakult. Azóta testi ereje visszatért, de látása nem. A kezelő orvos úr, kihez felvilágosításért fordultam, egészben véve megerősíti a környezetet s beteg előadását. Az egyetemi szemklinikán január hó 15-dikén jelentkezett első izben. A vizsgálat eredménye a következő volt: egyik szemén sincs fényérzés. A bal szem divergáló állásban van, s a corneán régi áttetsző homály. Mindkét pupilla igen tág, nem reagál, közegek, leszámítva a bal cornea homályát, tiszták, fénytörés kis fokban myopiás, a bal szemén astigmatismussal; érhártya-festéke kis fokban zilált, a szemfenéken alig szembetűnő fátyolozottság, egyébkép a lelet negatív. A beteg a klinikára való felvételre akkor nem szánta reá magát, de 19-dikén s 21-én a szokásos körút után újlag jelentkezett s utóbbi napon fel is vettük. Az előbbi lelettől csak annyiban volt eltérés, hogy a papillák külső felei feltűnően halványabbak, úgy hogy szemben a belső fél kissé oedemás voltával a nagy erek által határolt terület kifejezetten fehérebbnek s lelapultabbnak mutatkozott. Azóta e fehéredés még tovább fokozódott, úgy hogy most a vakság fennállásának 5-dik hetében már az atrophia képe áll előttünk.

A szer bevétele s a vakság között az összefüggés kétségtelen. Bár minden ilyen esetben a legnagyobb körültekintéssel s óvatossággal kell eljárunk, számba véve az anamnesisnek illetékes oldalról való megerősítését, valamint a látóidegfők szemünk előtt fejlődő atrophiját, nem lehet kétségünk, hogy toxikus amaurosissal van dolgunk.

Ilyen körülmények között az első kérdés az, hogy milyen alkotórésze volt a bevett szemnek. Bár ez irányban köteles-

¹ Bemutatta a budapesti kir. orvosegyesület 1895. január 26-dikán tartott ülésén.

ségszerűen hivatalos úton is megtettük a lépéseket, sikerült a megbízható gyógyszerész úrtól közvetlenül megtudnunk, hogy egy-egy capsula 0.25 gm. extractum filicis maris aetherumot s ugyanannyi extractum puniceae granati t tartalmazott, az összes adag tehát 8—8 gm. volt. Az extractumok *Merck* gyárából valók.

Minden jel oda mutat, hogy a két szer közül a filix mas okozta az intoxicatiót. A punica granatum hatóanyaga, a pelletierin, ugyan szintén okozhat mérgezést, de a mint azt *Dujardin-Baumetz* tapasztalataiból tudjuk, e szer *mioticum* s szédlülésen, bágyadtságon, a szem kivörösödésén s a retinalis erek tágulásán kívül rendesen ikragörösöt is okoz.

A filix mas-t, mely ellenkezőleg mydriaticum, sokáig ártatlan szemnek hitték.

Első használata még az ókorban történt. Számos régi titkos szemnek, melyeket fejedelmek nagy pénzen megvásároltak, volt a hatékony alkotórésze. (Nagy Frigyes, XVI. Lajos.) Ezelőtt poralakban rendelték, *Peshier* hozta be az aetherikus extractumot, melyet 1 drachma (3.75 gm.) dosisban rendelt. *Cobbold* tényleg ez adaggal igen jó eredményeket ért el, de a continensen nem bizonyult elégségesnek. Úgy mondják (*Eich*), hogy épen az adag elégtelensége folytán volt *Niemeyernék* kedvezőtlen véleménye e szerről. *Pfeuffer* a hatvanas években már 2 drachmát = 7.5 gm.-ot adott s lassanként 10 gm.-ra emelkedtek. Sőt az olaszok a szent-gotthardi ankylostomum epidemia alatt 20—25—30 gm.-ot rendeltek (*Perroncito*).

Bécsben 10—12 gm.-ot, nálunk 8—10 gm.-ot adnak.

A dosisok emelkedésével azonban az intoxicatiók is megjelentek. *Poulsso*n már 13 mérgezést — 3 halállal — talált az irodalomban. *Eich* 1880—1890 11 szerző 20 esetét állítja össze, úgy hogy a legújabb mérgezőanyagok már utalnak a veszélyre (*Kobert*) s *Bókai* tanár úgy előadásában, mint recept-zebkönyvében hangsúlyozza a mérgezés eshetőségét.

*Poulsso*n nézete szerint az amorph filixsav a mérges, míg a kristályos alak nem az; állás közben előbbi átalakul kristályossá: filiciuné. Csakhogy ilyenkor galandféregűző hatása is csökken. A mérgezés tünetei: hányás, hasmenés, gyengeség, tág pupillák, collapsus, albuminuria, amblyopia s kivételesen trismus s tetanus. A halál centralis bénulás tünetei között áll be. A bonczolás duzzadt gyomor és bélnyákhártyákat, az agy és gerinczagy acut oedemáját, vérzéseket az agyhártyákban s retinán s parenchymás nephritist derített ki.

A mi a szemén észlelhető tüneteket illeti, ezek a látás romlására s a pupillára vonatkoznak.

Muló amblyopiát több izben észlelt *Leichtenstern*, muló egyoldali amaurosist *Bayer* ír le.

A 26 éves beteg 17 gm. extr. filic. maris aetherumot kapott ugyanannyi extractum puniceae granati-val, mire hányás, hasmenés s 30 óráig tartó soporosus állapot következett. A negatív szemtükri lelet s tág pupilla mellett keletkezett baloldali amaurosis 14 nap mulva elmúlt.

Schlier esetében 7.5 gm. extractum filicis maris (ricinus-olajat is kapott) ugyanannyi porral okozott mindkét oldali amaurosist, mely csak lassanként múlt el; *Fritz* betege, 18 éves leány, óránként 1 kapsulát véve, 6 gm.-ot kapott az extractumból s a két oldali amaurosistól a baloldalin állandó sult az állapot s itt utólag atrophia nervi optici képe volt látható, míg a jobb szemén visszatért a látás.

Immermann, kinek 14½ éves betege 10 gm. extractum filicis maris bevétele után teljesen és állandóan megvakult mindkét szemén, abban a nézetben volt, hogy a vakság oka a folytonos hasmenés következtében keletkezett kimerülés. Minthogy azonban a szer bevitelét követő éjjel hirtelen állott elő a teljes vakság, nagyon valószínű, hogy ez esetben is a filixsav volt a közvetlen ok.

Leichtenstern két esetben látászavar nélkül tág pupillákat látott.

Szűk pupillát egyetlen esetben észleltek s ez azon beteg, ki 27.6 gm. extractum filicis maris bevétele után egy acut strychnin-mérgezés tünetei között (tetanus acutissimus) halt meg. (*Leichtenstern*.)

A toxikus dosis igen különböző. Egy 30 éves egyénnél 45 gm., $2\frac{3}{4}$ éves gyermeknél 8 gm., $5\frac{1}{4}$ évesnél 7.5 gm., 54 éves férfínál 27.6 gm. okozott halált, mérgezési tüneteket azonban már 4 gm. okozott, úgy hogy 4—4.5 gm. között ingadozik a toxikus dosis. Az idiosyncrasiának nem lehet nagy szerepet tulajdonítanunk, mert épen *Leichtenstern* halállal végződött esetében a beteg előzetesen már 4 ízben kapott volt 10—15 gm. extractum filicis maris-t minden kellemetlen mellékhatás nélkül.

Minden jel oda mutat, hogy a mérgezés keletkezésére négy tényezőnek van befolyása: a) a növény eredetének, b) a készítmény friss vagy avult voltának, c) a gyomor és bélesatorna felszívódásra alkalmasságának, d) egyidejűleg való ricinus-olaj adagolásának.

A növény eredetének szerepe kiviláglik abból is, hogy Angliában kisebb adagok is hatékonyak, s hogy olasz orvosok kár nélkül igen magas dosist adnak. Ez a körülmény nagy mértékben akadályozza a toxikus dosis megállapítását. Ugyanesek nehezíti az is, hogy az extractum állás közben változik. Még legkönnyebb a ricinus-olaj káros hatását kizárni, a mennyiben szükség esetén más hashajtóval pótolhatjuk. Hogy pedig a ricinus-olajnak jelentékeny szerepe van a mérgezés előidézésében, azt jól igazolják egyrészt *Quirll* állatkísérletei, melyek szerint az olajjal eldörzsölt szer sokkal mérgezőbb hatásúnak bizonyult, másrészt s talán még döntőbben *Freyer* esete, melyben az olaj nélkül adott szer ártalmatlannak bizonyult, míg félannyi adag ricinus-olajjal halált okozott.

Egy bennünket közlő érdeklő további kérdés, mi módon idézi elő e szer a mydriasiszt és amaurosiszt. *Kniess* a hatást peripherikusnak tartja s a chinin és vérvesztések alkalmazásával keletkező látászavarhoz hasonlítja. A muló chinin-amaurosis oka az érgöres által okozott ischaemia, ha pedig állandósul, úgy nyilván másodlagosan necrobiotikus változások keletkeznek és pedig különösen elgyengült egyéneken. Vérvesztések után pedig az állandó vakság úgy jöhet létre, hogy a látóidegben vagy hüvelyében az érfalzatnak a hiányos táplálkozás által okozott megbetegedése folytán vérzések keletkeznek, melyek az idegelemekre végzetessé válnak. Az egész folyamatot a szív- és agyállomány ischaemiás, degenerációs szigeteihez hasonlítják.

A mi a filixsav által okozott rossz látást illeti, kétségtelen, hogy az csak peripherikus hatás eredménye lehet. E mellett szólnak a következő érvek: a) adott esetben az atrophia képe olyan gyorsan fejlődött ki, a milyen gyorsan centralis eredet esetében nem történhetett volna; b) *Fritz* esetében kétoldali amaurosis után a vakság az egyik szemben állandósult s e szemben látóidegsorvadás képe keletkezett, míg a másik szem látása teljesen helyreállt; c) *Bayer* egyoldali amaurosiszt észlelt; d) az amaurosis állandósulhat más cerebriális tünetek nélkül.

Nehezebb annak eldöntése, hogy a filixsav directe az idegelemekre hat-e vagy pedig ezek sérelme csak másodlagos? Tekintettel arra, hogy a sectiók az agyhártyákon s retinán vérzéseket derítettek ki, közel fekvő a gondolat, hogy az idegben vagy ideghüvelyben keletkezett vérzés a megvakulás oka. A látóidegfők külső felére szorító atrophia támogatja e felfogást, mert a látóideg retrobulbaris részének sérelmének vagy megbetegedésének ez a szokott képe. Természetesen egy eset korántsem elég arra, hogy e tekintetben bizonyosságot nyerjünk.

A mi a pupilla tágságát illeti, minden jel oda mutat, hogy ez is peripherikus. A mydriasis nagy foka s az a körülmény, hogy látászavar s más tünetek nélkül is előfordulhat (*Leichtenstern*), megerősítik e felfogást.

Annak kiderítésére, hogy a mydriasis milyen természetű, mioticumokkal s mydriaticumokkal kísérleteket tettünk. Úgy az ezerin, mint a pilocarpin megszükitették a pupillát, előbbi $\frac{1}{2}\%$ oldatának egy cseppje 8 mm.-ről 4.5 mm.-re, a pilocarpin 1% oldatának egy cseppje pedig 5.5 mm.-re. A scopolaminum hydrobromicum 2% oldata 0.5 mm.-nyi további tágulást eredményezett, míg az atropinum boricum 1% -os és a

cocainum muriaticum 5% -os oldata 8 mm.-ről 9 mm.-re tágította a pupillát.

Megtekintésre a pupilla maximalis tágnak mutatkozott ugyan s ebből joggal következtethettük, hogy nemesak a sphineter pupillae bénult, hanem a dilatator is izgalomban van, mégis a kísérletek eredménye az, hogy még további tágulás lehetséges. A cocain hatása az általa okozott anaemiából érthető, míg az atropiné másképp alig magyarázható, mint hogy a dilatatorra hat. A filixsav tehát minden valószínűség szerint az atropin mydriaticus hatásához áll legközelebb.

A prognosis sajnos kedvezőtlen. A mérgezés ötödik hetében a látás legkisebb nyoma sem tért vissza s a látóidegsorvadás képe kifejezett. Nagyon valószínű tehát, hogy a vakság állandósul. A szomorú eset azonban azon tanulságra vezet, hogy az extractum filicis maris rendelésében óvatossággal járjunk el. Úgy látszik a gyomor és bélesatorna előzetes kiürítésétől jobb elállnunk, a ricinus-olajjal való egyidejű adagolás pedig határozottan tilos. A toxikus adag megállapítása a mondottak alapján alig eszközölhető, a miért más praeparatummal való helyettesítés kívánatos. *Poullsson* magát a filixsavat ajánlja. Végül e szert is fel kell venni azon szerek közé, melyek rendelés nélkül való eladása tilos.

Egyszerű látóidegsérülések.

Dr. Szili Adolf egyetemi magántanártól.

Vannak bizonyos látóidegsérülések, melyeknek első és kezdetben sokszor egyedüli klinikai nyilvánulása a hirtelen fellépett vakság. Ezek azon sérülések, melyek a látóideget a centralis edények belépte mögött találják. Tudvalevőleg a *vasa centralia retinae* 15—20 mm.-nyire a szegolyó mögött mélyednek be az idegbe. A sérült ideghez tartozó szem csupán a direkt pupillareactio teljes hiányával igazolja az állított vakságot, és csak hetek múltán a leszálló idegfajulás kifejezéseként fehéredik meg a papilla n. optici.

Azon vakságok közt, melyek olykor a fejnek zúzódására létrejönnek, kétségen kívül van eset, melynél a látóideg a foramen opticum-on keresztüli rövid útján *csontrepedés* következtében sérült meg. Ilyenkor a szemtükri lelet kezdetben szintén negatív. A homloknak megütése után a szemöldök táján észleltek már ilyen esetet minden más kísérő jelenség nélkül (*Nuhn*); de többnyire más nem kevésbé komoly tünetek is a koponyaualap repedésére utalnak.

Ezen *másodlagos* látóidegsérülésekkel szemben állanak a látóideg *közvetlen* sérülései, hol az ideg magával a sértő eszközzel érintkezik. Ezek közt is kiváló csoportot képeznek azok az esetek, melyeknél a sérelme az ideget a centralis edények belépte mögött érte. Ez különböző úton történhetik, kivált lövéseknél az orbita csontfalán keresztül; nem egyszer úgy, hogy a lövet, az egyik orbitába jutva, rézsut a csonton keresztül a másik orbitába hatol és ott a látóideget áldozatává teszi. (*Jodko, Leber*.)

A közvetlen látóidegsérülések közt még szűkebb körű csoportot képeznek azok, melyeknél a sértő hatány az *orbita mellső nyílásán keresztül a szegolyó kimélésével* kereste útját a látóideg felé. Itten találkozunk azokkal az esetekkel, melyeket *tiszta* vagy *egyszerű látóidegsérüléseknek* lehet elnevezni, mert az orbitatartalom egyéb sérült része többnyire ad integrum gyógyul, a netalán átmetszett szemizom is funkcióképességét nyerheti vissza; *de a látóideg tönkre megy*.

Két ilyen esetet találtam az irodalomban feljegyezve, hol *serét*, a szemet kimélve, hatolt az orbitába. Mindkét esetben a látóideg meg lett sértve. *Schweigger* írja le az egyik esetet.¹ Kezdetben a látóhártya nagy mértékben zavaros volt, körülbelül úgy, mint emboliánál, *de az összes edényágak épségben voltak*; későbbben a papilla atrophias színvesztése fejlődött ki. *Schweigger* nézete, hogy a serét a foramen opticumban beleékelődött. A másik eset *Vossius*-tól ered.² Itt a látóideg

¹ *Zehender*, Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, XII., 25. 1.

² *Ibidem*, XXI., 28. 1.

az azonnal megvakult szemben eleintén nagy fokban vörös, *de már 4 nap múlván teljesen rendes volt.* 11 nap múlván kezdődik a papilla színváltozása, mely 22-dik napra perfekt. Mindkét esetben az általános, mint a lokális reactio igen nagy volt.

A többi közzétett esetekben a sérelem *szúrások* vagy *döfések* által jött létre, többnyire hegyes, de olykor tompavégű eszközzel.

Megtörténhetik, hogy a sérelmet okozó tárgy vége az orbitába beletörök, ott genyedést okoz és daczára annak, hogy csak hosszabb időnek eltelte után onnan eltávolíttatik, az egyszerű látóidegsérülésnek végkimenetele képezi az esetnek egyedüli maradandó bélyegét. Ilyen esetet közölt *Schliephake*.¹ A sérelem bottal történt. Retrobulbaris genyedés állott be; *de a megvakult szemnek háttéré ép volt.* Az incisiónál 3 cm. hosszú, 8 mm. átmérőjű a felső orbitafalhoz fekvő botvégére akadtak, mely a látóideget a foramen opticum tágán összenyomta. Eltávolítása után a szem ismét látni kezdett ($\frac{20}{70}$). A rögzítő ponttól le- és befelé *állandó scotoma* maradt vissza. A papilla teljesen megfehéredett. Hasonló esetet *Grösz Emil* mutatott be a budapesti királyi orvosegyesület 1894-diki XXII. rendes ülésén.² A sértő eszköz tolszár volt, melynek 57 mm. hosszú, 4-6 mm. széles téntás vége az orbitába bele tört. Már 5-dik napra el lett távolítva. A szem teljesen vak. A papilla csak hetek multán halványult, a *centralis érrendszer ép maradt.*

Köhler ír le egy esetet, hol napernyőnek végével sérült meg a látóideg a szemgolyó ép maradásával. *Laqueur*-nek egy esetében vékony vasrúd okozott hasonló sérülést. Mindkét esetben az idővel kifejlődő decoloratio papillae az egyedüli szembebeli elváltozás volt.

Találtam még más eseteket leírva, melyeknél tompavégű tárgyak a szemgolyó mellett az orbitába hatoltak és a látóideget bántották; de a sérelem bonyolódottabb: részint erőszakos vongálás, részint szétszakítás.

A tiszta és egyszerű látóidegsérülés természetesen túlnyomólag hegyesvégű eszközök szúrása által jön létre.

A következő eseteket ismerem:

1. *Vasvillának hegye* a felső szemhéjra keresztül; alig látható seb; rögtön megvakulás; *ép szemháttér* (ezen eset közölve lett még mielőtt a papilla színváltozása bekövetkezett)³

2. *Sarló hegye*, mely a látóideggel együtt a szem összes mozgató idegeit átmetszette; *ép szemháttér*; a papilla színváltozása csak négy hét multán kezdett külső felén mutatkozni és csak három hónap multán teljes volt.⁴

3. *Kardszúrás*. Hirtelen megvakulás; *eleintén ép szemháttér* (csekély fátolyozottság); az alsó egyenes szemizom bémult. 14 nap múlván kezdődő decoloratio papillae a *centralis érrendszer ép maradásával*.⁵

4. *Kardszúrás* a jobb alsó szemhéj halantéki végén keresztül. Ebben az esetben a *látóideg átmetszése nem volt teljes*. Daczára annak, a látóideg sorvadása már két hónap multán nagy fokban előrehaladt volt.⁶

5. *Vívópenge szúrása*. Külsőleg igen jelentéktelen megsebzés az alsó szemhéjra, valamivel befelé az alsó orbitaszél közepétől. Teljes vakság; *ép szemháttér*. 17 nap múlván halvány papilla.⁷

6. *Késszúrás* a kalap karimáján és a felső szemhéjra keresztül. Hirtelen megvakulás; *ép szemháttér*. A papilla már néhány nap múlván halványodik. Három hónap multán kifejezett atrophia n. optici megvékonyodott edényekkel.⁸

Ezen esetekhez, melyeknél többet a nekem hozzáférhető irodalomban nem találtam, legelőször még a következőt sorolhatom, melyet a budapesti királyi orvosegyesület 1893-diki VII. rendes ülésén mutattam be.

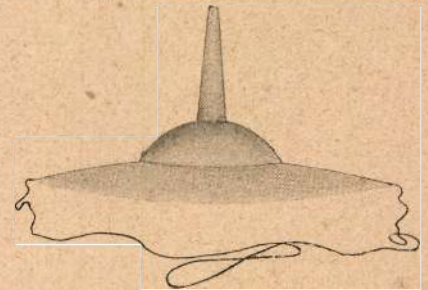
V. *Gyula*, 18 éves, kecskeméti reálszkolai tanuló 1892. december 13-dikán vivás közben vékony vívókarddal az álarcz rostélyán keresztül szúrást kapott a baloldali alsó szemhéján keresztül az orbitába. Kissé eltántorodott, de csakhamar magához tért. Azonnal észrevette, hogy a megfelelő szemem megvakult. A szemhéjak kissé megdagadtak; fájda-

lom alig volt. Három nappal később osztályomra vettem fel. Külsőleg egy szépen benőtt, még kissé piros, 7 mm. hosszú linearis sebhely az alsó szemhéj belső felében, az alsó orbitaszél magasságában. A szemrés jól nyílik; igen csekély protrusio bulbi. A szem minden irányban jól mozog, csak erőltetett be-lefelé való nézésnél a mozgás némileg korlátozott. Közelnézésnél a két szemnek összetériteése kifogástalan. Pupilla direkt fénybehatásra merev; esupán consensualis reactiót mutat. *Szemháttér teljesen ép.* Beteg csak négy napig maradt a kórházban. Midőn két héttel később újra láttam, a szem külsőleg teljesen ép volt; de a papilla külső fele halványodni kezdett. Másodfél hónappal később a decoloratio teljesen ki volt fejlődve, de a centralis edényfa oly épségben volt, mint kezdetben. A szem most a közelnézésnél már hajlamos mutatott kifelé eltérni.

Még nagyobb figyelmet érdemel egy újabb esetem, melyet a budapesti királyi orvosegyesület folyó évi II. rendes ülésén mutattam be.

M. *János*, 22 éves napszámost mult év június 18-dikán éjjel az utczán támadtak meg. Késszúrásokat kapott arcba és nyakba. Észméletlen lett, állítólag a vérvesztés következtében; egy hétig ágyban fekvő volt. A jobb szemhéjak az egyik szúrás következtében annyira dagadtak voltak, hogy csak harmadnapra bírta nyitni. Ekkor azonnal észrevette, hogy ezzel a szemmel nem lát.

Június 24-dikén jelentkezett osztályomon. A jobb szem fölött az orr tövétől kezdve kissé rézsut ki- és felfelé a szemöldök területén belül egy 25 mm. hosszú, kissé egyenetlen pirosas forradás, melytől kezdve le- és hátrafelé az orbita mélyébe, felső falának belső felén egy körülbelül 15 mm. széles, lapos, nyomásra fájdalmas kemény *beszűremkedést* lehet a különben ép szemhéjbőrön keresztül kitapintani. A szemrés majdnem rendesen nyílik. Csekély ecchymona subconjunctivale a saruhártya széle mellett ki- és lefelé; a bulbus nem fájdalmas, csak az orbitába való nyomást nem tűri oly jól, mint a másik szem; ezzel együtt minden irányban jól mozog, csak a be-felfelé való nézésnél némileg visszamarad. Közelnézésnél a két szem összetériteése kifogástalan. Pupilla kerékalakú, valamivel tágabb mint a másik szemé, *direkt fénybehatásra alig reagál*; consensualis reactio megvan. Fénytörő közegek tiszták. *Fundus oculi*, kivéve azt, hogy a papilla belső fele és az egyik felfelé vonuló centralis visszérág kissé fátolyozott, *bántalmatlan*. A különben rendes alakú papilla színezete ép. A *centralis edényágak teltsége és lefutása nem mutat semmi eltérést*. Az állított vaktság megbízható tettéti próbáknál bebizonyul. De a direkt pupillareactionak *nem teljes hiánya* mégis gyanút keltett bennem és behatóbb vizsgálatnál tényleg kiderült, hogy a centrumon kívül *be- és felfelé a látótér egy sectorában ez a szem látja az ujjakat*. Minthogy azonban centralis látása hiányzott és így fix állásban nem volt tartható, a látótér pontos perimetere felvételére előbb módot kellett keresnem. A következő eljárást, melyet most már néhány más esetben is jó sikerrel alkalmaztam, oly szemek vizsgálatára melegen ajánlhatom, melyeknél a centralis látás tönkre ment (feltéve, hogy a másik szemé ép). A másik szemnek elrekesztő kagylójába vékony *irányzócsövet* illesztettem, melyen keresztül ez az ép szem a periméter rögzítő pontját látja, de egyebet nem. Így már most a beteg szemet fix állásban tartani lehet; a periméter mozgékony jele a centrumon kívül esupán a beteg szem fenekére vetíti képét. Ezen előnyvel szemben el lehet tekinteni attól a hibától, mely abból következik, hogy a vizsgálandó szemnek látástengelye idővel bizonyos fokig eltérő lesz. A mellékelt 1. ábra az így felszerelt rekesznek felére redukált képét mutatja.



1. ábra.

Ezzel a készülékkel háromszor vizsgáltam meg a betegnek szemét a kórházi orvosi személyzet ellenőrzése mellett. Legelőször augusztus 14-dikén (2. ábra); másodszor folyó évi január 6-dikán (3. ábra); utolsószer február 3-dikán. Meg kell jegyeznem, hogy már július 1-én a szem háttérén a fent jelzett fátolyozottságnak nyoma sincsen, de a papilla külső fele határozottan halványabb, mint a bal szemé. Midőn a beteget csak hetek multán újból láttam, a decoloratio papillae teljes volt. A perimetere felvételek csak ezen időből származnak. A két első vizsgálat közt lefolyt öt hónap alatt a szabad látótérrészlet befelé csekély mértékben szűkült; a harmadik nem közzétett lelet azonos a másodikkal, csak valamivel inkább mint ez, az elsőhöz képest némileg eltoltnak látszik, a mit abból kell magyarázni, hogy a szem most már közellátásnál bizonyos fokban kifelé tér el.

Azon fölülte ritka eseteknek egyikével van itt dolgunk, hol a látóidegnek egy része a sérelemtől ment maradt. Az irodalomban csak két ilyen esetet találok feljegyezve. *Schliephake* (*Hippel*) előbb említett esete, hol a látóideg felső fele az orbitába beletört botvég által megsérült és a látótérben a centrum alatt *scotoma* maradt vissza. Továbbá *Yvertnek* egyik említett esete, melyet itt néhány szóval közelebbről ismertetni akarok. Egy 24 éves katona gyakorlat közben kardszúrást kapott a jobb alsó szemhéj külső végén keresztül.

¹ Ueber Verletzungen des Nervus opticus innerhalb der Orbita, Giessen, Inaug.-Diss., 1888; ugyanez Berliner klinische Wochenschrift, 1886, 51. 1. (*Hippel*).

² 1894-diki évkönyv, 185. 1.

³ *Zehender*, Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, XXII. p. 280.

⁴ *Hippel*, Berliner klinische Wochenschrift, 1886 Nr. 51.

⁵ *Treitel*, Centralblatt f. Augenheilkunde, 1881 p. 321.

⁶ *Yvert* (*Galezowsky*). Blessures du nerf optique. Observation CXXXI.

⁷ *Hirschberg*, Centralblatt f. Augenheilkunde, 1884 p. 212.

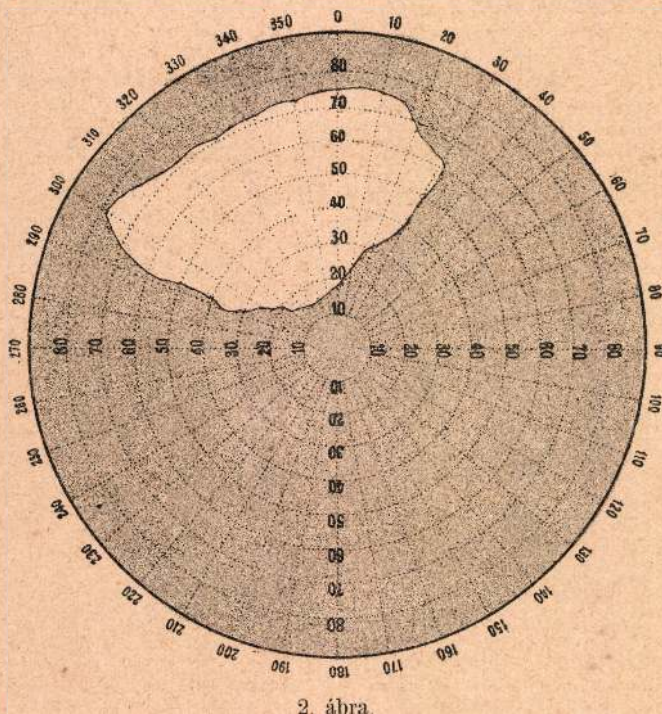
⁸ *Yvert*, l. c. Observation CXXXVIII.

Per primam egyesült 1 cm. hosszú heg. Nagy subconjunctivalis vérömleny, tág pupilla, ép szembáttér. *Centralis látás és az egész belső látótér fél hiányzik.* A halántéki látótér félben újjakat olvas daczára annak, hogy a papilla idővel teljesen megfehéredett. *Perimetres felvétel hiányzik.*

Ha végig tekintünk az itten jelzett és közölt esetekben, nem kerülheti ki figyelmünket az, hogy ezen sérülések, bár szintén csak a pusztá véletlen vagy a durva és vak erőszak által vannak okozva, többnyire egy feltűnően határozott jellegű, úgyszólván típusos kórleletet és kórleletet mutatnak. Már arra Köhler figyelmeztetett, hogy a sértő eszköz csak akkor találhatja a látóidegnek nagyobb mellső felét, mely a centralis edényeket tartalmazza, ha rézsut az orbita tengelyére irányul.¹

De tovább mehetünk és mondhatjuk, hogy éppen úgy mint például a *sclerarepedéseknek* vagy a *chorioidea repedéseknek* nem kevésbé határozott jellegű kórleletjeiben bizonyos változatlan és praecise eróműtani körülmények nyerne kifejezést, úgy ezen „egyszerű látóidegsérülések” is többnyire oly feltűnő mértékben egybevágnak, mert létrejöttükben bizonyos fix viszonyok és feltételek határoznak.

Nem is szenvedhet kétséget, hogy minden sértő eszköz, mely az orbitába annak mellső nyílásán keresztül hatol, a



2. ábra

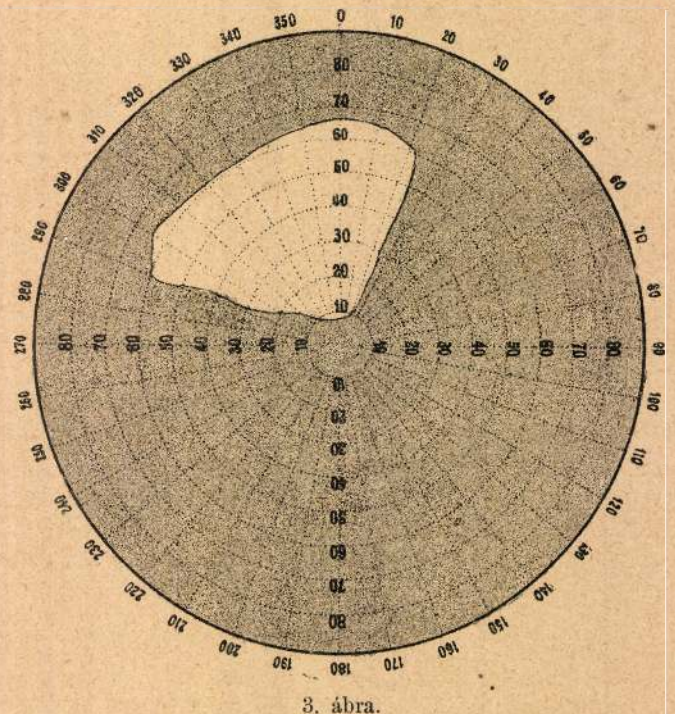
szemgolyót csak akkor kerülheti ki, ha mellette oly irányban halad el, mely előbb-utóbb a hátrafelé tölcésalakúlag szűkülő orbita csontfalához vezet. Ha a sértő eszköz itt valahogy meg nem akad, a rések egyikébe nem jut, vagy szándékos irányváltoztatás nem történik (mint pl. a műtő-ollóval kitokolásnál vagy neurectomiánál), akkor az orbitafal mentén tovább halad a látóideg felé, mely kikerülhetetlen, ha a szúrás vagy dőfés elég mélyen behatol. *Nemcsak érthető az, hogy nem az edényeket tartalmazó részben, hanem több mint valószínű, hogy egészen hátul a foramen opticum közvetlen közelében éri el az ideget.*

Ha a sérelem elég tiszta szűrő eszközzel létrejön, akkor felérhetne egy vivisectió kísérletet, ha még csak most kellene bizonyítani, hogy tényleg a látóideg vezeti a fénybenyomások érzését az agyba. Azonban tulajdoníthatunk némi experimentális értéket oly eseteknek, melyeknél a látóideg sérülése csak részleges. Olyan esetek bizonyos mértékben fényt vehetnek egy *neurologikus kérdésre*, mely még nincsen eléggé tisztába hozva és ez vonatkozik a látóidegrostok elrendezésére a látóidegben.

¹ Berliner klin. Wochenschrift, 1888. 24. sz.

Bizonyos, hogy a látóidegrostok közvetlen a szem mögött és mélyebben hátul nincsenek egyformán elhelyezve. A *papillo-macularis kötegről* általánosan el van fogadva, hogy a látóidegnek mellső, a centralis edényeket tartalmazó részében a lateralis félben vonulnak el; kezdetben ékalakulag, a centralis edények felé irányított éllel, azután mindinkább sarló-alakot öltve. Az edények belépti helyétől tovább hátrafelé ezen köteg mindinkább a látóideg közepén vonul el fennálló ovál alakjában. Ez *Samelsohn, Nettelship, Vossius, Uhthoff, Bunge* által scotoma centrale eseteiben véghezvitt vizsgálatoknak jóformán megegyező eredménye.

Nem teljesen egybehangzók azonban a jelentések a *keresztezett és nem keresztezett kötegeknek* fekvésére vonatkozólag a látóidegben. *Gudden* tudvalevőleg kutyánál és embernél a nem keresztezett idegkötegeknek *medialis* elvonulást tulajdonított. Igaz ugyan, hogy a legtöbb bűvár, kiknek alkalma volt ide vonatkozó vizsgálatokat végezni, merőlegesen ellenkeznek vele és inkább *Mandelstamm* és *Ganser* már annak előtte állatvizsgálatokból nyert tapasztalásait az emberre nézve is egészben véve beteljesedni látták, t. i. hogy a *nem keresztezett köteg* a látóideg centralis edényeket nem tartalmazó részében a *lateralis* oldalon vonul el. Mégis a bonczani leleteknek relativ ritkasága mellett olyan eltérések, mint pl. *Schmidt-*



3. ábra

Rimpler következő esetében, a megállapodást nagyon megnehezítik.¹ A jobb agyféltekétől leszálló atrophia a *foramen opticum közelében* a jobb látóidegnek *alsó* peripheriáját foglalta el; a sarló-alakú atrophias részlet végeivel az idegnek *medialis* felében tovább hatolt felfelé, mint annak lateralis felében. Azonban a bűvárok többségének, így *Deutschmann, Monakow, Jatzow, Siemerling* megegyező jelentései, a *foramen opticum közelében* fennálló viszonyokat illetőleg legjobb kifejezést nyernek egy semában, melyet *Jatzow* a keresztezett és nem keresztezett kötegek elhelyezéséről az edénymentes látóidegrészletben adott.² Ezen semának megfelelőleg a *nervus opticus* ezen részében a kötegek elhelyezése azonos a hozzá tartozó idegelemek elhelyezésével a látóhártyában.

A fenn leírt partialis látóidegsérülésnél észlelt jelenséget csak azokkal a viszonyokkal hozhatom kapcsolatba, melyek a *foramen* közelében fennállanak. Távol vagyok attól, hogy egy partialis látóidegsérülést egy élettani vivisectió kísérlettel egyenlő rangba akarnám emelni. De minthogy a látóidegnek *experimentalis* átmetzését embernél ki nem vihetjük,

¹ Bericht des Internationalen Ophthalmologischen Congresses zu Heidelberg. p. 321.

² Arch. f. Ophthalmologie. XXXI. 2, 205.

mégis elég nagy azon véletlennek értéke, mely egy élő emberi szemnek látóterét tünteti fel a látóidegnek nem teljes átmetszése után.

A látótérből a *belső felső quadrans*, a centralis látást kizárólag, megmaradt. Élesen körülírt határain belül a 10 mm. átmérőjű fehér periméterjelt egészen határozottan látja mozogni. Ezen látótér-quadránsnak megfelelő érzőképes része a látóhártyának éppen a *sebírány diagonális ellentétes oldalán* van. A funkcióképes látóhártyarészlet elhelyezése tehát igen feltűnő módon megfelel azon iránynak, melyben a legnagyobb valószínűséggel a *sérelemtől ment maradt látóidegrostok* elvonulnak.

Mint hogy a centralis érrendszer épmaradásából és az egyszerű idegsérülésekre vonatkozó érvelésünk szerint fel kell tennünk, hogy a sérelem a látóideget közel a foramen opticumhoz érte: a leírt viszonyokból következtetni lehet, hogy a látóhártya érző elemeinek elhelyezése és a megfelelő idegkötegeknek elvonulása a látóideg hátulsó részében tényleg azonos irányú. Ezen leletnek értékét növeli nemcsak, hogy Yvertnek már említett esete, bár a pontos látótérmet hiányzik, ugyan erre a viszonyra utal, hanem még sokkal inkább az a fölötte érdekes összetalálás, mely az én esetem és Uthoffnak egy klinikailag teljesen különböző esete közt feltűnt.¹ A szóban forgó kérdést illetőleg a kettő azonban majdnem úgy illik egymáshoz (hogy a hasonlatot ne messze keressem), mint egy körzék azon körívhez, melyből ki van metszve.

Egy betegnél, ki tabes dorsualisban és éveken át változatlan scotomában szenvedett, mely a látótér *belső felső quadránsát* három foknyi távolságra a rögzítő ponttól teljesen elfoglalta vala, az *atrophiás kötegeket* egészen a chiasmáig követni lehetett: a látóideg *külső alsó negyedében vonultak el*. Ezen esetben a scotoma éppen azon helynek felel meg, hol betegemnél a látóképes sector jelen van; a beteg idegkötegek pedig éppen azon részében a látóidegnek vonulnak el, hol esetemben a *nem sérült látóidegrészletet* feltennünk kell.

Adatok a szemhéjkepléshez.

Ifj. dr. Siklóssy Gyula alorvostól, a szt. Rókus-kórház szemosztályán.

Legyen szabad egy eljárásról megemlékezni, a mely szerint egy Fricke-féle blepharoplastica esetét corrigáltam, s a mely szerint később önállóan egy lagophthalmus esetet műtettem. Az eljárás röviden abból állott, hogy a homlok bőréből készített lebeny, melynek medialis vége elhalt s heg által lett pótolva, újra felfejtetett; az eredetileg gyökerének nevezett részen át, az arcba vezetett két metszéssel a lebeny jelentékenyen meghosszabbított, s most már a megnagyobbított és felszabadított lebeny a heg eltávolításával nagyobb anyaghiányba oly módon varratott be, hogy a lagophthalmus megszűnt: az előbb a heggel érintkező vége a lebeny ép bőrnek a belső részében lett megerősítve.

Az eset a következő:

H. M., 24 éves, szülességét, 1894. április 1-én jött a kórházba, segílyt keresve szembajára.

A szaruhártya alsó belső negyedén elhelyezett, genyesen infiltrált fekély nagy fájdalmakat okozott neki, e miatt előbb ezen bajának orvoslását kereste, majd leirandó lagophthalmusát is kívánta gyógyíttatni.

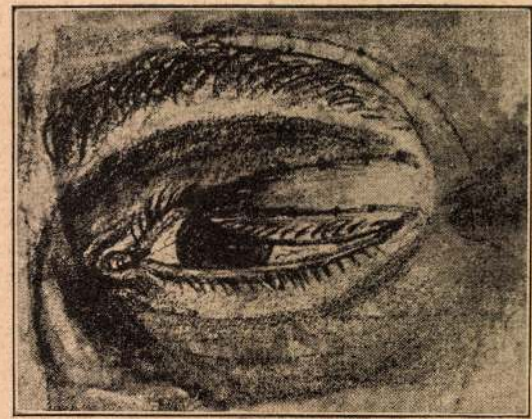
A szemhéjak csukásánál ugyanis éppen a szaruhártya említett részlete fedő nélkül maradt: a szemhéjak e területen nem záródtak, a felső szemhéj a belső részében jelentékeny megrövidülést mutatott. (Lásd sz. ábra.) A szemöldök alatt, a szemhéjszél felett, mindkettővel párhuzamosan haladva, két vonalas heg látszik a szemhéj bőrén, melyek körülbelül 1 cm.-re a szemhéj bőrnek az orrgyök oldalára való átmenetétől mintegy 3 mm.-nyi széles hegkötegekben végződnek. E hegkötegek rendkívül kemény, feszes consistentiájú; ráncokba nem szedhető; lateralis oldalán összefügg a két hegvonal által határolt lebenyvel, melyet mult évben operatív úton ültettek oda át a homlok bőréből. E helyen a homlok, a szemöldök

felett 5 mm. széles, 22 mm. hosszú, fényes fehér, majdnem horizontálisan, kissé alulról kívülről fel- és középfelé irányuló hegkötegek látszik. Ennek megfelelőleg a szemöldök lateralis részlete sokkal magasabban áll, mint az ellenoldali. Az említett lagophthalmus oka tehát a szemhéj megrövidülésében, a belső részhez közel eső hegkötegek vonulásában, húzásában keresendő; a szaruhártyai elváltozás csupán mint másodlagos bántalom fogható fel.

A szülességét kórházi kezelésbe lépett; aznap szaruhártyát égettük ki Paquelin-égetővel, mire az izgalmi tünetek néhány nap lefolyása alatt visszafejlődtek; a fekély megtisztult, alapja sima és fénylő lett.

Körülbelül egy hét múlva, április 9-én, mikor a szaruhártya teljesen meggyógyult, nehogy az ismétlődjék, az elsődleges szemhéjkeplő műtét javítására került a sor. Eredetileg e javítást úgy is lehetett felfogni, mint egy, adott esetben végzett, sajátos körülmények által módosított lagophthalmus műtétet.

Az elsődleges lebenynek széleit felszabadítottam, a belső szemzúghoz közel eső hegköteget eltávolítottam; a szemhéj szélét nagy figyelemmel minden hegköteget húzása alól felszabadítottam, úgy hogy ezek után a pillaszórtelep ugyanazon helyzetbe jutott, mint a másik szemé; a belső részben körülbelül egy négyszög-centiméternyi anyaghiány maradt, melynek medialis határa az orrgyök, külső határa pedig a már felszabadított, eredetileg a homlokból származó lebeny legperipherikusabb részlete felé nézett. A halántéktáj és az arcz bőrt már most az eredeti



1. ábra.

lebeny bőrével kellett összeköttetésbe hozni, hogy egy nyelv-alakú, új, nagy lebenyt kapjak. Ezt két metszéssel végeztem, melyek egyike a lebeny felső határának folytatásába esett, átszelte az elsődleges lebeny gyökét, az átfordítás helyét s a külső szemzúgtól le- és kifelé irányult a fülezimpa felé (mint ez a 3-dik ábrán látszik), másika pedig az alsó lebenyszél meghosszabbításában oly módon haladt, hogy a köztük levő bőrterület mindinkább elszélesedett, vagyis a két metszés egymás között bizonyos fokú divergentiát mutatott. Az így körülhatárolt bőrterület már most le- és kifelé, a külső szemzúgból kiindulólal alapjától leválasztatott. A lebeny új alakjában jóval nagyobb, $2\frac{1}{2}$ -szer akkora volt, mint a szemhéjon talált homloki lebeny, mely az újnak medialis részletét képezte.

Jóval nagyobb is volt az anyaghiány, melyet az új lebenynek takarnia kellett. A feladat tehát az volt, az új lebenyt a nála nagyobb anyaghiányba úgy beilleszteni, bevarni, hogy az a terület, mely eredetileg a belső részben fedetlenül volt, az egész lebenyre elosztassék, hogy az a hiány ez elosztás után bőrrel fedhető legyen. E célból az első varratokat a külső szemzúg magasságában alkalmaztam oly módon, hogy a lebenynek a szemhéj felé eső részlete semminemű vonulásnak alá ne legyen vetve. E varratok által a lebeny temporalis részlete bizonyos fokú eltolást szenvedett, melyet a későbbi varratokkal egyformán viseltek. A belső szemzúgban volt anyaghiány csakis ezen eltolás, emelés által vált pótolhatóvá. Az arezon frissen ejtett sebszélei tehát nem a szem-

¹ Archiv f. Ophthalmologie. XXXII. 4.

közt fekvő pontoknál erősítették meg, hanem olyanfórmán, hogy ha a esomós varratok 2 mm.-re egymás mellett alkalmaztattak a lebeny szélén, a continuitásban maradt bőrön $2\frac{1}{2}$ —3 mm.-nyi távolságban helyeztettek el: egy szóval a hiányzó terület eltolás útján lett pótolva, a megerősítés pedig ferde varratok alkalmazásával lett elérve.

Az 1-ső ábra a műtét előtti állapotot mutatja rajz után készült photographián, a 2-dik két héttel a műtét után nyitott, a 3-ik ugyanakkor esukott szemréssel. A gyógyulás, mint a képekből látható, simán folyt le; a varratokat nyolczadnap távolítottam el, ezideig semmi alkalmatlanságot nem okoztak s az egyesülést, illetve a helybenmaradást csak megkönnyítették.



2. ábra.

(Lembergben) műtették, vagy pedig az első műtét következtében úgy keletkeztek, a mi sokkal valószínűbb, minthogy az ember genyedsről és 8 hétig tartó kórházi ápolásról beszél.

Ezek szerint tehát a lebeny legperipherikusabb, legrosszabbul táplált részlete az első műtét alkalmával elhalt; ezen elhalt terület helyén keletkezett a hegyszövet. Hogy azonban ennek mi volt az oka, talán a műtét tartama alatt az általános sebészi tisztasági elvek nem lettek betartva, maga a műtét minden bizonynyal fáradságos és hosszantartó lehetett; talán a bőrön át vezetett metszést nem vezette a műtő függőlegesen; talán a sebszélek zegzúgosak, egyenetlenek voltak, talán a fonál vagy az altató kosár útján jutott valami a sebfelületre, mi a sebszélek elsődleges egyesülését akadályozta: röviden, nagy fáradsággal jár a blepharoplastikus műtétnél mindarra



3. ábra.

figyelemmel lenni, mit a sebészet kíván, különösen olyan osztályon, mely eredetileg nem sebészi czélokra van be rendezve.

Úgy hogy ezek után a hegköteget perhorreskálni nem szabad; mindegy, bármily okból támadt is az. Ép ily kevésbé czéлом az után fürkészni, mért nem kísérlették meg a javítást: lehet, hogy ebben őket az elégedetlen beteg távozása akadályozta. A mi osztályunkon az eset javítása kívántatott s ez alkalommal arra akarom felhívni a figyelmet, mily nehéz feladat vár a műtöre, ha szemhéjképlő műtét javítására vállalkozik. A javítás minden esetben nehezebb, mint az első műtét, hiszen a környező bőrtérlet már ki van használva, vagyis az első műtét által okozott hegek azt már a plastikus műtetre való alkalmatlanságától megfosztották.

A műtét módja ez esetben, Fricke szerint, igen helyesen lett megválasztva, de kevésbé szerencsésen sikerült. Nálunk

már csak arról volt szó, hogy a szemhéj bőrének belső harmadát pótoljuk.

De honnan vegyük az e czélra szükséges bőrt? Reverdin-Thiersch szerint eljárni a zsugorodás miatt nem volt szabad, mi az eredményt veszélyeztette volna. Mielőtt az olasz módszert alkalmaztuk volna, meg kellett gondolni, vajjon nem lehet-e a hiányt a szomszédságból pótolni. Az orr felől ez nem igen volt lehetséges, a mennyiben az orrhát bőre eltolásra nem alkalmas, az alatta levő feszes kötőszövettel olyannyira össze van növe, hogy eltolás esetén még jobban az orrhát felé húzta volna a belső szemzúg bőrét. Úgyszólván csak nyéles lebenyre lehetett gondolni, olyanra, melynek bőre függőlegesen az orr felett a homlokból van véve s melynek átfordulási helye az orrhátra esik. Az eredmény lehet hogy kielégítő lett volna, vagyis a hiány be lett volna takarva, de biztosan állítható, hogy cosmeticus szempontból kifogás alá esett volna.

Ilyen elmékedések között határoztam el magamat a műtét olyatén végrehajtására, mint azt fentebb leirtam. Szükségtelennek tartom ez eljárás előnyeit kiemelni, nem szükség-telen azonban az indicatiók felállítását, melyek mellett a műtét-módor siker reményében alkalmazható. Fricke-féle műtét javítása, mely a miatt válik szükségessé, mert a lebeny distalis vége elhalt, a miért is ectropion vagy lagophthalmus áll fenn, a legegyszerűbben a lebeny felkészítése, megnagyobbítása által eszközölhető, mikor is a lebeny elsődleges gyökere a lebeny testévé válik. Ez új lebeny nyújtása, illetőleg bevarrása a legszebb eredménnyel alkalmazható.

b) Hónapok teltek el, mialatt az eljárást csak úgy tekintettem, mint valamely igen specialis esetben alkalmazható módszert. Ez volt az oka annak is, hogy a közlését mindegyre halogattam. 1894. év szeptember hó 24-dikén történt azonban, hogy a 4-dik ábrán látható St. L. nevű beteg kereste fel osztályunkat, a ki azt adta elő, hogy 12 év előtt egy sérülés következtében tályog keletkezett homlokán, az orr felett, mely a szemhéjon, a felső belső szemzúgban ürült ki. Ez idő óta jobboldali felső szemhéjának belső fele annyira megrövidült, illetve rövid lett, hogy legnagyobb erőfeszítése mellett sem képes a szemrést zárni, szaruhártyának belső alsó negyede mindig szabadon marad.



4. ábra.

Jelenlegi baja két hét előtt kezdődött. Mindkét szem előre álló. A szemhéji conjunctiva erősen belövelt, jelentékenyen duzzadt; teke-kötőhártya vérbő, alatta igen erős episcleralis belöveltség látható. A szaruhártya belső alsó quadransát egy nagy fekély tartja elfoglalva, melynek alapja genyesen beszűrődött, s a mely felé edények látszanak indulni a szaruhártya széléről. A csarnok félig gennyel felt; látélessége $\frac{1}{4}$ m.-re ujjak olvasására szorítkozik.

Szeptember 25-dikén thermo-cauterisatio; majd a szaruhártya lezajlása után szemhéjképlő-műtét lett nála végezve: ugyanazon módon, mint az fentebb Fricke-műtét javítására ajánlatott. A heget a szemhéj belső zúgában eltávolítottam; a szemhéj szélét egészében szabadá tettem; abból a bőrből, mely a szemhéjon még maradt, valamint ennek folytatásában a halántéktáj és az areznak a bőrből (két a szemhéjon, a szemöldök alatt és a szemhéjszél felett kezdődő, nagysugárú ívalakban, kissé divergálva az arezra folytatódó metszés által) nagy lebenyt határoltam körül, melyet a szemhéj felől egészen a hajás bőrig alapjától felszabadítottam s az egészet az egész anyaghiányba bevarrtam.

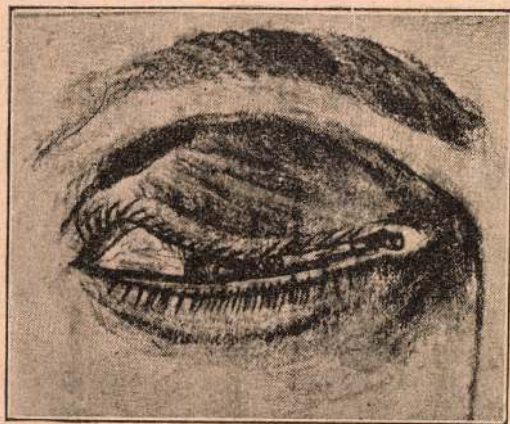
A varratok helyes alkalmazása nem kis gondot okozott. Az eltolásnak már a külső szemzűg magasságában, illetve a külső szemzűgnél be kellett fejezve lennie; eltolással nyert bőrral kellett azt a területet befedni, mely a belső harmadban a heg eltávolítása után maradt vissza. A nyújtás és az eltolás, mely az arezon történt, elégségesé kellett hogy tegye a le választott bőrt a mondott hiány befödésére. A szemhéjon magán a vongálásnak még nyomát sem lett volna szabad eltűnni; ha épen elkerülhetetlen, akkor a haránt átmérőben kevesebb veszélylyel jár (felülről lefelé), mint a lebeny hossz tengelyében.



5. ábra.

magából a szemhéjból kerül ki és épen e miatt ugyanoly finomságú, vagyis minden tekintetben a hiányzóval teljesen megegyező; részben pedig a halánték és az arez szolgáltatja hozzá (a külső részéhez) a szükséges bőrt, arról a tájékról kapja tehát, a hol az átmenet a vékony szemhéjbőrből a vastagabb, durvább arez bőrére alig vehető észre. Zsugorodás alól megvéd sebészi tudásunk, az asepsis és az a körülmény, hogy a lebeny teljesen felszabadított tarsushoz fog directe tapadni. A vongálás alól az említettem ferde varratok fognak megvédeni, melyek mindegyike az eltolás egy részét magára veszi; így elosztva, egy varratra sem jut több feszítés legyőzésének feladata, mint a másokra. Magán a szemhéjon alkalmazott varratok csupán biztosítékul szolgálnak az ellen, nehogy az egymáshoz tartozó szelvények eltolódjanak, valamint arra is, hogy azok szépen egyesüljenek.

c) Ezek kapcsán lehet talán felemlítenem azt a heges kiszegély esetet, melynek correctiója úgyszólván szemmel észre



6. ábra.

nem vehető módon történt. Mint minden ilyen esetben, úgy itt is a hibás irányban, helyzetben rögzítő heg húzása alóli felszabadítás a fődolog: a helyes (normalis) helyzetbe hozva, a hegek ott kell rögzítve maradnia s e helyzetben a szemhéjat megtartania. Ilyen hegfelszabadításnak számos módja ismeretes, nem alkalmazható azonban egyik sem a kívánt eredménynyel, ha (aránylag nagyobb) bőrterület hiányzik. A

hol nincs bőr, ott vagy bőrt kell betoldani, vagy eltolás által onnan bőrt nyerni, a hol az bővében van s a hol az elvett részlet által okozott difformitás eloszolva a nagy területre, szembe alig ötlő elváltozást okoz csak.

Ez esetben (mint a 6-dik ábrán a műtét előtt készített rajz mutatja) egy 17 éves leány forgott szóban, kinek felső szemhéján körülbelül a külsőzűgnek megfelelőleg, a szemhéjszél felett 7 mm.-nyi magasságban egy, a bőrt az orbita széléhez rögzítő heg volt látható. E heg okozta, hogy a leány szem-részt csukni nem bírta, szemhéja rövidnek bizonyult a teke betakarására. Szarúhártyáján már néhány heg régen kiállott keratitisek nyomaait mutatta, a kórházba lépéskor ugyanezek keratitis e lagophthalmoban szenvedett. Nyakán görvélyes hegek, részben megnagyobbodott nyirkmirigyek. Az eotropion javítására elégnék látszott a kóros helyzetben rögzítő heg húzása alóli felszabadítás, mely feltevés helyes volta rögtön kiviláglott, mihelyt egy egyszerű domború élű szikével az átmeneti redőn át a heg és az orbita külső fala közé hatoltam, a heget kiadóan felszabadítottam, mit a szikének a heg felett és alatt, valamint tőle jobbra és balra működésbe hozása által értem el. Így felszabadítottam a heg feletti területből is annyit, hogy eltolásra — bár csak kis fokban — szintén lehetett számítanom. De nagyobb fokú eltolásra szükség sem volt, a mennyiben a szemhéj bőre a felszabadítás után csak 4 mm.-rel volt rövidebb, mint a másik oldali rendes. Hogy e



7. ábra.

helyzetben a szemhéjat megtarthassam, a szemhéjszélbe három selyemfonalat fűztem nagyobb tű segítségével, két fonalat a heg magasságában a szemhéj bőrébe (a tarsus domború szélé felett), melynek egyik szára az átmeneti redő felől, másik a külbőr felől lógott alá s két igen erőset a homlok bőrébe, a szemöldök felett. E fonalak által a szemhéjszél annyira lehúzhattam, hogy az mélyebb állást foglalt el, mint az ellenoldali. Meghúzva őket, ragtapasz-csíkokkal rögzítettem őket a mandibula horizontális ágát fedő bőrhöz — előzőleg azonban lehetőleg felfelé eltolva ezt. Az így rögzített fonalak tényleg megfeszültek: ilyen feszült helyzetben maradtak három napig, mikor már az eredeti, hibás helyzetben rögzítő hegek helyett új hegek képződésre számíthattam, mely a szemhéjat a normalis helyzetben tartja majd meg.

Hogy az operációt mily eredmény kísérte, azt a 7-dik ábráról lehet leolvasni, mely műkedvelő felvétel után készült. A leány itt lefelé irányítja tekintetét; a pillák félig csukottak.

IRODALMI SZEMLE.

A subconjunctivális sublimat-injectióról. Pr. Dr. Bergmeister-től Szerző Darier módszere szerint kezelt és négy befecskendésre gyógyult két iritist mutat be, teljes desinfectio és cocain anaesthesia mellett 5—6 mg.-ot fecskendez be a cornea szél alatti sclerális conjunctivába, mely után fél óra múlva kis fájdalomosság, chemosis és szemhéj-vizenyő támad. Szerző chronicus iritis, üvegtesti homályok, retinitis specifica és chorioiditisnél eredményt nem ért el; az uvealis tractus heveny gyulladásainál ellenben utánzásra méltónak tartja. (Centralblatt für prakt. Augenheilk. Juli 1894.)

Schwarz Ernő dr.

Pagenstecher. Gyakorlati tanácsok kezdő szemorvosok számára, hogyan operáljanak szürke hályogot. Szerző általában ajánlja, hogy kezdő szemorvosok kísérletekbe sohasem bocsátkozzanak, hanem ama módokhoz ragaszkodjanak, melyekkel legbiztosabban visszaadhatják a látást; kosmetikus szempontokra ne

tekintsenek és csak akkor tehetnek alkalmas esetekben eltéréseket, ha már a műtéti technikában kellő jártasságot szereztek. Segédeinek adott tanácsait a következő pontokban foglalta össze:

1. Ne operáljunk lázas beteget.
2. A sebet fertőzhető forrásokat mindig kutassuk fel; vizsgáljuk meg tehát a conjunctivát, szemhéjat, szemhéjszált, könnytömlőt és könnyesatornát.
3. Vizsgáljuk meg a másik szemet is, és ha azon nincs izgalom, akkor operáljunk. Ha phtisis bulbi dolorosa van a másik szemem, azt előbb enucleáljuk. Ha sympathikus izgalom van a szemem, 6—8 hétig ne operáljuk a másikat, mert az izgalomból sympathikus gyuladást támaszthatunk. Ha a másik szem más gyuladással tüneteket (iritis, glaukoma stb.) mutat, előbb ezeknek teljesen el kell mulniok.
4. Csak érett hályogot operáljunk.
5. A környezetnek, eszközöknek és kéznek alapos tisztogatása után végezzük a műtétet.
6. A szemhéjat könnyen távolítható terpesztővel tárjuk szét. A bulbust közel a cornea szélhez fixáljuk. A metszést, mely a cornea kerületének $\frac{1}{3}$ legyen, inkább íves mint vonalas, keskeny Graefe-késsel, a sclero-cornealis határon kötőhártya-lebenynyel csináljuk.
7. Operáljunk iridektomiával.
8. Az elülső lencsetokot jól hasogassuk meg. Az elülső toknak csipővel való kihozásakor gyakorlatlan kéz lencse-luxatiót és üvegtest-előesést okozhat.
9. A lencsét a cornea alsó részére gyakorolt nyomással hajtsuk ki. Secundariákat a szemhéjnak a bulbushoz való enyhe súrolgatásával távolíthatunk el. Ne távolítsunk el csipővel tokmaradványt.
10. Az elülső csarnokot sohasem öblítsük ki.
11. Tokrepszés előtti üvegtest-előeséskor a lencsét kanál segítségével távolítsuk meg, mely előlegesen is végezhető, ha a hályog túlérett, zsugorodott és a beteg nyugodtan tart.
12. A kötés steril legyen.
13. Secundariát csakis békés szemem és minél előbb discindáljuk, mert később nem kapunk elegendő részt.
14. Discissiót a sclero-cornealis határon a cornea-száltól $\frac{3}{4}$ —1 mm. végezzük.

Ezek volnának ama tanácsok, melyeket ő segédeinek és klinikáját látogatóknak adni szokott. Szükségesnek tartja e mellett, hogy a szemorvos mielőtt gyakorlatra kimenne, mesterének vezetése mellett néhány hályogot már operáljon.

Szerző maga is eme alapelveket tartja szem előtt, azonban ő tesz eltéréseket is és iridektomia nélkül stb. is operál.

A következőkben bővebben kitér a fent említett fontosabb pontokra és mondja, hogy bár nem várható be minden esetben a hályog teljes megérése és némely éretlen hályog operálható is, azért kezdőknek, mert ilyenkor igen sok a secundaria és iritis meg glaukoma fenyegetheti a szemet, ha betegük sürgeti a műtétet, ajánlja, hogy előzetes iridektomiát végezzenek.

A műtét előtti antisepsis nála a következőkből áll: Műtét előtti napon a megfüröztött betegnek arcát, szemhéjat szappanos vízzel lemossa, 1:5000 sublimat-oldattal a kötőhártyaszakot kiöblíti, a könnyesatornát kifecskendi és ezen oldattal fél óráig borogatgatja a szemet.

Műtét előtt fél órával újra kimosatja és borogatja a szemet; közvetlen műtét előtt 1:5000 sublimat-oldattal újból kiöblíti a kötőhártyaszakot és 2% cocainnal érzésteleníti. Az eszközöket forró víz és szappannal mossa, a kezeket pedig 1:1000 sublimattal. Műtét után ismét 1:5000 sublimatot használ.

Ajánlja a beteg könnytömlőnek kiirtását és a canaliculusnak galvanokauterrel való obliterálását.

Az iridektomiával való operálást azért ajánlja kezdőknek, mert nem lehet előre megmondani, hogy műtét után nem lesz-e prolapsus, már pedig mindig jobb és könnyebb a lencse kihajtása előtt végezni az iridektomiát mint az után. Leírja azután, hogy az iridektomia nélküli műtétnek előnye, mert csak egy seb van, reactio nélkül gyógyul, míg iridektomiával végzettnél, utóbbival együtt kettő van. Előbbinél tokbenövés a sebhe soha sincs, utóbbinál lehet. Kosmetikus szempontból előnyösebb amaz, de meg jobb tájékozódást is nyújt és nincs fénykerülés. De hátránya, hogy az

iris 8—10% prolábál, mely suppuratióra, iridocyclitis chronica folytán pedig a másik szem ophthalmia sympathikájához vezethet. Egy másik hátránya, hogy gyakori a sok secundaria, mely hátsó lenővésekre vezethet.

Discissiót azért ajánlja a cornea scleralis határon, mert ez által elkerülhetjük a gyakori izgalmat iritis, glaukomát stb. és az esetleges infectiót. (Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde. November 1894.) Schwarz Ernő dr.

A párisi szemorvosok egyesületében az utolsó hónapokban tartott előadásokról a következőket közöljük: Wecker a cornealis sebzéseknél kötőhártyával való betakarásáról értekezik. Snellen azon ajánlata, hogy a corneán és sclerán ejtett sebekre conjunctivális lebenyt borítva azt varratokkal fixáljuk, igen czélszerű a limbustól távolabb eső sclerális sebeknél, de a limbushoz közelben, vagy magán a corneán levő sérülésekre nem alkalmazható. Utóbbiaknál Wecker úgy jár el, hogy a bulbaris conjunctivát a limbushoz közel, annak egész kerületében felszabadítja s azután azt az egyenes izmok tapadásának tájáig lefejtve vele az egész corneát beborítja az által, hogy az így lepraeparált conjunctivát vagy dohányzaeszkó módjára összefűzi a cornea fölött, vagy 4—6 verticalis varrattal egyesíti. 8—9 nap mulva a varratok szétválnak, a conjunctiva az ép corneáról lehúzódik, a cornealis seb a conjunctiva feszülése okozta nyomás behatása alatt kitünően gyógyul. A szem ezen idő alatt kötve marad. Ezen eljárás különösen az igen nagy és tátongó sebzéseknél alkalmas, melyeknek a szem különben áldozatul esnék. Ugyanígy jár el Wecker staphyloma műtétéknél is. Előnye ezen módszernek, hogy a legnagyobb seb is könnyen takarható be és hogy a conjunctiva jelentékeny nyomást fejt ki a tátongó sebszélekre. Antonelli a limbus táján levő sclerális sebeket elsüllyesztett varratokkal egyesíti s a seb fölé conjunctiva lebenyt von. Meyer ily esetben a conjunctivát még oldalt is bemetszi, hogy a feszülő varratok szét ne váljanak.

Trousseau már 1892-ben, Meyer 1872-ben végezték a Wecker által közölt műtétet.

Terson a szem üregébe hatolt ólomsörétek kihúzását ajánlja hosszú szárú, kissé hajlott pince segítségével oly esetekben, midőn különben enucleatio lenne javalva feltéve, hogy sympathikus gyuladás nem fenyeget. Ily módon több szemet sikerült megmentenie. Wecker szerint a sörét megtalálása nehéz s különben is a veszélyt nem annyira az idegen test, mint olyan, hanem a vele együtt bejutott fertőző anyagok képezik, melyek káros hatását a test eltávolítása meg nem szünteti. Ezzel szemben Galezowski és Kall megjegyzései után Abadie említ egy esetet, melyben a szembe hatolt sörét 6 év mulva keltett a másik szemem sympathikus gyuladást, mikor is exenteratiót végzett és a sörétet a foramen opticumhoz közel, a szemgödör fenekén találta meg. Chevallereau egy esetében a behatolt sörét a bemeneti nyíláson képződött heget belülről kifelé áttörte. Hozzá szóltak még Despagne, Wecker és Abadie, mire Terson hangsúlyozza, hogy ajánlata az esetek nagy számában különös veszély nélkül megkísérélhető, előkészítvén a beteget az esetleges azonnali enucleatióra, ha a sörét kihúzása nem sikerülne.

Leplat egy esetről tart előadást, melyben a könnyesatorna sondázása után halálos végű meningitis állott be. A beteg baloldali idült könnytömlőhurutban szenvedvén, Leplat 3%-os alumínacetatoldatot fecskendezett be az alsó könnyesövecskébe. A folyadék azonban nem jelent meg az ornyíláson, miért is 2-es sz. Bowmann-kutatóval tágitotta a könnyesatornát. A második sondázás után a beteg bal orcája megdagadt, a bal könnytömlő tájékán egy barna folt jelent meg, majd általános gyengeség, heves baloldali fejfájás, hányás állott be. Hőmérsék 38°, érelkés száma percenként 120. Másnapra e tünetek kissé alábbhagytak, negyednapra a bal könnytömlő tájékán egy jól határolt daganat keletkezett, este felé a fenti tünetek újból felléptek: szabálytalan pulsus, 39° testhő, Cheyne-Stokes légzés, öntudatlanság. Az arcon levő daganat kiterjedt a felső inyre, tömött, hullámzást nem mutat, fájdalommentes. Másnap a beteg comatosus állapotban meghalt. Nyilvánvaló, hogy a befecskendezett anyag a szomszéd szövetekbe ivódott be a könnyesatornából és hogy azután meningitis lépett fel. Ennek okául a sonda által okozott valamely kisebb horzsolást kellett felvenni, mert jelentékeny ellenállást a műtő a kutaszolásakor nem érzett és vérzés sem történt. A súlyos következmények

magyarozatára előadó hivatkozik *Gurwitsch* vizsgálataira, melyek szerint a könnyömlő visszere, mely rendszerint a vena angularisba ömlik, gyakran közlekedik a vena ophthalmica superiorral, sőt az esetek 95%-ában egyenesen abba nyílik. Tekintetbe véve a könnyömlő nyákhártyájának dús visszeres hálózatát, könnyen elképzelhető, hogy a sonda által okozott kis sérülésen át egyfelől a befeeszkendezett folyadék a szomszéd szövetekbe hatolt, másrészt ezen sérülés alkalmat adhatott a könnyömlő hurutjánál oly nagy számban jelenlevő mikroorganizmusoknak a vena ophth. superiorba s innen az agyburkok visszeres öbleibe jutásra. Hasonló ehhez *Webernek* egy esete, melyben a szemtájékon fellépett és csaknem meggyógyult orbáncz okozott agyhártyalobot és *Warlomonté*, melyben egy egyéves gyermekén végzett discissio cataractae műtétet követett agyhártyalob. A tovaerjedés ezen esetekben vagy egy lappangó phlebitis által vagy a vér útján történhetett.

Kalt az újszülöttek genyes kötőhártyalobjának gyógyításáról értekezik. Ő az általa feltalált szemkiöblítő készülékkel az esetek súlyossága szerint naponként 2—4-szer 2 liter 1:5000 kali hypermang.-oldattal mossa ki a szemet. Az öblítő készülék áll egy tollszárvastagságú rövid csőből, mely egy 11 mm. átmérőjű lapos kanálban végződik s kaucukcső által egy irrigátorral van összekötve. A kanált a szemhéjak alá tolja s az irrigátort 30 cm. magasságban tartva, a 2 liternyi folyadék 7—8 perc alatt átmossa a kötőhártya redőit. Előnyösnek tartja ezen eljárást, mert a felső szemhéjnak ecsetelés czéljából való kifordítása főleg gyermeknél sokszor igen nehéz és mert a kali hypermanganicumot még a fekélyes cornea is jól tűri szemben az arg. nitr. mal. *Dehenne* szerint a szem kiöblítése egyáltalában nem pótolja az arg. nitr. cummal való ecsetelést. Ugyanígy vélekedik *Abadie* is, ki a felső szemhéj kifordítására még a chloroform-narkozist és a szemzugok bemetszését is megengedhetőnek tartja. *Despagnet* szerint *Kalt* eljárása a magángyakorlatban ki nem vihető, a készülék alkalmazása corneális fekély esetén perforatióra vezethet. A felső szemhéj teljes kifordítását különben nem tartja szükségesnek. *Valude* a kiöblítést ecseteléssel egybekötve ajánlja s egyúttal bemutatja a *Lagrange*-féle öblítő készüléket, mely egyszerűsége és könnyű alkalmazhatósága folytán kitűnő szolgálatokat tesz. Ez lényegében egy lumennel bíró *Desmarres*-féle kanál, melynek domború, alkalmazáskor a szemteke felé néző lapján több nyílás van. Az eszközhöz csöves nyelét irrigátor-csővel összekötve, a kanalat ismert módon a felső szemhéj alá tolja; a kiáramló folyadék a kötőhártyát a legtökéletesebb módon mossa ki. *Lagrange* 70 cataractaműtétnél használta eszközét előzetes kiöblítésre (1:4000 sublimatoldattal) s egy esetben sem fordult elő következményes gyulladás. *Blennorrhoea* ellen 10‰ formololdatot ajánl kimosásra. *Vignes*, *Trousseau* az öblítő folyadékok közül a kali hypermang.-oldatot tartják a legegyszerűbbnek, *Terson* azt más, hurutos, genyes vagy álhártyás kötőhártyaloboknál is alkalmazta, de *blennorrhoea*-nál az arg. nitr. ecsetelések szerinte nem nélkülözhetők. *Darier*, *Gorecki*, *Chevallereau* és *Wecker* szintén az arg. nitr.-os ecsetelésnek adnak előnyt, míg *Kalt* több esetet sorol fel, melyekben az arg. nitr. súlyos corneális fekélyedést okozott. (Annales d'Oculistique 1894, 5, 6.) *Scholtz Kornél* dr.

A subconjunctivalis sublimat-befeekendésekről s azok javallatai és ellenjavallatairól egy újabb közleményt tesz közzé *Darier*. Azokkal szemben, kik a befeekendett sublimatnak a szem belsejébe jutását tagadják, hivatkozik az atropin- vagy cocain-beecseppentésekre, melyek kétségkívül bizonyítják a conjunctivára jutott folyadéknek a szembe való felszívását. A higany jelenlétét a mellső esarnokban *Bocci*, *Gallemaertes* és *Joly* elektrolysis útján kimutatták. Legjobban bizonyító pedig a higany behatolására azon therapeutikus hatás, melyet az kifejt, s melyet némelyek minden alap nélkül a befeekendett vízmennyiség mechanikus hatásának tulajdonítanak. *Muttermilch* oly minimalisnak tartja a szem belsejébe jutott sublimat mennyiségét, hogy szerinte annak lényeges hatása nem lehet. Szerző ezzel szemben kimutatja, hogy a sublimatnak a lues általános kezelésére használt 1 cgm.-os adagban való bőr alá feekendésénél a szemüregbe a *Muttermilch* által kiszámított mennyiségnek alig 1/16-od része jut, s mégis senki sem tagadja ezen sokkal kisebb higanymennyiségnek gyógyító hatását pl. egy gummás iritisre.

Az eljárásnak indicatióit *Darier* a következőkben foglalja

össze: a keratitis lymphaticának fekélyes vagy hypopyonnal társult alakjainál egy-két befeekendés jó szolgálatot tesz. A cornea fertőző fekélyeinél néhány injectio szintén elegendő, míg súlyosabb esetekben a galvanocauter is szükséges s az injectiókat a conjunctiva szigorú desinfectiálása előzze meg. Keratitis parenchymatosánál az injectiók az általános kezelés hatását igen jól elősegítik, de nagy izgalommal járó esetekben károsanhatnak. Iritis és iridochorioiditis ellen az injectiók csak az általános kezelés támogatására s csakis az izgalom csökkenésekor vehetők elővigyázattal igénybe. Ezzel ellentétben chorioiditis és retinitis ellen a befeekendések haladéktalanul megkezdhetők s szerző a látóélesség visszatérésében meglepő eredményeket látott olyankor, midőn annak fogyatékosága még nem volt destructiv bonczani elváltozások által föltételezve. Úgyszintén a nervus optikus lobos bántalmait is szép sikerrel gyógyította még olyankor is, midőn minden más kezelés sikertelen volt, kivéve a neuritis retrobulbaris hereditariát, melynél különös javulást nem látott. A traumatikus vagy műteti eredetű fertőző természetű gyuladások kezelését illetőleg szerző a „Gazette des Hôpitaux“-ban 1891. október 10-dikén megjelent cikkére utal. (Annales d'Oculistique 1894. 6.) *Scholtz Kornél* dr.

Alkalmazkodási bénulás kezelése *Behring*-féle vérsavóval (*Schmidt-Rimpler*-tól). Szerző két esetben biztosan, a harmadikban valószínűleg diphtheritis után keletkezett alkalmazkodási bénulásnál a *Behring*-féle oldatból egy üveggel (Nr. I.) feekendezett *Pravaz*-feekendővel a mellkas bőre alá, melyre a rendesnél gyorsabb gyógyulást ért el, miért is ő ajánlja a további kísérletezést ezen, valamint a conjunctivitis diphtheritica eseteiben. — (Centralblatt für Augenheilkunde. December 1894.)

Schwarz Ernő dr.

Echinococcus a szemgödörben (*Rabinowitsch* dr.-tól Odessa).

Egy szembeteg fordult szerzőhöz ama panaszokkal, hogy fél év óta heves fájdalmakat okozó vak bal szeme kezd elődomborodni. Bal szemén protrusio van, a szemteke be- és felfelé dislocált, mozdulatlan, szemhéjak hiányosan működhetnek. Cornea bágadt, a mi miatt a szemfenék nem látható. Fényérzés jó. Le- és kifelé mozdulatlan fluctuáló daganat tapintható, mely elül a szemtekei, kötőhártyától és szemhéjtól takart és befelé a szemgödri szélnél tovább nem követhető. Gyanú cystára volt, melyet a későbbi vizsgálat megerősített. Május 16-án műtét, midőn a daganatnak csak elülső 1/3-át távolították el, hogy a szemteket megmarhassák. — Junius 12-dikén rendes gyógyfolyamat után a beteg korlátoltan mozgékony, kissé kifelé fordult szemtekeivel és 2 méter ujj olvasással távozott. A vizsgálat kiderítette, hogy a műtét előtt nyert folyadék sok chlornatriumot tartalmaz és semmi fehérjét vagy borostyánkősavat; a hólyag fala *Echinococcus*-ra jellegzetesen elrendezett chitinlemezekből áll. Horgokat, scolaxeket nem találtak.

Az irodalomban eddig 33 eset lett ismertette, melyhez szerző az orosz irodalomból 4-et említ. (Issekutz dr. az 1890. évi Szemészet 2. számában „*Echinococcus retrobulbaris*“ czímen egy nálunk előforduló hasonló esetet közölt. Ref.) (Centralblatt für Augenheilkunde. December 1894.) *Schwarz Ernő* dr.

Klinikai és gyakorlati vizsgálódások a subconjunctivalis injectióról és annak therapeutikus jelentőségéről. (Dr. Carl Mellinger.) *Waldeyer*, *Schwalbe* stb.-nek ama nézete, hogy a subconjunctivalis nyirkedények a szemnek nagyobb nyirkedényeivel közlekednek, arra indította *Raymondot*, hogy a subconjunctivalis sublimat-injectiót a sympathikus ophthalmiánál megkísérélje, s mivel ő és utána többen, különösen *Darier* ezen eljárást a legkülönbözőbb szembetegségek ellen sikerrel alkalmazták és melegen ajánlották, a baseli klinika is megkezdte a cornea és uvea-betegségeinél az 1/10‰ konyhasó-oldattal vegyített 1:2000 sublimatoldatot alkalmazni. Azonban ők, valamint már előttük mások is, a sublimat-injectio jó hatása mellett annak elviselhetetlen fájdalmat okozó hatásáról és arról győződtek meg, hogy a conjunctiva és a sclera között oly lobot okoz, mely a befeekendés körüli helynek vagy necrosisához, vagy pedig a sclera és conjunctiva közötti összenövéshez vezet. Ezért e klinika közelebbi vizsgálat tárgyává tette a sublimat-injectiókat, mely czélból a fentebb megnevezett oldatból 1 *Pravaz*-feekendőt feekendett házinyulak conjunctivája alá, és a befeekendés utáni 3-dik 60-dik napon enucleálták a szemet és *Müller*-folyadékban megkeményítették. Tapasztalták pedig, hogy a 3-dik napon enucleált szemén a befeekendés

helye körül kis sejtű infiltratio volt, mely a 60-dik napon már kötőszöveté változott át.

S minthogy az emberek szeméin hasonló változásokat idéz elő a szer. iparkodtak eme hátrányoktól ment szert keresni és ezért enyhébb (1:4000) sublimat-oldatból 1—4 vonalnyit fecskendeztek házinyúlnak conjunctivája alá, mire tényleg a káros mellékhatások nélkül jó eredményt értek el, azonban az emberek szeméin még ezzel sem tudtak enyhébb hatást elérni.

Nem lévén pedig feltehető, hogy pl. hypopyon-keratitisnél az oly gyenge sublimat-oldat hatásos lehetne, a konyhasóra vagy pedig a folyadékmennyiségre gondoltak mint ható szerre és 0.75—2% konyhasó-oldatból 4 vonalnyit fecskendeztek a conjunctiva alá, melylyel ugyanazon bántalmaknál ugyanolyan jó hatást értek, mint a sublimattal, utóbbinak káros mellékhatása nélkül.

A subconjunctivalis injectiók hatását úgy magyarázza szerző, hogy ez által a cornea és elülső csarnokban a nyirkáramlás és felszívódás gyorsul, mi által a fertőző anyagok gyorsabban távoznak, melyet még fokozni lehet, ha konyhasót adunk a sublimathoz.

Összegezve az egészet, mondja a szerző, hogy a sublimat-injectio jó hatása a szem nyirkáramlásának gyorsításában van, de fájdalmakat és adhaesivlobot okoz; míg a konyhasó hasonló jó eredmény mellett ment amannak káros hatásától. — (Archiv für Augenheilkunde, November 1894.)

A subconjunctivalis injectióról. Guttman dr.-tól. Szerző felolvasásában történeti sorrendben tárgyalja a subconjunctivalis injectióról megjelent közleményeket és eredményeket. Első helyen Rothmundot említi, ki 1866-ban cornealis homályok felvilágosítására konyhasó-oldatot fecskendezett a conjunctiva alá. 1887-ben Secondi sublimatot, 1889-ben Schöler jodot, Natrium salicyl., carbolt fecskendett az üvegtestbe és így halad tovább. Mivel az eredmények egymással megegyezők, nem sorolom fel külön az egyes szerzők eredményeit, hanem összegezve adom ama szem-betegségeket, melyeknél jó eredménnyel használták a Dariertől legmelegebben és kiterjedtebben ajánlott eljárást. Keratitis parenchymat; keratit. ulceros. cum hypopyo; keratit. diffusa; pannus trachomatos. Iritis specific. Ophthalm. sympath., Iridocyclitis. Hályogkivonás utáni fertőzésnél. Chorioretinit. central., areolaris disseminat. Atroph. pigmentos. retinae. Embol. arter. centr. retin. Luetikus eredetű atroph. nerv. opticeinél. Szemfenéki elváltozással járó myopiánál és még többnél. Az esetekben Darier módszerét követték és 1:1000 sublimat-oldatból 1—2—5 vonalnyit fecskendeztek a kötőhártya alá, 7 mm.-el a corneaszéltől és pedig naponkint vagy szükség szerinti időközökben.

Szerző mások eredményeitől indítva maga is foglalkozott a subconjunctivalis injectiókkal és 1892-ben egy episcleritisnél jodtrichloridot alkalmazott eredménnyel. 1893. évi decemberben pedig a sublimat-injectiókat kezdte meg és 11 esetben alkalmazta ú. m. 1 kerato-iritis, 1 kezdődő panophthalmitis, 1 neuritis retrobulbaris duplex, 2 keratitis parenchymatosa, 1 chorioiditis disseminata üvegtesti zavarokkal, 1 retinitis pigmentosa, 1 chorioiditis atrophicans, 1 ruptura sclerae és 1 hályogkivonás utáni fertőzésnél. Azonban nemcsak hogy egy esetben sem ért el a szerző megnevezhető eredményt, hanem ellenkezőleg helyenkint károkat tapasztalt, melyek a sublimat-injectiók félben hagyására kényszerítették és újabban egy enyhébb szernek a jodnatrium kipróbálásához kezdett. Felolvasását pedig azzal végzi, hogy a sublimat terapiával, mint nem alaposan kipróbált szerrel nagy reményeket keltettek fel, sok fájdalmat, sokszor ártalmat okoznak gyógyeredmény nélkül. (Archiv für Augenheilkunde. November 1894.)

Schwarz Ernő dr.

A temporalis hemianopsiának gyógyulását követő jobb oldali hemianopsia és ophthalmoplegia-externa részleges gyógyulással. H. W. Würdemann. Egy 35 éves, malaria cahexiában elgyengült, lesóványodott férfit beteg látásának hirtelen történt elvesztéséről, emésztési zavarokról és álmatlanságról panaszkodott. Luetikus fertőzést tagad, dohánynyal és szesz italokkal mérsékelten él. Jelen baja előtt jól látott. Visusa jobb szemén 6/XII; balon 6/XXIV. Pupillák középtágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Papillák halványak, a retina ütere szűkültek, vénái tágak, kanyargók. A látótér tipikus temporalis hemianopsiát mutat, csak a fixált pont körül mintegy 70°-nyi övben maradt meg a centralis látás. A színes látótér ar orri, különösen a bal oldalon szűkülte,

a fehér normalis. A therapia absolut nyugalom, meleg mustáros lábfürdők és salinikus hashajtók alkalmazásából állott. A következő napokban a beteg állapota rosszabbodott, bal szemének látása csaknem teljesen elveszett. A színes látótér teljesen hiányzott, a fehér majdnem a centrumig szűkülte. A jobb szemén a fehér látótér változatlan, színérzék megszűnt. Bal szemének látása csak a kézmozgások észrevezésére szorítkozott, a jobbal 2 m. olvas ujjakat. Tápláló ételek mellett 0.30 gm. Chin.-sulf.-t kapott. Ezután úgy látása mint közérzete lényegesen javult. A centralis látás a jobb oldalon egy nagyobb scotomát kivéve, visszatért; a bal szem javult bár, de a hemianopsia kifejezett. Vaskészítmény. Jodkali és dúis fehérszén-tartalmú tápanyag lett rendelve, majd néhány nap múlva massage. Ezen gyógykezelésre nem sokára feltűnő javulás állott be. Jobb szemén 6/XXIV; balon 6/LX volt a látása. Fehér látótér normalis, színesek kissé szűkültek. Papillák a kezdődő atrophia képét mutatják.

Gyógyulása nem volt tartós; közérzete rosszabbodott, emésztési zavarokról, álmatlanságról, gyengeségről panaszkodott. Würdemann ezért egyenletes hőmérsékű levegőben való tartózkodást ajánlott a betegnek, ki a Bermuda-szigeteket kereste fel, itt azonban dysenteriat kapván haza utazott.

Hazajövetelekor bal szemén ptosis, paralysis musc. rect. int. constataltatott. Pupillák tágak és mozdulatlanok valának. Retina ütere szűkek, vénák tágultak, kanyargók. Fényérzés nincs.

Az első izben alkalmazott terapiára ismét szembetűnő volt a változás. A látótér jobb oldalán ugyan teljesen s a balon mintegy 10°nyi övben hiányzott a tárgylátás, de a többi helyeken visszatért. Strabismus externus és diplopia bár volt, de ezek a rossz látás miatt nem okoztak zavart. Vaskészítmények, fehérjedús ételek és a jodkali alkalmazása után még jobban haladt a gyógyulás. Ptosisnak alig volt nyoma, diplopia, strabismus eltűntek, mindkét szemén 1 m. olv. ujj. Színlátása előbb a jobboldali orri, néhány nap múlva a baloldali temporalis részen tért vissza. Három hétig tartó sósfürdő és masszálással való kezelés után úgy közérzete mint látása is jobb lett. Pupillák normalisak, a ptosis megszűnt, a papillák kissé atrophizáltak. Visusa mindkét szemén 6/LX. — + 2.0 D. Sn 1.50 olvas.

A hemianopsia ezen különböző alakjai és a centralis látás változásai két izben történt apoplexiára vallanak, melyek valószínűleg az évekig tartó cahexia és anaemia után létrejött agyalapi miliaris aneurismákból származtak.

Az első apoplexia bizonyára a chiasma elülső szélénél történt körülírt vérzés nyomása által okozta a temporalis hemianopsiát.

A részleges atrophiat pedig a coagulum. Másodszor hátrább történt a vérzés s a baloldali tractus egész hosszára kiterjedt, az oculomotoriusra is gyakorolván rövid ideig tartó nyomást. A látás romlása és a színérzék változására kielégítő magyarázatot nem tud a szerző. (Archiv für Augenheilkunde 1894. XXIX.)

Járó Ferencz dr.

VEGYESEK.

— *Uj könyvek.* Steiger. Beiträge zur Physiologie und Therapie der Hornhautrefraction. Wiesbaden. Verlag von J. Bergmann 1895.

Mauthner. Farbenlehre. Zweite, vielfach geänderte Auflage. Wiesbaden. Verlag von J. Bergmann 1894.

Eugen v. Hippel. Ueber Siderosis bulbi. Leipzig. Wilhelm Engelmann. 1894.

Otto Lange. Schemata zum Einzeichnen ophthalmologischer Krankheitsbefunde. Braunschweig. Harald Bruhn. 1894.

Alexander. Neue Erfahrungen über luetische Augenerkrankungen. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1894.

Nimier et Despagne. Traité élémentaire d'ophtalmologie. Paris. Félix Alcan. 1894.

Wolfberg. Ueber die diagnostische Bedeutung der Augenfunctionsprüfungen. Hamburg. 1895.

Prof. Wilhelm Schüle. Ungarische Beiträge zur Augenheilkunde I. Band. Leipzig und Wien. Franz Deuticke 1895.

— *A budapesti egyetemi szemklinika betegforgalma az 1894-dik évben a következő volt: 7707 új ambulans beteg közül 754 nyert felvételt. A nagyobb operálások száma: 832, ezek között 281 szürke hályog-extractio, 25 más hályogoperálás, 180 iridectomia, 16 iridotomia, 44 tenotomia, 45 enucleatio, 7 blepharoplastica, 41 chalazion stb.*

— *Straub dr.-t az amsterdami egyetemen a szemészet rendkívüli tanárává nevezték ki.*

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 Behring-féle savóval elért eredményeim.¹

Bókai János dr., egyet. rk. tanár, igazgató-főorvostól.

(Folytatás.)

Uraim!

Statistikám részletezése után áttérhetek a serumtherapia körül szerzett *specialis* tapasztalataim közlésére, s midőn ezen tapasztalataimról beszámolok, elmúlt évi október 27-diki előadásomat újabb adatokkal csak mintegy kiegészíteni óhajtom.

Reactio a vérsavó befecskendezése helyén újabb keletű 85 észleletemnél is csakis annyiból jelentkezett, hogy néhány esetben, a befecskendést követő napon, körülbelül gyermektenyérynyi terjedelemben, kifejezett egyenletes bőrpír fejlődött a beszúrási hely körül, eléggé feltűnő bőrérzékenységgel, mely tünetek azonban, dacára hogy phlegmone fellépésére látszóttak utalni, alig kétszer 24 óra lefolyása után tökéletesen visszafejlődtek. 120 esetem között tályogképződéshez vezető kötszövetlob összesen csak négy esetben fordult elő. (Martin Párisban 3000 oltás között három esetben látott tályog-fejlődést.)

A serum utóhatása gyanánt eseteimnél jelentkezett csalánkiütésszerű erythemákról alább fogok szólni.

A vérsavó-kezelés kedvező hatását a beteg általános állapotára, vagyis közérzetére újabb 85 esetemnél is, és pedig azok legtöbbszörénél kétségtelenül tapasztaltam s mindazt, mit ide vonatkozólag első előadásomban említettem, későbbi tapasztalataim megerősítik.

A serumbefecskendés hatását a lokális folyamatra, torokdiphtheriánál, legtöbbször csak a befecskendés utáni második, illetőleg harmadik napon láttam feltűnően nyilvánulni; az álhártyás kiizzadás a torokképleteken mindenekelőtt demarkálódott, majd vékonyult, s szennyes szürkés színe fehéres színt nyert, s az álhártyák vékonyodása fokozatosan haladva előre, azok lassanként fátyolszerűvé váltak s eltűntek.² Két vulvitis diphtheritica esetemben az álhártyás felület megtisztulását hasonló módon láttam végbemenni, s a conjunctivitis diphther. esetben (csak az egyik szem köthártyája volt bántalmazva) a diphtheriás izzadmány eltűnése ugyancsak ily módon ment végbe. Kiterjedt torokdiphtheria eseteinél is az álhártyáknak visszafejlődését, illetőleg teljes eltűnését a serumkezelés ötödik-hatodik napján már bekövetkezettnek láttam.

Feltűnőleg gyors álhártya-leválást a torokban, úgy mint első 35 esetemben, későbbi 85 észleletemnél sem tapasztaltam, mit annyival inkább óhajtok hangsúlyozni, mert mint alább hallani fogjuk és mint már október hóban is jeleztem volt, laryngitis fibrinosa eseteinél nagy hártatömegeknek ki-

küszöbölődését a légutakból, a serumkezelés megindítása után rövid időre, többször, sőt mondhatnám feltűnőleg sok esetben alkalmam volt észlelni. Ezúttal is felemlítem, hogy azon eseteimben, hol a torokban kiterjedten szennyes, vaskos és kocsonyásan beivódott álhártyák tapadtak a nyákhártyán, mely képről tudvalevő, hogy eléggé rossz prognosist nyújt, a diphtheria jellege a serum-kezelés alatt csakhamar kedvezőbbé alakult, a mennyiben már egy-két nappal a serum alkalmazása után a kocsonyás izzadmány fehér, tömörült izzadmánnyá változott át s ezzel együtt a fennállott pharyngealis stenosis is enyhült, majd teljesen eltűnt.

Orrdiphtheritisnél, s ily esetünk összesen 13 volt, a serum alkalmazása után a bőven szivárgó szennyes, véresen festenyzett váladékot már 24—48 óra után csökkenni láttuk s az ily eseteknél rendszerint kifejezetten észlelhető penetrans szag az orrból, a folyékony orrváladék kevesbedésével jelentékenyen csökkent, majd nemsokára el is enyészett. Hogy szövödményes diphtheritis narium azon eseteinél, hol a rostonyás felrakódás vaskos álhártyás tömeszeket képez, a serumkezelés az álhártyák kiürülését az orrjáratokból tetemesen elősegíti, illetőleg gyorsítja, azt újabb tapasztalataim bizonyítani látszanak, szük-ségesnek tartom azonban megjegyezni, hogy ily esetekben a serum alkalmazása mellett az álhártyatömesz mielőbbi kiürítése czéljából naponta két-háromszor erőlyes orrfecskendéseket is végeztem, 2%-os bórsav-oldattal, az ismert módon s a tömeszek rendszerint nem spontán ürültek az orrjáratokból, hanem a belövelt folyadék sugara által mosattak ki onnan. (A mellékelt *b* ábrák ily orrjáratú álhártyákat tüntetnek fel a természetes nagyság $\frac{1}{3}$ -ára kisebbitve serumos időszakból.)

120 esetre terjedő beteganyagomban az operált stenotikus diphtheriás betegeknek száma, mint láttuk, 49-et tett ki, s miután ezeken kívül még 14 nem operált stenotikus diphtheriás beteg szerepel statistikámban, összes eseteimnek több mint fele stenosis laryngis tüneteivel vétetett fel a kórházba.

Hogy a serumkezelés által a gége és légeső nyákhártyájának diphtheriás megbetegedése a legelőnyösebben befolyásoltatik, azt azon gyógyulási százalék, melyet *operált* (*intubált*) serumos eseteimnél elértem, nézetem szerint minden kétséget kizárólag bizonyítja (a gyógyulási százalék ugyanis 57.0% volt, a serum előtti időszak $22\frac{1}{2}$ — $42\frac{1}{3}\%$ -ával szemben); legalább azon körülmény, hogy hasonló kedvező százalékról más szerzők is beszámolnak, így pl. legutóbbi időből *Ganghofner* és *Ranke*, mutatja azt, hogy az általam elért feltűnő kedvező gyógyulási arány nem a véletlennek szeszélyes játéka által van feltételezve, hanem kétségtelenül a serumkezelés kedvező következménye.¹ S hogy operált eseteim egyáltalában nem tartoztak a könnyű megbetegedések közé, sőt műtett eseteimnek körülbelül felénél az álhártyás folyamat igen kiterjedt volt, majdnem a bifurcatióig terjedt, tehát oly tüneteket mutatott, melyek mellett, elég bő tapasztalataink alapján, a bronchitis crouposa tüneteinek kifejlődésére el lehetünk készülvé, mutatja az *a*-val jelzett 12 ábra, melyeknek majd

¹ Lásd Orvosi Hetilap 9. szám.

² Az esetek kezelésénél, összes 120 esetemben, a serum alkalmazásán kívül egyéb gyógybeavatkozás nem történt, nevezetesen a torokképletek helyi kezelése tökéletesen be lett szüntetve (lásd októberi előadásomat).

¹ A *c* ábra a serum előtti és serumos időszakban elért műteti eredményeimet tünteti fel.

nem mindegyike nagy kiterjedésű s eléggé vaskos trachealis álhártyát érzékit. (Ezek közül csak egy hártya származik oly betegről, ki bronchitis crouposa folytán, a kezelés daczára, elhalt, míg a többi 11 álhártya gyógyult esetektől nyeretett.)

Érdekesnek tartom felemlíteni, hogy daczára, hogy a légesőbből expectorált szebb álhártya-példányokat már évek óta rendszeresen gyűjtöm a kórházban, a serum előtti időszakban átlag egy éven túli észlelési idő alatt sem sikerült annyi imponzans álhártyát félretennem, mint a serumos időszak rövid 4 hónapja alatt.

Operált eseteimnél, értem a gyógyult eseteket, a tubus bennlételem átlagos tartama 58 órát tett ki, míg a serum előtti időszakban, 200-nál több intubációval gyógyult esetemből számítva ki az átlagot, a tartam $80\frac{1}{2}$ óra volt. (A tubus bennlételem maximuma gyógyult eseteimnél 154 és 183 óra volt, a minimum pedig 7 és 8 óra.) A tubus bennlételem átlagos tartamának kisebbedését serumkezelés mellett a legújabb szerzők közül *Ranke* is hangsúlyozza. Megjegyezzük, s ezt ismét a serumkezelés javára kell felírunk, hogy enyhe stenosis felvett 14 diphtheriás betegünknel a serumkezelés mellett az operatív beavatkozás a szűkülési tüneteknek csakhamar beálló enyhülése folytán szükségtelenné vált, s hogy azon 57 diphtheriás esetünknel, kiknél a felvétel alkalmával stenosis tünetei nem észleltek, a kezelés folyama alatt larynx-szűkület tünetei nem is fejlődtek. Ugyanezen tapasztalatot *Kossel*, *Katz*, *Baginsky*, *Widerhofer*, *Ganghofner* és *Ranke* is különösen hangsúlyozták.

A serum alkalmazásának általam észlelt hatását a test hőmérsékére s az ütérőkésre, ezúttal részletesen nem fejtegetem (októberi előadásomban ezen irányú tapasztalataimat behatóan tárgyaltam)¹, csak felemlitem, hogy a *Heubner* és *Roux* által hangsúlyozott majdnem kritikus hőmérsékésökkenést („La température s'abaisse promptement sous l'action du serum“) október óta is csak alig néhány esetben észleltem kifejezetten, ellenben az ütérőkésnek kevésbé frequenssé válását, valamint a pulsusnak szabályosabb, teltebb és feszesebb voltát már néhány órával az oltás után utóbbi 85 esetem legtöbbjénél is constatáltam. Hogy a serumnak a diphtheriás betegek lázas hőmérsékére való hatását illetőleg a nézetek az észlelők között nem egészen egybehangzók, így pl. *Widerhofer* is csak kivételesen észlelte a kritikus hőesést, annak magyarázatát talán azon körülmény adja meg, hogy diphtheriás megbetegedéseknél, feltéve, hogy a folyamat a garatürben marad lokalizálva, sokszor tartósabb lázas hőmérsék nem észlelhető, s a láz többé-kevésbé rövid idő alatt végleg eltűnik.

A diphtheriával majdnem egyidejűleg fellépő mirigyduzzanatokat illetőleg újabb tapasztalataim hasonlóképpen azt mutatják, hogy ezen duzzanatoknak kisebbedése a serum befecskendése után csakhamar észlelhetővé válik, úgy hogy első előadásomban kifejezett azon nézetemet, hogy a mirigyduzzanatok kisebbedése képezi a pulsus minőségének megváltozása mellett a serumhatás egyik első jelét, újabb tapasztalataim által csak igazolva látom.

Mindezek után áttérhetünk azon kérdés tárgyalására, hogy 120 esetre terjedő tapasztalataim alapján *Behring*-nek azon kimondását: „Dass das Diphtherie-Heilserum für den Menschen eine ebenso unschädliche Flüssigkeit sei, wie eine sterilisirte physiologische Kochsalzlösung“ ma is fentarthatjuk-e változatlanul, mely kérdésnek fejtegetése szoros összefüggésben áll azon a legutóbbi időben különösen előtérbe tölt kérdések megoldásával, hogy a) a serumtherapia miképpen befolyásolja a diphtheriás betegeknek fehérje-vizelését, b) az utóhántalom gyanánt fellépő post-diphtheriás hűdésekre van-e bármilyen befolyással, s c) a diphtheria folyamán jelentkező szívűdésnek számát szaporítja-e vagy csökkenti. Ezen kérdésekkel kapcsolatosan óhajtok szólni azon tapasztalataimról is, melyek a serumtherapia folyamán fejlődött erythemák-ra vonatkoznak.

(Vége következik)

¹ Lásd októberi előadásom ide vonatkozó táblázatait.

Közlemény a Róna Sámuel dr. egyetemi m.-tanár vezetése alatt álló szt. Rókus-kórházi XI-dik orvosi fiók-osztályról.

A húgyesőkankó orvoslása argentammal.¹

Aschner Arthur dr., kórházi gyakornoktól.

Az antiseptikus aera óta számos szert ismertettek mint olyant, mely a kankós folyamatot gyorsan és biztosan befolyásolni, a gonococcut gyorsan és biztosan elpusztítani, vagy közbevetett utakon ennek megelőzési képességét megakadályozni képes volna. Az évek során át szerzett tapasztalatok és különösen *Friedheim* vizsgálatai azonban sok szernek teljes hasznavehetetlenségét deríték ki, úgy hogy ma már egy nagy részük a terapiából teljesen kiküszöböltetett. Egyesek ugyan még használatban vannak, de ezek sem mint antigonorrhikus szerek szerepelnek, hanem csak mint a gonococcusok által előidézett lobos szövetelváltozásoknak javítására szolgálók, és vajmi kevés ma azon szerek száma, melyekről meg van állapítva, hogy biztosan hatnak a gonococcusokra.

Friedheim (Neisser kórodáján) 30 szerrel végzett vizsgálatokat, hogy azoknak gonococcut ölő képességét kiderítse. Ezek közül csak a leggyakrabban használatban levőkről emlékszem meg. *Friedheim* szerint a kénesőkészítmények közül határozottan gonococcut ölő képességgel bírnak a sublimat és a hydrarg. salicylicum; azonban mindkettő heves reactiót idéz elő a húgyeső nyálkahártyáján: különösen az első kiszámíthatatlan volt ingert okozó hatásában, úgy hogy még 10,000—15,000-szeres hígításban is az esetek 50%-ánál a kezelést be kellett szüntetni. Inkább hasznavehetőnek mondja a hydrarg. salicylicumot, mely ugyan lassabban hat, azonban a nyálkahártyára gyakorolt inger korántsem oly nagyfokú. A kalium hypermanganicum szintén gonococcut ölő képességgel bír, azonban töménységének azon határánál, melynél a gonococcut elpusztítani képes, szintén nagy ingert képez a nyálkahártyán; 17 eset közül 1:0:3000—1:0:5000-szeres oldat által a gonococcusok csak 6-szor befolyásoltak. A zincum, plumbum és a tannin készítményeknek nincs befolyásuk a gonococcusra; hatásuk abban nyilvánul, hogy a nyálkahártya reparálásában közreműködnek, a kiválasztást csökkentik és a genyes váladékot savós és laphámsejtekben dús váladékká átváltoztatják és mindezt különösen akkor, mikor a váladék már gonococcusoktól ment. Hasonlóképpen hat az acid. boricum és alumen acetatum. A sozjodol-készítmények 32 eset közül csak 8-ban befolyásolták a gonococcut. Valamennyit úgy a gonococcusra mint a lobos nyálkahártyára való hatás tekintetében felülmulja az *argent. nitricum*.

Jadassohn 1892-ben a már nőgyógyászok által régebben használt *ichthyol* a férfi gonorrhoea terapiájába is bevezette és 1—5%-os oldatoktól határozottan antigonorrhikus hatást és tűrhető subjectív tüneteket észlelt.

A gonorrhoea ellen használatos szereknek eszményképe volna azon szer, mely képes volna olyan esetekben, mikor az infectio utáni első napokban kapjuk a beteget kezelésünkbe, vagy olyanokban, hol a folyamat még heveny állapotban van és csak a pars anticára szorítkozik, a gonorrhoeát elnyomni, illetve azt itt megállapodásra birni, tehát mielőtt az a húgyeső hátsó részébe vándorolt, a honnan esetleg complicatiók is fejlődhetnek, a mikor azután therapeutikus főrekvéseink tetemesen meg vannak nehezítve. Mennyiben felelnek meg eddigi szereink és különösen az *argent. nitricum* ezen követelményeknek, ezt azok, kiknek alkalma van számos kankós folyamatot végig észlelni, legjobban fogják tudni. Eltekintve azon esetektől, melyek az úgynevezett abortív kezeléssel egynéhány nap alatt meggyógyítottak, és a mikor a főkövetelmény az, hogy a betegek az infectio utáni első napokban jelentkezzenek az orvosnál — és tudvalevő dolog milyen ritka példány egy ilyen beteg —, eddigi szereinkkel az esetek túlnyomó számában az urethritis posticanak kifejlődését megakadályozni nem vagyunk képesek.

Az előbb mondottak magyarázatát igen könnyen meg-

¹ Ezen közlemény beküldetett 1894. november havában.

adják egyrészt a gonococcusnak biológiája és az általa előidézett szöveti elváltozások. Ezeket Bumm, Wertheim, Touton és különösen Fingernek utolsó (1894.) dolgozatából tanulhattuk meg. Finger 3 haldoklónak húgyesővébe tisztán tenyésztett culturából oltott és bonczolat alkalmával igen tanulságos leleteket kapott. Különösen az utolsó (III.) esetben oly leleteket irt le, melyek a gonorrhoea terapiájára sok tekintetben, különösen az ú. n. abortiv módon kezelendő esetekre nézve irányadóul szolgálhatnak.

Ezen említett esetben a halálozás a harmadik napon az oltás után következett be; tehát az infectio 3 napos volt. A húgyeső nyálkahártyája az orificiumtól a pars pendula közepéig duzzadt, vörös és fellazult volt, a genyesejtek 4-szeres és többszörös rétegben feküdtek felette, a lobos tünetek, a mint ezt Bumm is a conjunctivitis gonorrhoeicanál találta, a hámréteg alatti kötőszövetig terjedtek. A fossa navicularisban a lapos hámréteg még eléggé erősen függött össze, míg a hengerhámmal fedett helyeken az ellenkezőt találta; itt a fellazulás különösen a Morgagni-féle tasakok közelében és azokban bent meglehetősen fokban kifejlődött, egyszersmind a tasakok telvék voltak genyesejtekkel. Igen feltűnő, hogy a gyulladás terjedelmében az elváltozások nem egyenlően intensívek voltak, hanem valamennyi rétegben a perifollicularis részekben érték el legnagyobb fokukat. A kötőszövet is hasonló módon beszűrődött, úgy hogy a beszűrődés a corpus cavernosumig is kiterjedt. Megfelelőleg ezen lobos elváltozásoknak, a gonococcusokat is rendkívüli számban találni, szintén túlnyomólag a perifollicularis részekben, hol egyszersmind a kötőszövetet is tömeges számban elárasztják. Másrészt pedig, míg a lapos hámréteggel fedett kötőszövetben a gonococcusok nem követhetők, addig a hengerhámmal fedett kötőszövetben már elég számú gonococcus található, és különösen ott, hol a lob a legintensebb, tehát a Morgagni-féle lacunák körül.

Feltűnő tehát azon gyorsaság, melylyel a gonococcusok az infectio után a Morgagni-féle lacunák mélyébe és különösen az ezeket körülvevő kötőszövetbe hatolnak. Ha ezen igen tanulságos leleteket szemünk előtt tartjuk, akkor könnyen beláthatjuk, miért sikerül oly ritkán a kankós folyamat coupírozása, még oly esetekben is, melyekben a beteget már néhány nappal fertőztetése után kapjuk kezelésre.

Hogy tehát a gonorrhoeát sikerrel gyógyíthassuk, vagy a mi több, hogy ezen oly gyorsan a mélybe terjedő folyamatot már kezdetleges stadiumában megállapodásra hozni és egyszersmind minden fészékben megtámadni képesek legyünk, oly gyógyszerrel kellene rendelkezniünk, melynek hatása abban állna, hogy a szövetekbe oly mélyre tudjon hatolni, a mennyire a gonococcus hatolt, és hogy bactericid tulajdonságánál fogva a gonococcusok elpusztítása után a bántalmat minél előbb gyúulás felé vezesse.

Ezen követelményeknek pedig nem felelnek meg eddigi szereink, és terapeutikus eredményeinket bactericid szereinkkel másféle utakon érjük el, melyeknek fejtegetését e helyütt mellőznöm kell.

Az argentum nitricum, a gonorrhoea-therapiában eddigi souverain szerünk, sem felel meg a fent említett követelményeknek, sőt nagy koncentrációkban (1:0—5:0:100:0) sem képes a folyamatot az esetek túlnyomó számában coupírozni, eltekintve attól, hogy ily koncentrált oldatok által a betegek iszonyú fájdalmakat szenvednek. Ha az argentum nitricumot hígabb oldatokban (1:1000—1:2000) használjuk, még akkor is elég fájdalmat okoz a húgyesőben, és elég sok esetben látjuk, hogy a folyamat csak hetek, sőt hónapok mulva indul gyógyulásnak, jöllehet sok esetben még más körülmények is közbejársanak.

Másrészt pedig tudjuk, hogy az argent. nitricum fehérjét tartalmazó folyadékokkal vegyítve, a fehérjét nem oldja, hanem coagulatióba hozza és így a húgyeső falzatával érintkezésbe hozva, az ezt belepő genyesejtekkel oldhatlan összeköttetéseket képez, egy összefüggő réteget, mely azután nem engedi az oldatnak többi részét a mélybe hatolni.

Ezen hiányok pótlására törekszik ma a kísérleti therapia és úgy látszik sikerrel.

Újabban ugyanis a Schering-féle gyár Berlinben egy *aethylendiamin ezüstphosphat-oldatot* állított elő, melyet rövidség okáért „*argentaminnak*“ nevezett el, és melyről megállapította, hogy fehérjét és konyhasót tartalmazó folyadékokkal vegyítve nem képez csapadékot, hanem csak zavarodást. Schaffer azután az argentaminnak hatását élő és holt szöveteken állapította meg. Ugyanis az aethylen-diamint fehérjét és konyhasót tartalmazó folyadékkal (p. o. hydrocele folyadékkal vagy vérsavóval, sőt leucocytákkal és vörös vérséjtekkel) vegyítve, azt tapasztalta, hogy az ezeket feloldani képes. Hogy most meggyőződjék az argentaminnak a szövetbe való mélybe terjedéséről, egy épen megölt házi nyúl koczkákba vágott máját egyenlő tömörségű argent. nitr. és argentamin folyadékba meghatározott időre bemártotta, vízzel kimosta és a kénammoniummal kezelt mikrotomia metszeteken azt látta, hogy az argent. nitr.-ba mártott májkoczkákban az itt képzett sötétbarna környi részek keskenyek és élesen határoltak voltak, míg ellenben az argentaminba mártott koczkákban a határok tetemesen szélesebbek voltak és csak lassanként képeznek átmenetet a világosabb májszöveti részekbe. Hasonlót észlelt egy paraurethralis meneten, melybe argentamint fecskendezett és azután kivágott.

Hogy nemcsak mélybe való hatásáról, hanem egyszersmind bactericid fokáról is meggyőződjék, az eddig biztosan megállapított antigonorrhoeikus szereket tisztán tenyésztett culturákra engedte behatni és azt tapasztalta, hogy az argentamin a legrövidebb idő alatt volt képes a gonococcusokat elpusztítani. Nemkülönb az általa kezelt esetekben (a hátsó húgyeső számára 1:1000—1:500, a mellső húgyeső számára pedig 1:5000—1:4000 oldatokat használt) szintén igen jó eredményeket kapott, és főleg azt tapasztalta, hogy a gonococcusok kiválóan gyorsan tűntek el a húgyesőváladékból. Ezek után én is érdemesnek tartám az argentamint alkalmazni és kipróbálni.

Mielőtt azonban saját tapasztalataimról és eseteimnek lefolyásáról referálnék, legyen szabad egy a kankókezelésben tapasztalt hiányra utalnom, mely egyrészt ezzel szoros összefüggésben van, másrészt eselekedeteinknek és a kankós folyamat lefolyásának bírálójaként szerepel, t. i. azon igazán, hogy úgy mondjam, könnyelmű gondatlanságra, melylyel a kankós betegek kezelteknek és gyógyultnak declaráltaknak. Ha tekintetbe vesszük, hogy az orvosi gyakorlatban hogy viselkednek a tudományok többi disciplinái iránt, hogy törekszik mindenki a mostanig elért ismereteket minden irányban kiterjeszkedve azokat betegeinek javára érvényesíteni; mindennapi tapasztalat látni, mily mostoha állapotban van egy oly bajnak a gondozása, mely annyira életbevágó az egész társadalomra nézve és ezért nem tartom fölöslegesnek azon kérdést ventilálni, mikor tekinthető a kankós beteg gyógyultnak?

Mielőtt ezen kérdésre válaszolnék, legyen szabad egy rövid vázlatot adni a gonorrhoea terapiájának mai állásáról. Mióta Neisser a gonococust felfedezte, a kankó terapiája is részben más fordulatot vett. Addig és még most is a szerzők nagy része az expectativ, illetve az antiphlogistikus eljárást követte, és csak a heveny tünetek lezajlása után kezdték meg a kankós folyamatot adstringentiákkal, illetve antiseptikus szerekekkel orvosolni. A szerzők másik tábora az előbbieket teljesen mellőzi és mindjárt hozzá fog a kankó gyógykezeléséhez.

Különösen nagyobb tért hódított ezen utóbbi nézet a mióta Neissernek dolgozatai, melyeket az I. és II. német dermatologiai congressuson tett közzé, hangsúlyozzák, hogy a gonorrhoea minél előbb, és főleg gonococust élő szerekekkel kezeltessek, és hogy csak később, ha már a gonococcus a váladékban alig, vagy egyáltalában nem mutatható ki, pótoljuk ezeket oly szerekekkel, melyeknek ezéjja a nyálkahártyában levő elváltozásokat befolyásolni. Neisser ezen orvoslásmód mellett és mintegy ezt bírálólag azt követeli, hogy a váladéknak, illetve fonalaknak gonococcusra való gócsövi vizsgálása a kezelés végéig végeztessek, mert a váladéknak (fonálnak) mikroscoopiai vizsgálata nélkül a terapeutikus eredménynek megítélését lehetetlennek tartja. És éppen ezen utolsó tényező az, mely annyira elhanyagoltatik és tekintetbe nem vétetik. De én meg vagyok arról győződve, hogy Neissernek ezen utolsó követelménye is mindinkább több hívet fog hódítani, mert a gondos mikro-

scopiai vizsgálatok csakugyan tetemes haladást mutatnak fel a gonorrhoeának kórismereiben, therapiájában és prophylaxisában, és hogy így mindinkább ritkábbak lesznek azon esetek, melyekben az orvostól jóhiszeműleg gyógyultnak declarált nősülő férfiak fiatal nejeiket fertőzik és esetleg örökké szerencsétlenné és szenvedőkké teszik, és pedig annyival ritkábbak, a mennyivel pontosabban és hosszabb ideig fognak kezeltetni és görcsövilag ellenőriztetni, a mint ezt a szaktudományunk mai álláspontja megköveteli. Csak egyes esetekben kell ezen eljárás mellett a cultiváláshoz is fordulunk, mert erre nézve mérvadó nekem Tonton-nak következő állítása: „Ich selbst übe jetzt schon circa 10 Jahre in jedem Falle meiner an Blennorrhöe sehr reichen Privatpraxis die von Neisser eingeführte mikroskopische Gonococcusuntersuchung, und habe keinen einzigen Fall zu beklagen, in welchen mir die Infection einer Ehefrau seitens eines Patienten, dem ich die Heirath erlaubt hatte, zu Ohren gekommen wäre.“

Az épen mondottak által magától megadatik a felelet a kérdésre, hogy mikor tekinthetjük a kankós beteget gyógyultnak.

Hogy az *argentamin* tulajdonságairól, különösen tekintetbe véve praktikus értékét, meggyőződést szerezzek magamnak, Róna dr. egyetemi m.-tanár úrnak bujakóros osztályán 30 betegnél alkalmaztam.

Azonban csak 22 betegnek kórtörténetét közölhetem, miután a többi oly rövid ideig tartózkodott a kórházban, hogy a szer értékének megbírálására alkalmatlanná váltak. A betegeket nem választottam ki, hanem sorban a kankós folyamat különféle stadiumait vettem kezelés alá, és a betegeknél csupán az *argentamin* alkalmaztatott, más *antigonorrhoeikus* szereket vagy *adstringentiákat* teljesen mellőztem.

A különféle módszerekből az *urethritis totalisnál az Ultzmann-féle becseppentést, az urethritis anticánál a közönséges kankó-fecskendőkkel fecskendést* vettem igénybe, és ezen műveletek naponta egyszer és pedig reggel végeztettek. A betegekre befecskendezéseket nem biztam, és ily módon véltem magamnak az *argentamin* tulajdonságairól tiszta képet alkotni. Eseteimben kétféle oldatot használtam és pedig 1:0:1000:0 és 1:0:500:0. A következőkben közzétett esetekben ezeknek lefolyásában csakis azon napokat tüntettem ki, melyekben a vizelet egy határozott és rendszeren állandó elváltozást mutatott fel kapcsolatban az *Ultzmann-féle becseppentések* számával. A vizelet-leletet a legtöbb esetben a reggeli első vizelet adta meg; a húgyesóváladékból a legtöbb esetben 2—3 naponként ejtettek meg a gonococcusra való vizsgálatok. A festés egyszerű vizes fuchsin-oldattal történt.

(Folytatása következik.)

A serumtherapiára vonatkozó kísérleti adatok.

Irta: *Gerlőczy Zsigmond* dr., a szt. László-kórház főorvosa.

(Vége.)

Közlöm még a súlyosabbak közül a következőket:

Pottinga Ilona, 2 éves. Felvétetett 1894. december 4-dikén; két nap óta beteg. Mindkét tonsillán mérsékelt diphtheriás-lepedék. Sűrűlódó légzés, croupos köhögés, mérsékelt cyanosis, kicsiny, szopora pulsus. Hőmérsék d. u. 4 órakor 38.4° C. Este 7 órakor 1000 egység. Fokozódó stenotikus tünetek miatt esti 10 1/2 órakor intubatio. Éjjeli 12 órakor a tubust kiköhögte. Másnap reggelig tubus nélkül jól aludt; de 9 órakor már a stenosis jelentékeny, sőt 10 órakor újból intubálásra volt szükség. D. u. 4 órakor ismét 1000 antitoxin-egység.

December 6-dikán egész napon át tubussal igen nyugodtan van. Tonsillákon a lepedék kevesebb. Esti 10 1/2 órakor nyugtalan, s tubussal nehezített légzés, miert is extubáltatott. Utána nyugodt alvás.

December 7-dikén légzés kissé nehezített.
December 8-dikán légzés szabad, torok tiszta; rekedt köhögés.
December 14-dikétől kezdve állandóan jó közérzet. Hangja már nem rekedt.

December 15-dikén. Vizeletben minimum fehérje.

Lefolyás: december 4., 5. és 6-dikán 38—38.9 C. hőmérsék, december 7-dikétől kezdve állandóan láztalan. Intubatio tartama 37 1/2 óra.

Másik súlyosabb eset:

Bogyai Ilona, 4 éves. Felvétetett december 19-dikén Egy hét óta beteg. Mindkét tonsillán sárgás-fehér szalonnás lepedék. Érdes,

sűrűlódó légzés. Croupos köhögés. Köztakarón száradó varicella kiütés. Pulsus perczenként 144, kicsiny. Hőmérsék d. u. 4 órakor 39.2. Este 11 órakor 40° C. Esti 7 órakor 600 antitoxin-egységet kap.

December 20-dikán. Lepedék változatlan, légzés kevésbé sűrűlódó, köhögés ugató jellegű, pulsus perczenként 140. Hőmérsék reggel 6 órakor 38.3-ra szállt le, 8 órakor már 38 és d. u. 4 órakor 37.6.

December 21-dikén. Bal tonsillán csak szívetes, jobbon még kiterjedt vaskos sárgás lepedék. Pulsus 144. Croupos köhögés kissé javult. D. u. 5 órakor újabb 600 antitoxin-egység.

December 22-dikén. A lepedék a jobb tonsillán is kevesbedett. Légzés még sűrűlódó. Pulsus perczenként 108, kicsiny. D. u. 5 órakor ismét 600 antitoxin-egység. E napon már láztalan.

December 23-dikán. Légzés szabad, jobb tonsillán kevés lepedék. Pulsus 120.

December 25-dikére a torok mindentűt tiszta. Közérzet teljesen jó.

Ugyancsak kedvezően folyt le a betegség Huta Róza, 2 éves gyermeknél, ki január 4-dikén vétetett fel betegsége 3-dik napján. Mérsékelt diphth. folyamat a bal tonsillán. Nyak bal oldalán kis fokban beszűrődött mirigy. Croupos köhögés, mérsékelt stenosis. Láz nincs pulsus 120. D. u. 4 órakor 600 antitoxin-egység, másnap január 5-dikén a diphth. a jobb tonsillára s a szájpadra is áterjedt, sőt orrdiphth. is mutatkozik. Délután a stenosis fokozódik. 4 órakor ismét 600 antitoxin-egység.

Január 6-dikán. Lepedék a tonsillákon és szájpdon vékonyabb, stenosis megszűnt; légzés még kissé sűrűlódó. D. u. 4 órakor 600 antitoxin-egység.

Január 7-dikén és 8-dikán kistokú stenosis.

Január 9-dikén. Bal arcuson még lepedék, légzés még sűrűlódó.

Január 14-dikén. Torok tiszta. Légzés egészen szabad, de hangja rekedt. Garathűdés tünetei.

Január 15-dikén. Arczon, törzsön, de főleg a faron urticariászerű kiütés, mely másnapra nyom nélkül eltűnt.

Január 19-dikén a vizeletben már semmi fehérje

Január 26-dikán a garathűdés tünetei visszafeljöttek. Lefolyás egész idő alatt láztalan.

Talán egy betegségnél sem annyira fontos valamely therapeutikus eljárás elbírálásakor a betegek életkorát tekintetbe venni, mint épen a diphtheritisnél. Ez okból habár 55 esetemet még igen kevésnek tartom arra, hogy statistikai számadatokkal iparkodjam a kérdést megvilágítani, mégis a kísérleti anyag könnyebb áttekintése czéljából táblázatba állítom össze az 55 esetet, és pedig olyképen, hogy egyszersmind a táblázatból az is kivehető legyen, hány és milyen korú beteg szenvedett torok-, illetve orrdiphtheriában, hány tisztán croup laryngisban és hány gégeszövődmenynyel komplikált diphtheritisben.

Álljon itt a táblázat.

A beteg kora	Diphtheritis faucium (et narium)			Croup laryngis			Diphtheritis faucium et croup laryngis			Összesen		
	gyógyult	meghalt	összesen	gyógyult	meghalt	összesen	gyógyult	meghalt	összesen	gyógyult	meghalt	összesen
0—1 éves	2	—	2	—	—	—	1	1	2	1	3	
1—2 "	1	1	2	1	—	1	—	1	3	1	4	
2—3 "	1	1	2	2	1	3	5	8	6	7	13	
3—4 "	7	—	7	3	—	3	3	4	11	3	14	
4—5 "	3	—	3	1	1	2	1	1	2	5	7	
Összesen 0—5 éves	14	2	16	7	2	9	6	10	16	27	41	
5—6 éves	2	—	2	1	—	1	—	1	3	1	4	
6—7 "	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	2	
7—8 "	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	2	
8—9 "	3	—	3	—	—	—	—	—	3	—	3	
9—10 "	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	
Összesen 5—10 éves	10	—	10	1	—	1	—	1	11	1	12	
Összesen 0—10 éves	24	2	26	8	2	10	6	11	38	15	53	
12 éves	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	
17 "	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	
Összesen	26	2	28	8	2	10	6	11	40	15	55	

Látni való e táblázatból, hogy betegeim közül 41 öt éven alóli korban volt, s hogy az 55 eset közül 27-nél, tehát épen a felénél gégediphtheria is volt, s ha még hozzáteszem azt, hogy 16 esetben intubálással operatív beavatkozás volt szükséges, s egynél secundaer tracheotomia is végeztetett; az esetek elég súlyos voltának képét adtam. Meg kell még jegyezni azt is, hogy a 15 elhalt beteg közül 2 felvétele napján, egy 24 órán és öt 48 órán belül halt meg.

A mi a diagnoszt illeti, megemlítem, hogy valamennyi esetem bacteriologicis is vizsgáltatott. Tauffer Emil dr. úr, a székes fővárosi bacteriologikus intézet assistense volt szives a bact. vizsgálatokat végezni, s két eset kivételével, valamennyinél positiv eredményt mutatott ki. A két negativ esetet is azonban joggal vehettem a többi közé, a mennyiben nemesak a klinikai kép felelt meg a diphtheria felvételének, hanem az a körülmény is, hogy az egyik lethalis lévén, a sectio megerősítette kórházi diagnosztunkat, a másik pedig, bár enyhe megbetegedés volt, diphtheriának imponált már csak azért is, mert növére ugyancsak osztályunkon feküdt súlyos diphtheriával.

Ez adatok után áttérek most arra, vajjon a serum-befecskendések után észlelhető-e valami feltűnő változás úgy az álhártyák leválására vonatkozólag, mint a hőmérsék, pulsus, albuminuria vagy egyéb tekintetekben.

A mi a diphtheriás felrakódások leválását illeti, eddigi tapasztalataimból azt mondhatom, hogy habár a felrakódások rendszeren már az első injectiót követő napon élesen határolódnak és tovább nem terjednek, azok gyors leválását nem volt alkalmam észlelni.

Gége-diphtheria eseteiben a hárták gyorsabb leválását és kiküszöböltetését néhány esetben észlelhettem, s azon körülmény, hogy a hárták leválása után újabb hártafelrakódások nem mutatkoztak, a mellett szól, hogy a serum a gégediphtheria eseteiben jó hatású.

Igaz ugyan, hogy serummal nem kezelt croup-eseteknél is sokszor feltűnően egy időben észlelhetjük a croup-hártáknak tömeges leválását, de oly sima lefolyással gyógyuló eseteket, mint az előbb közlöttek, csak ritkábban volt alkalmunk látni. A lethalisan végződött eseteknél is feltűnő volt, hogy a gége, garat és trachea nyákhártája a legtöbb esetben álhártáktól mentes volt, vagy rövid idő alatt elhalt eseteknél csak vékony álhártáktól volt helyenként borítva.

Különös figyelmet érdemelnek azok az esetek, a melyeknél a croupos tünetek még csak rövid idő óta állottak fenn, a melyek tehát korán kerültek serum-kezelésre.

Ilyen volt pl. Kellner Izrael 2½ éves gyermek, ki betegsége ötödik napján hozatott a kórházba, s kinél a mandulák, uvula és arcusokra kiterjedő diphth. folyamat mellett a croupos köhögés csak kórházba behozatala napján kezdődött. E gyermek felvétele napján és a reá következő napon 1000—1000 antitoxin-egységet kapott, s daczára a torokbeli diphtheria elég kiterjedt voltának s a croup kezdődő tüneteinek, a köhögés croupos jellegét már 48 óra múlva teljesen elvesztette, s a torokbeli folyamat is ötödnappra meggyógyult.

Hasonlóan gyorsan tünt el a stenotikus légzés Valaszka Hilda 3½ éves gyermeknél, ki betegsége harmadik napján került hozzánk csekély tonsillaris lepedékkel, croupos köhögéssel és stenotikus légzéssel. Felvétele után 600 antitoxin-egységet kapott, s már másnap a tonsillák tiszták, stenosis csökkent, s hatodnapra a köhögés croupos színezete tökéletesen megszűnt.

Ugyancsak gyorsan gyógyult Turesányi Róza 3 éves gyermek is, ki betegsége 2-dik napján került már hozzánk, s kinél a croupos tünetek 3 nap alatt teljesen visszafejlődtek. Ez is csak 600 antitoxin-egységet kapott.

A mi a serumnak a test hőmérsékére vonatkozó hatását illeti, itt már határozottan merem mondani, hogy annak lázcsökkentő hatása elvitázhatlan. 55 esetem közül ugyanis a betegség 18-nál állandóan normalis hőmérsék mellett folyt le, 5-nél a befecskendést követő naptól kezdve hőemelkedés nem mutatkozott. 4 két nap múlva, 9 három nap múlva, kettő pedig 4 nap múlva vált teljesen láztalanná, a többinél is túlnyomólag alacsony lázzal folyt le a betegség esetleges complicatiók mellett is. Így kiterjedt bronchitisek 37.5—38.5 hőmérsék mellett voltak észlelhetők, egy esetben (Weber Emma) pedig a paizsmirigy alatt később fejlődött nagy genyes tályog daczára a betegség a 2-dik naptól kezdve a halálos kimenetelig teljesen láztalan lefolyást mutatott.

Ezek az adatok azt bizonyítják, hogy a láztalan vagy csekély lázzal járó lefolyásban a véletlennek nincs szerepe.

Az érlökés általában véve szapora volt, de teltségét eléggé megtartotta; az injectiók után az érlökések száma rendszeren lejjebb szállt.

A fehérje a vizeletben hosszú időn át kimutatható volt, s némely esetben a torokbeli folyamat gyógyulása után még napokon, sőt heteken át elég intensiv mennyiségben találtatott.

Egy súlyos diphth. betegünk (Radankovics József 2½ éves) a torokbeli folyamat lényeges javulása, sőt majdnem teljes gyógyulása után uraemikus tünetek közt halt meg.

Postdiphtheriás garathüedést 8 esetben észleltünk. Felépésük a megbetegedés után 12—20 nap múlva jelentkezett, s 10—15 nap alatt gyógyult. Két betegünkél (Delecasse és Neumayer Tivadar) halálos kimenetelű volt.

Urticaria illetve morbilliszzerű kiütést 5 esetben volt alkalmunk látni (Neumayer Anna, Kaczander, Huta és Patkó). A kiütés minden lázas mozgalom nélkül teljesen jó közérzet mellett, kiskökü conjunctivitis kíséretében jelent meg, s már másnap vagy harmadnap egészen eltűnt. Három betegünk scarlatot kapott. Ezeknél azonban a scarlat oly feltűnő enyhe s láztalan lefolyást mutatott, hogy daczára a kiütés tipikus scarlat formájának s a reá következő hámlásnak, nem zárkozhatom el azon feltevés elől, hogy ezek is csak serum okozta exanthemák lehettek. Két gyógyulófélben levő betegünk variolát kapott, s bár az egyik igen súlyos nephritisben is szenvedett, a variola mindkét esetben kedvező lefolyású volt.

Röviden iparkodtam vázolni eseteimet, melyekből azok csekély száma miatt bár határozott véleményt a serum értékére nézve nem mondhatok, némileg mégis kifejthetem álláspontomat a következőkben:

Nem tartom a serumot a diphtheria biztos gyógyszerének, de el kell ismernem azt, hogy a serum egyes esetekben kétség-telenül gyógyítólag hat; s ha nem is fogja lényegesen javítani a gyógyulási százalékot, mégis azt hiszem, hogy a diphtheritis öszszstatistikája legalább is 10%-kal javulni fog a serumtherapia alkalmazása mellett; s miután a serumnak kimutatható káros hatását nem láttam, azon nézetemnek adok kifejezést, hogy diphtheriánál a serumkezelést elmulasztanunk nem szabad.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

A diphtheritis gyógyítása.

A diphtheritis számtalan és javarészt megbizhatlan módszerei közül kiválasztottam magamnak kettőt. Ezek eredményéről szeretnék beszámolni.

1894. január 1-től egész a mai napig anyaközségemben összesen 58 roncsoló toroklobban megbetegedett gyermeket kezelttem. Ezek közül 43-at ferrum sesqu. sol. (10°0—40°0 glycerin) itt jelzett oldatával, és pedig éjjel-nappal 2 óránként ismétlődő ecsetelésekkel. A 43 gyermek közül meghalt 4. Lázellenes szer gyanánt natr. salicylicumot használtam, a mely eléggé közömbös. Sőt egyes esetekben pusztán a fent jelzett ecseteléseket rendeltem; az eredmény itt is jó volt.

Május első napjaiban Takáts Endre dr. közlése után a kalium chloricum (4°00) és hydrarg. jod. flav. (0°40—0°30) 200°0 vízre készült oldatát helyettesítettem a lázellenes szer helyébe s éjjel-nappal egy óránként (jól felrázva) egy kávéskanálnyt szedtettem. Ily módon kezelttem 15 gyermeket, kik közül nem halt meg egy sem, jóllehet igen súlyos, az egész torkot és az orrt ellepő diphtheritis-eseteim voltak. Egy esetben csak a negyedik napon kezdettem a kezelést s az eredmény daczára annak jó volt.

Megemlítendő, hogy ferr. sesqu. sol. ecsetelésekkel már harmadnapra rózsaszínűvé lesz a nyákhártya a diphtheritikus fekélyek körül. Ezen jelenség azonban sokkal biztosabban mutatkozik kal. chloric. és hydrarg. jod. flav. egyidejű adagolása mellett. A kezeléshez rendkívüli szorgalom és kitartás szükséges, főleg pedig, hogy a bensőleg adagolandó orvosság kerek 48 óra alatt elfogyasztassék és a kezelő orvos pontosan és szigorúan ügyeljen arra, vajjon rendelete szerint történik-e minden.

Alkalmos esetekben a ferr. sesqu. sol. 3°0-os glycerin-syrup. simpl. (aa) oldatát szedtettem, ecsetelések helyett; ily alakban ép oly megbizhatónak mutatkozott a két orvosság együttes használata. Ezt is 1 óránként 1 kávéskanállal adattam.

Egyetlen egy esetben sem láttam káros következményeket, bár a Takáts által ajánlott 0°04 hydr. jod. flav. helyett 40 centigrammot szedtettem 48 óra alatt; sőt ellenkezőleg, a betegek már a 3. napon kértek enniavót, a mi minden esetben a gyógyulás

első jele volt. Ennek határozott beállta után 2, majd 3 óránként adattam az orvosságot.

A higanykészítmény használata előtt 7 torokgyíkban megbetegedett gyermek közül meghalt 6. Ennek használata mellett 7 eset közül halállal végződött 2, s ezek mindegyike 1 éven aluli gyermek volt, kik 12 óra múlva haltak el. Akkor még a pilocarpin hatását a croupa nem ismertem; de minthogy nagyon jól keverhető kal. chloric. és hydr. jod. flav.-val, ezután korhoz mérten adagolva hozzátétem.

A fentebb említett két oldat együttes kitünő hatása miben rejlik, az nehezen állapítható meg; talán egy új praeparatum szár-mazik belőlük, mely in statu nascendi bir oly jó hatással. Annyit határozottan állíthatok, hogy egymás mellett használva, sokkal biztosabb és gyorsabb a hatás, mintha csak ferr. sesqu. sol.-ot vagy csak kal. chloric. és hydr. jod. flav.-ot használnánk.

Megbízhatóbb kezelési módszert nem ismerek; bár itt is feltétel lehetőleg korán kezelhetni. Ezt pedig az által értem el, hogy nyilvános előadásban arra figyelmeztettem a szülőket, miszerint a legmegbízhatóbb prophylaktikus eljárás az, ha a szülők mindennap megvizsgálják a gyermek torkát. S hogy erre képesek, annak jele az, hogy majd minden esetben már a kész és utólag helyesnek bizonyult kórisémével hívtak a beteghez.

Steiner Károly dr.

Serummal kezelt 17 eset a kúnfélegyházi járvány-kórházból.

17 eset közül, melyek 1 vörheny-diphtheria kivételével mind súlyos esetek voltak, gyógyult 13, elhalt 3 és 1 vörheny-diphtheriás, mely utóbbi esetben kísérletkép lett a serum alkalmazva; a toroktünetek itt is igen előnyösen változtak, de a súlyos kettős infectio okozta kimerülést nem bírta a beteg kiheverni.

A több oldalról felpanaszolt vese-elváltozásra nézve azt tapasztaltam, hogy nemesak hogy utóvesebaj nem származott oltásaim után, hanem három esetben befecskendés előtt a vizeletben bőven volt fehérnye, befecskendés után másnapra a vizelet teljesen tiszta és fehérynemtelenné lett.

A befecskendésre nem a Koch-féle labdás fecskendőt, hanem a Fischer Péter és fia által készített dugattyús fecskendőt használtam, mely sokkal egyszerűbb és ép oly könnyen fertőtleníthető, mint a Koch-féle.

Vörheny-diphtheria eseteiben kivonatos volna több kísérletet tenni az oltással; én erősen bizom az oltásnak e téren is bekövetkezendő sikerében, és talán közelebb jutnánk a diphtheria és vörheny kórokozójának, melyek talán azonosak, felismeréséhez.

A serummal kezelt betegek semmiféle más gyógyszert nem kaptak.

Serumkezelés előtt az utolsó száz diphtheriás betegem közül csupán 15 halt el; a gyógykezelés következőkből állott: 2% ol. Martis és 1% kal. chlor.-oldatnak éjjel-nappal óránként 1 kanállal szedése, mirigybeszűrődéseknél meleg borogatás — kása vagy lenmagliszt — és higanykenőcsnek naponta 2-szeri bedörzsölése; jó táplálkozás feltétlenül szükséges.

Sor Ferencz dr., tisztviselő Kúnfélegyházán.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VI. rendes ülés, 1895. márczius 2-dikán.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Imrédy Béla.

Elnök bemutatja a m. kir. belügyminister egy leiratát, melyben vonatkozással az egyesület felterjesztésére kijelenti, hogy az orvosi kamarák szervezésének kérdésében ez ideig még nem foglalt állást, de majd ha az ügy szőnyegre kerül, készséggel alkalmat fog adni az egyesületnek arra, hogy véleményét nyilváníthassa. Az orvosegyesület a belügyminister e leiratát köszönettel örvendetes tudomásul vette.

Elnök jelenti, hogy Antonio de Gordon y de Acosta havannai orvos több értekezését beküldötte az orvosegyesületnek, és egyszersmind egy az elnökséghez intézett levélben azon óhaját fejezte ki, hogy az egyesület levelező tagjává választassék. Az egyesület e kívánság megfontolását és esetleg ennek teljesítésére vonatkozó előterjesztés megtételét az igazgató-tanácsra bízta.

A) Bemutatók.

A kengyel fejlődési rendellenességének két esete.

Tomka Samu. (E bemutatást lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Krepuska Géza. A bemutató által egy 56 és egy 80 éves nőtől származó készítményen demonstrált rendellenességét a stapesnek nem tartja fejlődési rendellenességnek, hanem chronikus lobbolyamat eredményének. A stapes fejlődési rendellenességei általában igen ritkák és többnyire csak abban állanak, hogy a kengyel két szára nem vált külön, hanem egynek maradt és ekként a kengyel columellához hasonlít, milyent pl. a czeteknél és a madaraknál találunk, de a stapes egyik szára idült lob folytán fejlődött atrophia útján is eliminálódhatik.

Tomka Samu. A bemutatott esetekben pathologiai elváltozások is vannak jelen, de a stapes eltérése a rendestől ez esetekben fejlődési rendellenesség és a lefolyt pathologiai folyamatától független.

Mellkasi aneurysma esete.

Jendrassik Ernő. A beteg 40 éves férfi, pár hónapig tartott határozatlan tünetek után. 1894. augusztus havában vette észre, hogy mellkasa jobb felében élénk lüktetést érez. Jelenleg a jobb parasternalis vonalban a 3—5. bordáknak megfelelőleg mintegy ökölnyi területen tompulat és lüktetés van jelen. A szívhangok tiszták, a szív rendes helyén kimutatható. Bemutató a kórjelzést aorta aneurysma szokatlan esetére gondolja tehetni, bár jobb pitvar-aneurysma sem zárható ki egészen. A megejtett próbapunctiónál kiürült vér arteriosusnak látszott, a mi az aorta aneurysma mellett szólana.

Tauszk Ferencz. A beteget egy év előtt az egyetemi I. belgyógytani kórodán látta és akkor az esetet dextrocardiának tartotta, mert akkor a szívtompulatot és a szívcsúslökést baloldalt nem tudták kimutatni, és a baloldalt volt tompulatot a bal májleány megnagyobbodásának tulajdonította. Akkor sem tartotta azonban az esetet congenitalis dextrocardiának, mert újabb ezeknek hite alapján nagyon csökkent, és többnyire kimutatható, hogy a dextrocardia lefolyt pleuritikus folyamat eredménye. A ma látható tünetek alapján az esetet szóló is aneurysmának tartja, de azt hiszi, hogy ez a szívnek régebben előment pleuritis által előidézett jobbra és hátra való kihelyezéssel kapcsolatos. A Jendrassik tanár által bemutatott cardiogramnak jelentőséget az aneurysma kórisémzésénél nem tulajdonít, mert pl. Frey is azt mondja, hogy a cardiogram csak a szív összehúzódásának időbeli lefolyását mutatja, vagyis tulajdonképpen csak egyszerű izomjelzés, myogram.

Jendrassik Ernő. A szívnek jobbra való kihelyezése ellen szól az a körülmény, hogy a szívcsúslökés a középvonaltól 8½ centiméternyire van balra. A cardiogramokat tényleg sokféleképpen lehet értelmezni, de szóló csak egyszerű izomjelzésnek nem tartja.

Pajzsmirigy etetéssel gyógyított strumák esetei.

Irsai Arthur. Csak néhány éve annak, hogy egy sajátos megbetegedésre hivatott fel az orvosi körök figyelme, melyet az angolok myxoedemának neveztek el. A milyen kétségtelenül lehetett a pozitív tünetek alapján a betegséget kórisémzni, ép oly tehetetlenül állottak a kezeléssel szemben. Körülbelül 4 év óta azonban már gyógyult esetekről referálnak. A gyógykezelés a tönkrement vagy hiányos pajzsmirigy pótlását czélolva, állati pajzsmirigy bekebelezéséből állott és pedig kezdetben a mirigyállományok implantálása (Horsley ajánlására, Bettencourt és Serrano), később a mirigy glicerines kivonatainak bőr alá fecskendezése (Murphy) által, 1892-ben pedig Horowitz a pajzsmirigynek etetését ajánlotta sikeres eredményéből kifolyólag. Jelenleg ezen utóbbi módot használják és pedig vagy a mirigynek (leginkább juh-pajzsmirigy) etetését nyersen vajas kenyérré keve, vagy pedig tabletták alakjában. Az ily módon kezelt és ismertett eseteknél a kóros tünetek visszafejlődést mutattak. Bruns tanár Tübingenben a pajzsmirigyét a múlt évben kezdte strumáknál használni, mint a pajzsmirigy leggyakoribb megbetegedésénél. Kísérletei fényes eredményt szolgáltattak, még pedig gyermekkorban teljes gyógyulás, serdülő és fiatalabb korban feltűnő visszafejlődése a strumáknak állott be, idősebb egyéneknél azonban a javulás ritkább. Azóta számos közlemény jelent meg, melyekben a golyvák illető gyógykezeléséről van szó, részben teljes, részben kielégítő eredményt hirdelve. Ewald tanár a „Berliner klin. Wochenschrift“-ban megjelent cikkében szintén kiterjeszkedik a strumáknak pajzsmirigyvel való kezelésére és felemlíti, hogy minden esetében beállott a nyak körfogatának kisebbedése. Bemutató betegek mindegyikénél — számra 5 — észlelhető a struma, illetve a nyak körfogatának kisebbedése. Lehetőleg parenchymás strumákat vett kezelés alá, mert minden oldalról az lesz hangoztatva, hogy csakis ezeket befolyásolja a kezelés. Egy betegénél azonban, kinél részben cystikusnak imponál a golyva, szintén javulásról tehet említést. Betegeinél, kiket János-kórházi osztályán kezel, a tablettákat használja, és pedig egy részénél az angol készítményt (Bourroughs, Wellcome et Co.), egy másiknál a Leichtenstern-féle készítményt.

Most röviden óhajta ismertetni az egyesekre vonatkozó észleleteket.

1. P. Maris, 14 éves, 8 év óta van strumája, 10 éves korától folyton növekvőben. Midőn jelentkezett, oly nagyfokú nehéz légzése volt, hogy már kissé hevesebb testmozgás mellett fuladozásig fokozódott. Anyja állítása szerint alvás közben annyira nehezen lélegzett, hogy folyton attól félték, hogy megfulad. Felvételekor a nyak körfogata 39 cm. volt, a kezelés 4-dik napján már 1/2 cm.-nyi kisebbedés volt észlelhető, a 9-dik napon légzése feltűnően könnyebbült és a nyak körfogata 37-re apadt. Ma a nyak körfogata csak 36. A légzés egész könnyű, alvása egészen nyugodt és anyja, ki 4 nappal ezelőtt látta, meglepődve említette a

(Orvos-természettudományi szakosztály ülése 1895. január 19-dikén.)

1. Szöcs Mózes: Kísérletek a kalium hypermanganiummal mint a phosphor ellenszerével. Felolvasó a kalium hypermanganiummal, mint a heveny phosphor-mérgezési esetekre újabban ajánlott ellenszerrel végzett kísérleteit és azok eredményét mutatta be a szakülésnek. Kísérleteit két nagyobb csoportra osztja. Az első csoporthoz azok a kísérletek tartoznak, a melyeknél az állatok vízben feloldott gyufával voltak mérgezve és kalium hypermanganium $\frac{1}{10}-\frac{1}{5}-\frac{1}{3}-\frac{1}{20}$ -os oldataival ellenszereltettek. 20 állat közül elhalt 15, megélt 5.

A második csoporthoz tartozó állatok olajban feloldott sárga phosphort kaptak és ellenszereltettek, úgy mint az első csoportnál, 11 állat közül elhalt 4, megélt 7.

Felolvasó az állatok hányásából gondolja megmagyarázhatni, hogy miért végződtek a kísérletek egyik csoportnál kedvező, a másiknál pedig kedvezőtlen eredménnyel. Ugyanis az olajban feloldott phosphor az ellenszer beadása után, mint könnyebb fajsúlyú test, az ellenszer fölé került és a csaknem minden esetben bekövetkezett hányáskor legkönnyebben ez ürült ki. Ellenben a másik csoportnál ez nem történt így.

Azon esetek alapján, a melyeknél az állatok sem a méreg, sem az ellenszerből nem hánytak ki semmit és mégis elhaltak phosphor-mérgezésben, azt következteti, hogy a kalium hypermanganium oldata, csak egy csomag gyufával történt mérgezésnél sem képes a phosphort ártalmatlanná tenni. Vegyi vizsgálatokkal is bizonyítja, hogy a kalium hypermanganium csak igen csekély mennyiségben képes a phosphort átváltoztatni jelentékeny mennyiségű sósav nélkül.

A fentebbiek szerint nem ajánlja a kalium hypermanganiumnak még megkísérlését sem adott esetben, a míg egy olyan szerrel rendelkezünk, mint a cuprum sulfuricum.

Genersich Antal dr. A szorgalmasan végzett kísérleti sorozat végeredménye tehát az, hogy a kalium hypermanganium épséggel nem felelt meg az előbbi kísérletezők által felbresztett reménynek, s hogy nem tekinthető a phosphor-mérgezés ellenszerének. Sajnálja Purjesz tanár távollétét, ki évekkkel azelőtt a kórboneztani intézetben phosphorral mérgezett állatokon cuprum sulfuricummal valamivel kedvezőbb eredményű kísérleteket végzett és azon idő óta a kórodáján szerzett tapasztalatai alapján a kérdésben megbízható nyilatkozatot tehetne. Felszólaló szűk gyakorlata körében a cuprum sulfuricumot használta azon szempontból is, hogy phosphor-mérgezésnél úgy mint a legtöbb mérgezésnél a legelső indicatio a méreg eltávolítása, mely feltételnek a cuprum sulfuricum mint hatalmas hánytató kitűnően megfelel.

A mérges anyagnak kivétele hányás által csak akkor és addig eszközölhető, míg a méreg a gyomorban van, de ha a phosphorral megmérgezett — mint többnyire tapasztaljuk — huzamosabb idő múlva jön kezelés alá, mikor a méreg már részben vagy nagyobb részt a bélbe jutott, akkor a cuprum sulfuricum is cserben hagy. A bélbe került phosphor hosszasan megtartja eredeti tulajdonságait s főleg innen szívódik fel és fejti ki delectaer hatását. Régi tapasztalati tény, hogy phosphorral mérgeztettek tetemében a phosphor majdnem sohasem található meg a gyomorban, hanem rendszeren a belekben, még pedig leginkább a vastagbélben, hol néha még a méreg felvétele után három négy nappal elhaltban is a bélsár tömegében könnyű szerrel felismerhető. Az idő, mely alatt a phosphor a gyomorból a bélbe jut, valószínűleg igen rövid, mert többnyire folyadékban mint keveréket veszik be, már pedig a folyadék néhány perc múlva a gyomor rythmikus összehúzódásai folytán apránként a nyombélbe fecskendeztetik és korántsem kell ahhoz a közönségesen állított három óra, hogy a gyomorba került összes folyadék a bélbe jusson. Ezen körülmény számbavételével okvetlenül szükséges, hogy phosphor-mérgezettnél a feltehetőleg már a bélbe jutott phosphor gyors kitakarítását kérészköljük, mi alkalmas hashajtóval s legbiztosabban irrigatioval eszközölhető. Bőséges irrigatio alkalmazása által a vastagbél kitisztítása biztosan elérhető és phosphor-mérgezés esetén még akkor sem mulasztandó el, ha a mérgezés napokkal azelőtt történt volna.

G. nem mulaszthatja el felemlíteni, hogy a bélhuzam kimosását legelőször phosphor-mérgezettknél vette használatba. Három esetben felnőtt nőknél, kik a mérgezés után néhány órával kerültek kezelés alá, előbb a gyomrot mosta ki hígított cuprum sulfuricum oldattal, azután pedig irrigatorral igen híg cuprum sulfuricum oldatot és nagy mennyiségű vizet per anum csekély nyomás alatt, de kellő türelemmel liter-számra (3-4, 5, 6) eresztett be s nem nyugodott, míg a beteg az alulról befecskendezett folyadékot bőséges hányással ki nem vetette. Ezen bélkimosást mind a három esetben gyors és teljes gyógyulás követte s épen ezen tapasztalatai ösztönözték arra, hogy a bélesatorna átjárhatóságát alulról felfelé részletesebb tanulmányozás tárgyává tegye, mivel most már hosszabb idő óta foglalkozik.

Uvánszky L. tur. Általában véve is keveset vár azon eljárásoktól, melyeknél a még felszívódásra nem került phosphornak ártalmatlanná tétele annak oxydálása útján van czélbavéve. Egészen el is tekintve attól, hogy a nyálkahártyának szükséges kimélete a phosphor oxydálását erőlyes eszközökkel nem engedi meg, a megengedhető határon belül alkalmazva pedig az egyik vagy másik oxydáló anyagot, ennek hatásossága kevés reménnyel biztathat, a phosphornak megkötése még azért is igen bizonytalan, mert a phosphorszemésék a nyálkahártya redői közé kerülve, itten mechanikai okokból, s különösen a nyálkahártyát bevonó nyákréteg ellenállása folytán nehezen hozzáférhetőkké válnak.

Tapasztalati tény, hogy phosphor-mérgezésnél, hacsak az esetek nem igen későn kerülnek az orvos elé, az emésztési csatornának gyors

és kiadó kitakarítása ér legtöbbet. Talán nem lenne czélszerűtlen kísérleteket végezni oly irányban, mely anyagok azok, melyekkel — a bélsőben végzendő beavatkozást tartva szem előtt — a phosphorszeméséket legjobban be lehet burkolni s ez által ezeknek felszívódását többé-kevésbé meggátolni. Felszólaló nem chemiai eljárásra gondol e mellett, mint a milyen például a rézsóknak ily czélból alkalmazása, hanem egyszerű mechanikai beavatkozást tart kipróbálandónak.

Nagymennyiségű kenyérnek vagy pedig burgonyapépnek nyújtása vezethetne talán czélhoz, természetesen főleg akkor, ha a betegek nem hánynak s a gyomor izgalmának tünetei egyáltalán mérsékeltek. A kenyér- vagy burgonyapép, feltéve, hogy elegendő mennyiségben tartalmaz durvább részeket is, egyrészt jól letakaríthatja a nyálkahártya felületét, s másrészt elősegíti a peristaltikát. E mellett természetesen hashajtók is alkalmazandók lennének, hogy a phosphorral kevert pép mihamarább kiürüljön.

Kolozsvárt, 1895. január hó.

Benel, szakjegyző.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Prof. Ernst Ludwig: *Medicinische Chemie*. Zweite, vielfach vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig. Verlag von Urban und Schwarzenberg, 1895.

Ludwig bécsi tanár széles körben elterjedt könyvének tudvalevőleg az a czélja, hogy az alkalmazott orvosi vegytannak azt a részét, melyre a törvényszéki és tisztai orvosi gyakorlatban, valamint az egészségügyi vizsgálatoknál lépten-nyomon szükség van, könnyen érthetően és jól átnézhetően ismertesse meg az olvasóval. Gyakorlati czélokra kivánván megfelelni a könyv, nagyon természetes, hogy a qualitativ és quantitativ elemzés megismertetésére is nagy súly van fektetve a most megjelent második kiadásban is, melynek beosztása különben a régi maradt. Alig szükséges fel- említeni, hogy az első kiadás megjelenése óta eltelt 10 esztendő haladása kellő figyelemben részesült, a mi minden fejezeten észre- vehető. A könyv jó szolgálatot fog tenni tisztai és törvényszéki orvosoknak, úgyszintén gyógyszerészeknek is és azért megszerzését az illetőknek nagyon ajánljuk.

Szontagh Miklós: *Új-Tátrafüred éghajlati viszonyai*. Második kiadás. Igló és Késmárk, 1894.

A több mint 100 lapra terjedő füzet 21 évi meteorológiai megfigyelések eredményét tartalmazza, nagy szorgalommal és ügyességgel összeállítva. Kiterjeszkedik mindazon tényezőkre, melyeknek ismerete valamely helynek klimatológiai szempontból megbirálásánál okvetlenül szükséges. A közölt számadatokból levonható eredmény az, hogy Új-Tátrafüred méltán tarthat számot a klimatikus gyógyhely elnevezésére, és pedig nemcsak mint nyári tartózkodási hely, hanem mint olyan is, mely az európai magaslati téli klimatikus gyógyhelyek között nem az utolsó helyet foglalja el. Méltán sajnálható tehát, hogy az ott létező, a mai kor kivánalmainak minden tekintetben megfelelő gyógyintézet, mely főleg tüdővész bizonyos eseteiben téli kúrára nagyon alkalmasnak bizonyult, valószínűleg pártolás hiányában már néhány év óta a téli hónapokban zárva van.

II. Lapszemle.

Kórtan.

A kreosot befolyása a gümöbacillusok virulentiájára. Ismeretesek *Albu* és *Weyl* vizsgálatai, melyek arra az eredményre vezettek, hogy a belsőleg hosszú időn keresztül vett nagy kreosot-adagok után is a köpetben virulens gümöbacillusok vannak jelen; a köpettel fertőzött tengeri malaczkok ugyanis gümökórban pusztulnak el. *Fiffe* újból vizsgálat tárgyává tette e kérdést. Ha tengeri malacz czombjába tüdővész beteg köpetét fecskendezi az ember, tipikus betegség fejlődik, mely 3 hét alatt halálhoz vezet. Ha azonban olyan beteg köpetét használja az ember a befecskendezésre, a ki kreosotot használ, az állatok sokkal később pusztulnak el. A gümöbacillusok virulentiája tehát a kreosothasználata folytán csökken. (*Brid. med. journ.* 1894. szept. 22.)

Streptococcus elleni serumot állítottak elő *Nocard* és *Marmorek*. Ez csak oly módon sikerült, hogy a streptococcusok virulentiáját házi nyulakra átoltás által rendkívül fokozták, úgy

hogy egy köbcentimeter tenyészetnek százmilliárdnyi része (0'00000000001 kcm.) házi nyúl bőre alá fecskendezve, megölte az állatot. Ezen rendkívül virulens streptococcusokat, illetve az általuk termelt nagyon hatásos toxinokat már most folyton fokozódó adagban befecskendezve az előzetesen más módon már immunná tett állatba, egy bizonyos idő múlva az állatok vérsavója immunizáló, illetve gyógyító hatást mutatott a streptococcus-fertőzés ellen, még akkor is, ha az említett rendkívül virulens streptococcusokkal történt a fertőzés.

Roger az előadáshoz fűződött eszmecserében azt mondja, hogy *Charrin*-nel együtt már régebben immunizált házi nyulakat és egy lovat is a streptococcusok ellen, és hogy ezen immunizált állatok vérsavójával sikerült is más állatokat gyógyítani. Egy esetben emberen is próbára tette a serum hatását, a mennyiben egy gyermekági lázban szenvedő nőnél 3 nap alatt összesen 49 kcm. serumot fecskendezett a bőr alá, mire a hőmérsék véglegesen a rendesre szállott alá és a beteg jelenleg gyógyult. (Le bulletin médical, 1895. 17. sz.)

Sebészet.

Az inak újjáképződéséről ír *Enderle* egy hosszabb tanulmányt állatkísérletei alapján. 56 tengeri malacznak 112 Achilles-inát metszette be, egyeseket kevésbé, másokat jobban. A metszések felett a bőrt összevarrva, collodiummal tapasztotta be a széleket. A kísérleti állatokat 1—90 napi időközben leölve, górcsövi vizsgálati eredményeit a következőkben összegezi: Az inak sértésekor annak gyógyulási folyamatában részt vesznek az inaséjtek s a külső és belső inaburok. Az átmetszett inavégeken legelőbb magoszlás útján megsaporodnak az inaséjtek s új infibrillák képződnek. Az inaséjtek helye 9. napon az inastok egyesülése által begyógyul. A későbbi átalakulásoknak semmi befolyásuk sincs már a tulajdonképeni inagyógyulásra. Ezen folyamatoknál nem csupán a bemetszett inavégek képződnek újra, hanem annak környezetében is egy új inaképző folyamat keletkezik. A képződött új inak górcsövi képe megegyezik a rendes inaszövettel. (Archiv f. klin. Chirurgie 46. kötet.)

Ch. dr.

A katheterről azt mondja *Lawson Tait*, hogy a mióta a katheter ablaka s a katheter vége között levő üreget, az ú. n. holtüreget, a gyárosok a készítés alkalmával betömik, a húgycsap alkalmazása nem veszélyes. A mióta klinikáján ily módon gyártott kathetert alkalmaz hólyag csapolásra, a katheterisatio sohasem okozott — a kellő asepsis szemmel tartásával — genyeddéssal járó hólyaggyuladást. (The Brit. med. Journ. 1894.)

Novotny dr.

Bőr- és bujakórtan.

Adatok a gonococcus biológiájához és a kankós folyamat kórboncztanához czímen értekezik *Finger*. Eddig a gonococcus tisztán tenyésztésénél a Wertheim-féle eljárás (lemezőntés embervérsavóval) volt alkalmazásban. Ezen eljárás azonban kényelmetlen és nehézségekkel jár, mert a tenyésztési anyag nehezen állítható elő. Szerző tehát egy könnyebb eljárás és egyszerűbb, könnyebben szereszhető tenyésztési anyagra törekedett szert tenni, melyet következő eljárásban meg is talált. Ugyanis két rész húslúspeptonagar és egy rész húgyagarból készítette tenyésztési anyagát. Alkalmatosabbnak találja azonban ezt nem lemezekre önteni, hanem a Petri-féle csészékbe. Egy sterilizált platinlapocczal a gonococcus váladék a húgyagar felületére körülbelül $\frac{1}{2}$ cm. távolságban levő párhuzamos vonalakban rákenetik és a tenyésztőkemenczébe tétetik. Ezen eljárás sokkal egyszerűbb, czélszerűbb és teljesen pótolhatja a körülményes lemezőntést. Azonban pontoságát illetően a húgyagar az embervérsavóagar mögött áll, mert ha a váladék csekélyebb mennyiségű, górcsövíleg alig kimutatható gonococcusot tartalmaz, ezek az embervérsavóagaron okvetlen tenyésznek, a húgyagaron pedig nem szükségesképen. Csak-hogy a húgyagaron kifejlett kulturák dúsabbak, mint az embervérsavón kifejlettek. Így tehát gonococcusok embersavóagaron *biztosabban*, húgyagaron ellenben *dúsabban* fognak tenyészni. Ezek szerint tehát a tenyésztési anyag megválasztása egyrészt azon czéltől fog függni, melyet el akarunk érni, másrészt a tenyésztendő gonococcusok számától. A könnyen szereszhető húgyagar

inkább akkor választandó, ha a górcsö számos gonococcusot mutat ki, ellenkező esetekben, hol górcsövíleg csak gyéren vagy egyáltalában nem vagyunk képesek gonococcusot kimutatni, hol tulajdonképen a tenyésztés legyen a döntő a netaláni gonococcusok kimutatására, ott inkább az embervérsavóagar alkalmazandó. Szerző azután az ilyen tenyésztett kulturákkal különféle irányban kísérletezett. Egyike a kérdéseknek az volt, hogyan viselkedik a gonococcus a hőmérsékkel szemben. Ennek tanulmányozása azt mutatta ki, hogy a gonococcusok akkor tenyésznek legjobban, ha a hőmérsék 25°—39° C. körül ingadozik, de legjobban 36° C. mellett; 39° C.-on túl a gonococcusok csak az első órákban szaporodnak még, további időtartam után azonban elpusztulnak. És innen magyarázható talán azon számos tapasztalat, hogy lázas betegek-nél a heveny kankó tünetei ezen idő alatt szűnnek, az hevességéből sokat veszít, a kifolyás sok esetben majdnem teljesen eltűnik. Még egy igen fontos kérdéssel foglalkozik, t. i. milyen körülmények alatt fordulhat elő *közvetlen* kankós fertőzés, milyen időtartam szükséges, hogy a gonococcus ezen tenyészanyagból még átoltható legyen, és mennyi ideig tartja fenn életképességét természetes vívőanyagokban (genyben, vízben stb.). Kísérleteiből kiderült, hogy a gonococcus addig oltható és tartja meg életképességét, míg a kiszáradástól meg lesz óva, és 30°—36° C. hőfok mellett tenyésztetik. Egy esetben 1892. október elején tenyésztett gonococcus-kulturából, mely 5—6 naponként újabb generációban tovább tenyésztetett, és decemberben egy bezárt kémcsőben négy hétig a hőkemenczébe állott és ezen időtől kezdve ismét 5—6 naponként újra átoltatott, 1893. február 19-dikén oltott egy férfinak húgycsövébe, mely egy igen heves urethritis gonorrhoeicát eredményezett. A második kérdésben pedig azon eredményhez jutott, hogy a genyből addig sikerül tenyészteni, akár szoba, akár tenyésztési hőmérsék mellett tartatik az, míg teljesen be nem száradt. Ha a geny már teljesen beszáradt, és sterilizált vízzel feláztatjuk, már ekkor nem sikerül gonococcusokat tenyészteni. Ez azt bizonyítaná, hogy gonorrhoeikus váladékkal beivódott fehér- és ruhanemű addig közvetíthet fertőzést, míg a geny ezekben teljesen be nem száradt. Vízben suspendált gonococcusok fertőzési képességüket aránylag rövid idő alatt veszítik el. Egy mikroorganizmusnak specifikus voltát csak akkor bizonyíthatjuk be legbiztosabban, ha a tenyésztett csírák a kérdéses bántalmat előidézhetik. E czélból hat egyénnek húgycsövébe, kinkél részint lefolyt és gyógyult, részint idült állapotban volt a kankó, tenyészetet oltott, a mi pozitív eredményhez vezetett. Mind a hat egyénnél tipikus heveny gonorrhoea keletkezett, és ezeknek váladékából ismét sikerült tisztán gonococcusokat tenyészteni. E kísérletek továbbá azt bizonyítják, hogy a kankós folyamatnál reinfectio és superinfectio létesülhet. Végtére gyógytani szempontból a kísérlet még azon régen ismert klinikai tapasztalatot erősíti meg, hogy egy újonnan szerzett heveny kankó kedvező befolyással bír a régi idült kankónak lefolyására és gyógyulására.

Aschner dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Tápláló csőre olajemulsióval. Olajok vagy zsírok tápláló csőre alakjában azért nem rendeltettek, mert az általuk előidézett ürülés miatt nem szívódhattak fel. *Revilliod* és *Zoppino* azonban számos kísérletük alkalmával azt találták, hogy olajemulsiós csőrök többnyire visszatartanak és az általános állapot javításához nagy mértékben hozzájárulnak. Az emulsiók összetétele következő volt: Rp. Ol. jecoris aselli 600'0; Vitelli ov. Nr. 2; Aqu. calid. 600'0. Rp. Ol. jecoris aselli 600'0; Gummi tragacanthae 2'5; Gummi arab. 0'5; Calcii hypophospor. 2'5; Aqu. calid. qu. s. ad emuls. 1000'0. Ezen emulsiókhöz gyógyszerek, például kreosot is adhatók. Eleinte 60—70 kcm.-t fecskendez be az ember, később többet, egészen 200 kcm.-ig és pedig lehetőleg este, háton fekvés mellett. A betegek e csőréket rendszeren jól tűrik; ellenkező esetben opium adható hozzájuk. (Wiener medic. Presse, 1895. 5. sz.)

2. Az arcz acneje ellen a párisi „Hôpital St. Louis“-ban a következő kenőcsöt használják: Rp. Sulfur. sublimat. 7'0; β Naphtholi, Ungu. styracis aa 2'0; Axung. porci 50'0. Ezen kenőcs 6 napon keresztül minden este erélyesen bedörzsölendő. Ezen idő eltelté után az acne többnyire meggyógyult; ellenkező esetben 6 napi szünet után még néhány bedörzsölést kell végezni. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1895. 5. sz.)

TÁR C Z A.

Egy XVII. századbéli gyógyszerész könyve a pestisről.

(Vége.)

Az orvos, ki pestises beteget kezel, el nem kerülheti, hogy vele közvetlenül ne érintkezzék, mi által könnyen lehet infectiónak kitéve; ezért ajánlja az orvosoknak, hogy egy falat vajas kenyeret egyenek, mielőtt *dögös* betegekhez indulnak, vagy mossák arcukat s kezüket oly tincturával, mely angelica, cyna, calamus, rusa spimpinellának eczetben áztatása útján készült, vagy a mi még hathatósabb, hordozzanak állandóan maguknál ily tincturával megitatott, s fenyő- vagy körisfából faragott dobozba zárt szivacsot. A körisfának csodás hatást tulajdonít; s egy nézetten van Plinius-sal, ki igen erős óvszernek tartja minden mérge és veszedelem ellen, a kigyó pl. még az árnyékától is fél, s ha egyfelől tüzzel, másfelől körisgalylyal volna körülvéve, inkább a tüzőn, mint a körisgalyakon át menekülne. Hathatós óvszernek tartja még a czitromlét, melynek jó tulajdonságait egy hatsoros rimben dicséri:

Czitrom, noha keserű alma,
De nagyon igen nagy haszna;
Betegség ellen igen használ,
Ha mérge is volna, ellene áll.
A nyavalyát elkergeti,
Vént és ifjat megerősíti.

Annyi bizonyos, mondja Weber, hogy a czitrom az ember szívét természet szerint való titkos erejéből az mérge ellen igen megerősíti, és újítja, és noha drágább ugyan az vad körtvélynél, de hasznosabb is; némelyek azonban inkább fojtos körtvélylyel töltik meg bendőjüket, hogy sem mint egynéhány pénzt czitromra költenének. Szegény embereknek helyettesíthető a *magyar czitrommal*, azaz a okhagyma s retekkel, melyeknek hatása ép oly jótékony, mint amazé, csak hogy nem oly tartós és ezenfelül kellemtelen szagú.

Amuletok viselését is ajánlja a pestis elleni védekezésre, a mi annál feltűnőbb, mert nem egyszer kel ki a babona ellen. Igen részletes utasításokat ad ezek készítmódjára; pl. az arsenicumot egy kis tafota-erszenybe kell varrni, s a szív táján viselni, vagy a kénesőt mogyoróhéjba zárva, a nyakon hordani. S hogy az ellentét még kirívóbb legyen sokszor nyilvánult felvilágosodottsága s a könyvnek ezen része között, még azt is megemlíti, hogy a ki tulajdon vizeletét éhgyomorra megiszszza, szintén hathatós óvszerrel látta el magát a veszedelem ellen.

Ennyit a praeservatív orvosságokról.

A könyv második, a remedia curativa, a gyógyító orvosságokat tárgyaló részével hamar végezhetek, a mennyiben ezekre is érvényben tartja a régi theosophiai felfogást, hogy az egészséget első sorban a buzgó imádság és Istenbe vetett erős hit állítja helyre; általában ugyanazt ismétli, a mivel az előző fejezetekben már bőven foglalkozott. Ennek daczára egyben érdekes az amulettumnak ezen része, mert megismertet Weber pathologiai nézeteivel, a melyek, biznyságául annak, hogy ebben is előljárt, a pestisről a XVII. században uralkodott tanokkal nagyjában egybevág. Így elsőrendű curatíváknak a hashajtókat említi, mivel a dögleteesség a belek megromlásával veszi kezdetét; azután az izzasztó szereket, s ha ezek sem használnak, az érvágást ajánlja a purgativákban; mint az arab iskola feltétlen híve, kerül a drastikus szereket, hanem ezek helyett a mannát, sennát, cassiát s egy mesterséges hashajtót, a suppositoriákat, tartja czélszerűeknek. Az izzasztó szereket a mithridatum képviseli, melyből *vastag* természetűek két *arany nyomónyit*, gyengébbek ennél valamivel kevesebbet vegyenek be; szerepel még ezenkívül a hajdani gyógyászatban sokat használt Bezoardicum joviale (antimonium diaphoreticum), melynek izzasztó hatását kiválóan magasztalja, sőt ignis purgatoriusnak nevezi, mert mindennemű vétke és rohadásra indult nedvességet megéget és megemész. Az érvágást is dicséri, mint a mely kiűzi a pestises mérget, ebben is követvén Galenust, kinek gyógymódjában e mütét nagy szerepet játszott, sőt három, legjobbnak tartott értekezése (*περι φλεβοτομίας*) ezt tárgyalja. Az érvágás idejére nézve megjegyzi Weber, hogy nem szükséges megvárni, míg a kalendariumok azt megengedik, hanem akkor kell

eret vágatni, a mikor szükséges; nem azért, mintha e könyv teljesen szakított volna az astrologiával, hanem azért, — mert mint maga mondja — *necessitas frangit legem*.

Nem volna teljes ez ismertetés, s a szerző tekintélye is kisebbednék, ha be nem számolnánk egy universalis gyógyszerről, mely valószínűleg a Weber compositiója. A flastrom, mert erről van szó, a pestises kelevényeket gyógyítja kiváló sikerrel, de használható minden baj ellen. Készítmódja igen részletesen van leírva, úgy hogy érdekességéből csak vesztene, ha egész terjedelmében közölném. Nagyjából úgy készül, hogy egy közepén kivájt hagymát, melyet theriákkal megtöltünk s csepűvel elzárunk, meleg hamuban kisütünk s porrá törve a tapasz anyaga közé keverjük. Ha az eljárást valaki hosszadalmasnak találja, akkor czélszerű lesz egy megtépett élő kakas hasával a kelést érintkezésben hagyni mindaddig, míg a kakas ki nem múlik, a mely művelet a flastrom-készítést van hivatva helyettesíteni. Igen hasznos szolgálatot tesz még ezenkívül a megszártott földi béka porrátört teste, melyet belsőleg kell alkalmazni.

Végül a könyv utolsó részében a komfortatív, az erősítő orvosságokról szólva, 40 oldalon tárgyalja az orvos és orvosság szükségességét és isteni rendeltetését. Úgy látszik, erről kellett leghosszabbat s legtöbbet írni, a mit ha tekintetbe vesszük ama korban az elhanyagolt nevelés ügyét, a misticismusra és babonára hajló erkölcsöket, s pedig nemcsak a szegény, földhöz ragadt parasztok között, hanem még a középosztálynál is, ha hozzávesszük az állami kulturtevékenységnek jóformán minden hiányát, szinte természetesnek találunk. Abban is kora igényeihez alkalmazkodik, hogy állításait igen gyakran a szentírás és az apostolok szavaival erősíti, mert bizonyos, hogy az ilyen érvelésnek lehetett legmeggyőzőbb az ereje. Az a hit, hogy a pestis Isten ostora, mely még az elmúlt században terjedt el a szószek és a sajtó útján, indolentiába sülyesztette a népet s azt a meggyőződést keltette benne, hogy emberi erővel nem is lehet e baj ellen sikeresen védekezni. Weber sem tudja ugyan magát ez uralkodó felfogás alól kivonni: Istentől valónak tart minden csapást, a tüzet, a vizet s minden betegséget, tehát a pestist is, de elég bölcsen megalkuszik a viszonyokkal s ügyes logikával az orvost és orvosságot is csak oly Istentől rendelt eszközöknek tartja, mint magát a bajt, mely ellen amazokkal védekezni kell.

Az egész könyv alig keltheti azt a benyomást, mintha az amulettum amolyan népszerű orvosi tanácsadó volna, milyenek a XVI. és XVII. században divatoztak. Weber János, ez a nagy olvasottságú, sokat tanult gyógyszerész alig akarhatta az ő irodalmi működését egy ily szűk tere teremtett, csupán a köznépek kezén forgó munkával gazdagítani, ő kinél a toll is csak egyéni hiúságának és nagyravágásának kielégítésére szolgált. Előbb hihető, hogy közigazgatási ismereteit kívánta értékesíteni, mikor az amulettumot megírta; a mint hogy e könyv egészségügyi utasításokat s óvszabályokat sorol fel inkább, mintsem gyógyszereket. Nagyjából elméleti, mint gyakorlati téren mozog, s ez utóbbira nem is helyez oly súlyt mint az előzőre; csak így érthető az az ellentét, mely e két irány között kéri: míg a praeservatív orvosságok semmi kifogás alá nem eshetnek, addig a curatívák között még piszkos orvosságok is fordulnak elő, a melyeket pedig már e könyv megjelenésekor általában kiküszöböltek az orvosi gyakorlatból. Nem is találunk az amulettum ezen részében valami sok eredetiséget, jóllehet Weber többször hangoztatja, hogy csak azt írja le, a mit tapasztalt. Egyébként oly sűrűn van megrakva a könyvnek minden lapja idézetekkel, hogy bajos kihámozni, mi belőle Weber egyéni véleménye. Feltétlen befolyása alatt áll a régi tekintélyeknek, ámbár roppant olvasottságával s universalis képzettségével ép úgy ismeri az ókori philosophusokat, mint Galenustól kezdve Rhasert, Avicennát, Serapiont, Mesuet, Paracelsusig s még ezentúl is koráig minden jelentékeny író, kinek akár a philosophiához, akár a gyógytudományhoz valami köze volt. S e nagy olvasottság daczára, vagy éppen ezért nem is vall semmiféle határozott irányt; könyvében gyakran egymás után eltérő, egymással ellenkező elveket vall: Galenus mellett, kit az

orvosok fejedelmének tart, dicséri az einsiedelni reformator tanait, sőt belőlük sokat majdnem szóról szóra át is vett. Szóval inkább ügyes közvetítő volt, mint önálló teremtő.

Moldoványi István dr.

A Theriaka.

Mult idők emlékeit eleveníti fel J. Bernhard „*la Theriaque*“ című érdekes kis könyvecskéjében. Egy hajdan híres gyógyszernek a történetét írja le benne, mely fényes pályát futott be, hogy a haláttalan utókor egészen megfélemedezék róla.

A Theriaka (Θήρα = vadállat, vadállat elleni gyógyszer) számtalan gyógyanyag keveréke volt, s eredetileg mérges állatok harapása ellen használták. Felfedezője *Mithridates*, Pontus királya volt (élt 63-ban Kr. e.), ki folyton rettegett a megmérgeztetéstől, s ki ezen szerrel, mintegy prophylaxis céljából, naponta élt. *Cneius Pompeius*, *Mithridates* legyőzője, ki ezen híres szerrel hallott, előkerestette a vényét a legyőzött fejedelem irataiból, lefordította, s ez által, mint *Plinius* mondja, az emberiségnek ép oly nagy szolgálatot tett, mint *Mithridates* legyőzése által a köztársaságnak. *Mithridates* theriakája 54 különböző anyagból állott. 130 évvel később *Andromachus*, Nero híres orvosa, ura által felszólítatva, hogy javítsa ezen szert, egyes anyagokat, melyeket hatástalannak tartott, elvetett belőle, újakat tett hozzá, a benne levő opium-mennyiséget szaporította, s különösen az által tette híressé gyógyszerét, hogy a *musa*, Augustus orvosa által mint kitűnő antidótumot ajánlott *vipera trochiskusok*at tette hozzá. Ő a benne lévő anyagok számát 78-ra emelte, szerét görög versekben megénekelte, melyet *Galéné* névvel (γ.ληνη = nyugodt) nevezett el, csillapító hatásánál fogva. Nero udvarában divatossá lett ezen szer, majd a nép közé is eljutott használata. A régiek, kik az egyes gyógyszerek hatását nem ismerték biztosan, azt hitték, hogy mentől több anyagból áll valamely gyógyszer, annál biztosabban hat a kóros állapotokra, s hogy ha több anyagból van összetéve valamely gyógyszeres keverék, azok hatásukban kiegészítik egymást, s hogy így annál több betegséget gyógyíthatnak vele. Sok ilyen komplikált számos, anyagból álló szerük volt, de valamennyi közül legbecesebbnek tartották a Theriakát. Mint említettem, azt eredetileg állati mérgezések, főleg kigyómarás ellen használták; későbbben használati köre mindinkább kiterjedt, valamennyi bármily eredetű mérgezésnél alkalmazták s applicatiójára, mint írták, „a legnagyobb kínok között is megcsillapult a beteg, sőt fel is gyógyult tőle“. Idővel a Theriaka valóságos universalis gyógyszerre lett; használták még sebek kötözésére is s általa vélték a sebfertőzést elkerülhetőnek. A középkorban valóságos isten csapásaként dúló pestis ellen csakis a Theriaka bevétele szolgált óv-, sőt még gyógyszerül is. Egyszóval akármilyen bánattal állott szemben az orvos, vagy ha már minden más szer cserben hagyta, a Theriakát erős meggyőződéssel vette alkalmazásba; ha pedig valahol épen kéznél volt, más gyógyszer, pl. hánytató és hashajtó nem is kellett neki.

Azon számtalan gyógyanyag közül, melyekből a Theriaka állott, csupán kevés a hatásos; ilyenek: főleg az opium, azután a scilla, terebinthina, castoreum, cassia, valeriana. A többit a legkülönbözőbb fűszerek, balsamok tették ki. Legfontosabbnak s leghatásosabbnak régen a *vipera szétfőtt húsából kenyérbéllel* készült *trochiscusok* voltak elismerve, ezenkívül a *canella* is igen jó gyógyhatású szernek tartatott.

De nemcsak a gyógyszerek számától és súlyarányától függött a Theriaka jósága, hanem súlyt fektettek az egyes alkotórészek jóságára is, mert ha csak azok egyike is rosszabb minőségű volt, ez az egész Theriakát hatástalanná tette nézetük szerint. Ebből következett, hogy ha hatástalannak bizonyult a Theriaka alkalmazása közben, ennek oka sohasem a Theriaka mint gyógyszer volt, hanem a Theriaka rossz minőségét vádolták.

A Theriaka készítésénél az előírt szabályokat szigorúan be kellett tartani, mert az itt elkövetett hiba a betegekben boszulta meg magát a régiek szerint. A készítése igen körülményes volt; csak négy hónap múlva vált használhatóvá; legjobb volt az összekeverés után 5—7 év múlva s hatásosnak tartották 30 évig, sőt ha kifogástalanul készült, a 60-dik évig is.

Hogy az ily sok anyagból és ily körülményesen készült szer drága volt, azt könnyen elképzelhetjük.

Az egész régi orvosi irodalom a legnagyobb dicsérettel nyilatkozik a Theriaka felől, így *Galénus*, valamint mások is versekben magasztalták. Egyedül csak az *öregebbik Plinius* emelte fel szavát ellene, mondván, hogy sajnálja, hogy azon idő, midőn az egyszerű szereket használták, eltűnt, s hogy a Theriakát a roppant fényűzés teremtette meg, míg az igazán ható gyógyszereket csakis a szegény emberek használják.

A középkorban is mindenki, s a legkülönbözőbb bajokban is, a Theriakát használta, s az egyes bántalmak szerint csakis az adag volt különböző. Öregek mintegy megifjodtak tőle. Nevezetes, hogy gyermeknek nem volt szabad adni, mert veszélyessé, sőt halálossá válhatott, a mi a benne levő opium folytán könnyen érthető; ez a régieknek éles megfigyelő képességéről tesz tanúságot.

Hogy ezen kiterjedt használata következtében hamisításnak is volt kitéve, s hogy az egyedül jónak elismert velencei Theriaka helyett a legutálatosabb keverékeket adták el a közönségnek egyes nyereszkedők, az természetes. Az orvosok és gyógyszerészek küzködtek ezen szédelgés ellen, de hiába.

Végre, hogy a közönséget a károsodástól megóvják, a Theriakát a hatóság, egyetemi facultás és előkelő közönség jelenlétében ünnepélyesen készítették, hol mindenki a drogueok jóságáról és a készítési szabályok betartásáról meggyőződhetett s felhívták a publicumot, hogy csakis az ilyen módon készített Theriakát vásárolják, melyet csak bizonyos gyógyszerházakban árúsítottak el.

Azóta sok idő elmúlt; a chemia és physiologia fejlődésével a hit a komplikált gyógyszerekben megszűnt, a csodaszerek divatjukat multák, s így a Theriaka csak az orvosi történeté, az emlékezeté, s a régmúlt idők babonáit s félszűzségeit juttatja eszünkbe.

Schiller Károly dr.

Heti szemle.

Budapest, 1895. márczius 8-dikán.

A diphtheritis serumtherapiája. *Muralt* a zürichi gyermek-kórházban tett tapasztalatait teszi közzé. Eddig 58 esetet (36 könnyű, 13 súlyos és 9 nagyon súlyos eset) kezelt serummal; a betegek közül csak 2 halt meg. 11 beteg a betegség 1., 18 a 2., és 17. a 3. napján került a kórházba; 21 beteg 1—3 éves volt. Valamennyi esetben jelen volt a *Löffler-féle bacillus*, és pedig 4-szer egyedül, 38-szor *streptococcusok*kal és 16-szor *staphylococcusok*kal és más *coccusok*kal együtt. 18 gyermek nagyfokú stenosis tüneteivel vétetett fel; 11-nél azonnal, 3-nál pedig nemsokára intubatio végeztetett; 2 tracheotomizáltatott és ezenkívül 4 intubált betegnél is még szükségessé vált a tracheotomia. Az említett 2 halálos kimenetel tracheotomizált esetekre vonatkozik. A befecskendés után 24 óra múlva, sokszor már előbb is, tetemes javulás mutatkozott; a lepedékek elhatárolódtak, megduzzadtak és nemsokára leváltak. Az ápolási napok száma tetemesen megkevesbedett. A serumon kívül az eddig alkalmazásban volt eljárás is igénybe vétetett: bőséges szellőztetés éjjel-nappal, folytonos gőzspray sátor alatt, toroköblögetés kalium chloricummal és symptomatikus kezelés. Az észlelt mellékhatások (főleg exanthemák) nagyon csekély jelentőségűek voltak.

Blattner a zürichi sebklinikán tett tapasztalatait közli. Serummal kezelt 38 beteg közül meghalt 9, vagyis 23,6%. 26 betegnél a 3. napon vagy még későbbben indított meg a kezelés. Műteti beavatkozás 7 esetben vált szükségessé. Legfeltűnőbb volt az általános állapot gyors javulása. A hőmérsék másnap többnyire már rendes volt. A helybeli folyamat sohasem terjedt tovább, a lepedékek pedig sokkal gyorsabban tűntek el, mint az előbb használt eljárás mellett.

Leuch, Zürich város tisztii orvosa, 41 egyénnél végzett prophylactikus befecskendezést; közülük kettő megbetegedett diphtheriában és pedig az egyik az oltás után 1 nappal, a másik pedig 28 nappal. A serumtherapia eddig még nem mutat valami lényeges befolyást Zürich város diphtheria-mortalitására; 1893-ban a diphtheriás betegeknek 17,4%-a halt meg, az 1894. év 9 első hónapjában 19,8%-a, utolsó 3 hónapjában pedig 17,1%-a. (München. medic. Wochenschrift, 1895. 10. sz.)

Vegyesek.

Budapest, 1895. március 8-án. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. február 17-dikétől 1895. február 23-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 423 gyermek, elhalt 285 személy, a születések tehát 138 esettel multák felül a halálozásokat. Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 3, kanyaró 1, vörheny 3, himlő 1, typhus abdominalis 4, gyermekági láz 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 3, agykéreglob 16, agyvérömleny 4, rángások 12, szervi szívbaaj 16, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurur 57, tüdőgímő és sorvadás 54, bélhurut és bélob 18, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák —, Brigh-kór és veselob 8, angolkór —, gürvélykór —, vesezületett gyengesség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 14, erőszakos haláletet 9. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2421 beteg, szaporodás 754, csökkenés 732, maradt e hét végén ápolás alatt 2443. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1895. február 26-tól március 4-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt 1), himlőben —, bányahimlőben 18, álhimlőben 1, vörhenyben 17 (meghalt 1), kanyaróban 51 (meghalt 2), roncsoló toroklobban 27 (meghalt 3), torokgyíkban 6 (meghalt 2), trachomában 14, hökhurutban 5, orbáncban 5.

Egyetemi alkalmazást nyertek a budapesti orvosi karon: *Kör-szövettani tanszék mellett:* tanársegéd: Beck Soma dr.; díjazott gyakornok: Winternitz Miksa V. o. h.; díjtalan gyakornok: Hasenföld Oszkár V. o. h. — *Kórbonczatani tanszék mellett:* második tanársegéd: Kelen Béla dr.; díjazott gyakornok: Áldor Lajos dr. — *Szemészeti tanszék mellett:* díjtalan gyakornokok: Endersch Leó dr., Scholtz Kornél dr. — *Első szül. s nőgy. tanszék mellett:* második tanársegéd: Walla Béla dr.; díjazott gyakornok: Bugsch Gusztáv dr. — *Első belgyógyászati tanszék mellett:* díjtalan gyakornokok: Korács József dr., Mezei Béla dr., Pfeifer Gyula dr. — *Élettani tanszék mellett:* díjazott demonstrator: Holénia Gyula V. o. h. — *Második szül. s nőgy. tanszék mellett:* díjtalan gyakornokok: Lakatos Izidor dr., Nagy Ernő dr. — *Második belgy. tanszék:* díjazott gyakornok: Hasenföld Arthur dr. — *Második seb. tanszék mellett:* ösztöndíjas műtőnövendék: Boros József dr. — *Fogászati intézet mellett:* tanársegéd: Hattyas Lajos dr. — *Bőrkórtani tanszék mellett:* díjtalan gyakornokok: Deutsch Arthur dr., Popper Mór dr., Sella József dr. — **Az influenza újból fenyeget;** Londonban és Párisban, de főleg az előbb említett helyen nagyszámú influenza-esetről érkeznek hírek. Legújabb tudósítások szerint Bécsben is sok influenza-eset fordul elő, sőt Budapesten is észleltek már állítólag nagyobb számú, influenzára nagyon gyanus megbetegedést.

Buchsbaum József dr.-t a belügyminister a pozsonyi országos kórháznál üresedésben volt másodorvosi állásra kinevezte.

Cholera-hírek. Galiciában február 11-dikétől 17-dikéig összesen csak 2 megbetegedés és 1 halálozás történt Buczaez kerület 2 községében; február 19-dike óta, a mikor a kezelés alatt volt 2 utolsó cholera-beteg meggyógyult, Galiczia teljesen ment a cholera-tól. Kedvezőtlen hírek érkeznek azonban Törökországból és Romániából. Konstantinápolyban ugyanis tetemesen szaporodnak a cholera-esetek; a megbetegedések száma február 4 első napján 25-re, a halálozásoké 19-re emelkedett; február 6-dikától 10-dikéig pedig 45 megbetegedés és 27 haláletet fordult elő. Sulinában (Románia) január vége óta nagyobb számú cholera-gyanus megbetegedések fordulnak elő, február közepéig összesen 34.

† **Elhunytak:** Neumann Adolf dr. volt sífoki vasuti orvos. — Nappendreck Kálmán dr. kolozsvári gyakorló orvos 36 éves korában.

— r. „Das Ichthyol, 300 bewährte Receptformeln für dessen Gebrauch“ cím alatt 92 lapra terjedő füzet jelent meg második kiadásban, melyben a nevezett szer külső s belső használatát illetőleg mindazon orvosok és klinikusok vényei találhatók, kik azt a legkülönbözőbb betegségeknel alkalmazták. 1883. év óta, midőn az ichthyol először alkalmazásba jött, a mult év végéig nem kevesebb mint 102 ezikk van a füzetben felsorolva, melyek az ichthyolról részint különféle lapokban, részint önállóan jelentek meg. Azok szerzői közt német, angol, francia, olasz, spanyol, magyar, orosz stb. írókra akadunk s többnyire elismert tekintélyekre, mint Unna, Schweninger, Nussbaum, Neisser, Chatelain, Cocq, Sinclair stb. Az egyes betegségek betűrendben vannak a füzetben felsorolva, s az azoknál alkalmazott vények mellett a rendelő neve is található. Önként érthető, hogy eleinte az ichthyol leginkább külső bajok ellen külső alkalmazásban is részesült, később azonban mindinkább fért hódított magának s jelenleg a nőgyógyászatban s belső bajokban is sikerrel használtatik úgy külsőleg mint belsőleg is. Ajánljuk a tartalomdús füzetet s a valóban gyógyszerünk sorában méltán polgárjogot nyert *ichthyol* t. olvasóink figyelmébe.

Midőn a nagyközönség figyelmét Unghváry László czeplédi hírneves gyümölcsfa-iskolájának mai számunkban közzé tett hirdetésére felhívánk, különösen kiemeljük, hogy nevezettnél a százazekre menő mindenféle nemes csemetén felül még mintegy 1.500.000 darab 1-2-3 éves gyümölcsfa-vadoncz van eladásra készen, még pedig: körte, alma, birs, douczin, paradicsom, szilva, prunus-myrobolana, Saint-Julien, beszterczei-szilva, eper, saj-meggy, sárga-baraczk, mandula és kőkenyéből.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság

Budapesten.

Uj! Gyógykezelés meleg kénés vízzel: A thermalis zuhany-fürdő!! (Douche massage). Téli kura az iszapfürdőben, mely a szállodákkal egy épületet képez. **Nehéz betegek számára felhúzó készülék külön iszapfürdőbe.** Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőkről küld prospectust az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Bosányi Béla dr.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1895. február 28-tól egész 1895. március 6-ig ápolott betegekről.

1895.	Felvett beteg			Elbocsátott gyógy.			Megtelt beteg			Marsát beteg			Az ápoltak közül				
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	a Rókusban				
													beteg	szülőnő	heveny fertőző	az állítónti kórházban	
Febr. 28	43	46	89	57	47	104	10	3	13	1274	952	2226	1094	42	55	1075	
Márcz. 1	52	36	88	67	44	111	3	3	6	1256	944	2200	1050	42	55	1053	
"	2	58	55	113	62	31	93	3	3	6	1249	955	2204	1058	41	58	1047
"	3	34	26	60	41	15	56	4	1	5	1238	965	2203	1061	41	56	1045
"	4	70	46	116	63	38	101	3	3	6	1242	977	2219	1067	41	55	1056
"	5	55	67	122	33	46	79	4	3	7	1260	995	2255	1092	41	51	1071
"	6	51	61	112	33	48	81	4	2	6	1284	1006	2290	1097	41	52	1100

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános
TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE
TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

15 megcsontásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő árakon szállít:

50 egyénre (kb. 1 gramm)	3.—
100 " (kb. 2 gramm)	6.—
1 phiole 2-3 egyénre	—60
10 vagy több ilyen phiole á	—50
1 phiole 15 egyénre	—250

Csomagolásért 20 krajczár

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalis savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénasav natron 33-6339, kénsavas natron 7-1917, szénasav mész 4-1050, chlornatrium 3-8146, szénasav kali 2-3496, szénasav Magn. 1-7157, szénasav Lithion 0-1089; szilárd alkatrészek, 53-3941 összes szénasav-tartalom 47-5567, hőmérsék 12-30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörgurur, aranyérel stb.

Kitűnő 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: **Med. Dr. REUSS VILMOS** A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A diphtheria therapiájának kritikája különös tekintettel a serumtherapiára.

Purjesz Zsigmond dr., kolozsvári egyetemi ny. r. tanártól.¹

T. Uraim!

Hogy nem mindenkor könnyű valamely gyógyszer therapeutikai értéke felett egyöntetű megállapodásra jutni, azt elégszer van alkalmunk tapasztalni; ezt látjuk a diphtheria ellen ajánlott serumnál is; bár ez csak hosszas előtanulmányozás után lett közbírálat alá boesátva és ámbár a legszakavatottabb therapeuták szóllottak a kérdéshez: összhangzó megállapodás még létre nem jött; azt hiszem azonban, hogy találon jellemzem a helyzetet, ha azt mondom, miszerint az észlelők túlnyomó része a serumban bizók táborában van.

Nekem is volt alkalmam a serumot húsznál több esetben használni és ámbár reám is azt a benyomást tette ezen szer, hogy alkalmazása mellett a gyógyulási arány elég kedvező, mégis, midőn az észlelést kísérő mellékvizonyokat és körülményeket számba véve, ez észleleteket behatóbb tanulmány tárgyává tettem, arra a meggyőződésre jutottam, miszerint az eddig rendelkezésre álló észleletek alapján, valamint azok alapján, melyek az eddigi eljárás segítségével még ezután fognak beszerezhetni, alig lesz eldönthető az a kérdés, hogy a serum a diphtheriára bír-e befolyással, vagy nem? Ép e miatt azt tartom, hogy hasztalan szólunk mi itt a serum értékéről akár húsz, akár néhány száz eset alapján mindaddig, a míg az iránt nem vagyunk tisztában, hogy az alap, melyből kiindultunk, az út, melyen haladunk, olyan-e, hogy annak révén a tudás értékével bíró bizonyítékokhoz juthatunk.

A bizonyítás két módját követik az észlelők: az állatkísérletet és a numerikus módszert.

Bármily nagyra becsüljük az állatkísérlet értékét hasonló kérdések megoldása körül, a mint becsülöm kétségtelenül én is, azt még sem tartom megengedhetőnek, hogy azokat, melyek a serum therapeutikai értékének bizonyítása céljából végeztek, egyszerűen az emberre alkalmazzuk. Nem csupán azért, mivel az emberi és állati szervezet különböző voltánál fogva az állaton nyert eredmények nem vihetők egyszerűen át az emberre, hanem főleg azért, mivel az a kórkép, melyet állatnál diphtheriás anyag beoltása útján előidézték és melyet azután serummal sikeresen kezeltek, sok tekintetben nem hasonlít az emberi diphtheriához. Abból tehát, hogy a serum az állatnak ezt az emberi diphtheriától annyira elütő, mülegesen előidézett betegségét kedvezően befolyásolta, még nem szabad azt következtetnünk, hogy e szer hasonló magatartású lesz az emberi diphtheriával szemben is.

A bizonyítás másik módja, t. uraim, az ú. n. numerikus módszer, mely, mint méltóztatnak tudni, abban áll, hogy serummal kezelt bizonyos számú esetet összehasonlítanak más módon kezelt hasonló számú esettel és a gyógyulási, illetőleg halálozási

arány kedvezőbb vagy kedvezőtlenebb voltából következtetnek a serum gyógyértékére. Így eljárva, mint méltóztatnak tudni, a legtöbb észlelő ahhoz az eredményhez jut, hogy a serum a diphtheriának megbízható gyógyszere, sőt némelyek szerint valóságos specificuma, a mely nélkül a beteget e súlyos betegség esélyeinek kitenni pl. Virchow szerint mulasztás.

A numerikus módszer értékét therapeutikus kérdések eldöntése körül már rég ismerik; de ismerik azokat a nehézségeket is, melyek e módszer alkalmazása körül járnak, miután a nagy számoktól eltekintve, melyek fontosságát már Poisson hangsúlyozta, igen nehéz olyan eseteket szembe állítani, melyek minden tekintetben, vagy legalább főbb tulajdonságaikra nézve megegyeznének és csupán a therapeutikai beavatkozásra nézve térnének el. Pedig ha a numerikus módszer ezen alaptételére, ezen mondhatni alphájára és omegájára tekintettel nem vagyunk, úgy méltán megillet bennünket az a szemrehányás, melyet Gavaret használ Louis és Bouillaud-dal szemben, midőn azt mondja: „A numerikus módszer hibás alkalmazásából keletkeznek mindama perpatvarok, melyekről naponta hallunk az akademiában, és olvasunk a lapokban, melyek miatt azt lehetne hinni, hogy az orvosi statistikának nincs más feladata, mint azon paradoxonnak bebizonyítása, hogy mindent, mindennel lehet gyógyítani.”

Már pedig, t. uraim! valamennyi szerző, ki a serum hatásáról szeptember óta nagyobb számok alapján ír, abba a megboesáthatatlan hibába esik, hogy összeadja az esetek számát, levonja a meghaltakét, kiszámítja a halálozási arányt, a nélkül, hogy gondolkozva azt a kérdést vetné fel, hogy vajjon az, a ki meggyógyult, valóban azért gyógyult-e meg, mivel a serumot alkalmazták, az, a ki meghalt, valóban daczára annak halt-e meg, hogy a serum alkalmazva lett, valamennyi abba a megboesáthatatlan hibába esik, hogy akkor, midőn az 1894-dik évi serummal kezelt eseteket az 1893-dik évi más módon kezelt esetekkel összehasonlítja, figyelmen kívül hagyja azt, hogy az összehasonlítás alá került esetek nem csupán a therapeutikus beavatkozásra nézve tértek el, hanem eltérhettek sok egyéb tulajdonságaikra nézve, pl. a járvány súlyosságára és — a minthogy kétségtelenül el is tértek — az esetek súlyosságára nézve.

Okozhatta ez utóbbi egyenlőtlenéget már az, hogy a nagy közönségben elterjedt az a hír, miszerint most ebben vagy abban a kórházban (miután minél nagyobb számok kívánatosak, tehát ez alkalommal csak a kórházakról szólunk) a nem épen olesó és nem is könnyen hozzáférhető serummal kezelik a beteget, sőt nemesak kezelik, hanem szinte biztosan meg is gyógyítják, ha csak idejekorán viszik be a kórházba; a mi azután azt eredményezte, hogy míg ezelőtt a szülők csak nagy nehezen határozták magukat arra, hogy beteg gyermektől megváljanak és csak a legvégső szükség esetén tették ezt: addig ma a legesekélyebb toroktünetek jelentkezésére futva futottak a kórházba, csakhogy a biztos kúrától el ne késsenek; ez által pedig számos oly enyhe eset birtokába jutott a kórház, minők az előző években ott elő nem fordultak.

Ha ezeket számba vesszük és azt látjuk, hogy valamely kórházban a serumbefecskendés alatt észlelt kedvező gyógyulási arány azonnal rosszabbra fordul, mihelyt a serum elfogy, úgy ebből még nem szabad — úgy mint ezt Virchow teszi —

¹ A kolozsvári orvos-természettud. társulat szakülésében és a budapesti k. orvosegyesületnek 1895. márczius 9-dikén tartott ülésében előadottak nyomán.

azt következtetni, hogy a serum a diphtheriának annyira megbízható szere, hogy mulasztást követ el az, a ki nem alkalmazza, hanem arra is kell gondolni, hogy ép úgy mint a mint a nagy közönségben elterjedt ama hír, hogy most serummal biztosan meggyógyulnak a betegek, ha elég korán kerülnek kezelés alá, azt eredményezte, hogy sok oly enyhe eset is kerül a kórházba, mely máskor azt fel nem kereste, ép úgy a nagy közönségben elterjedt ama hír, hogy most ismét csak azok az esetek fogják a kórházi segílyt igénybe venni, kik erre a legvégső szükség által kényszerítettek.

Az anyag egyenlőtlenségét ohozhatta még az is, hogy most csakis azok az esetek kezeltetnek serummal, melyekben a Löffler-bacillus megtalálhatik, míg az összehasonlítás alá fogott megelőző más módon kezelt betegeknek ez az elkülönítés nem fogantatosított, hanem promiscue minden diphtheriás egyformán kezeltetett, legalább nem mindenütt, a hol ma a numerikus módszert az előbb jelzett módon alkalmazzák. Nem akarom most azt megbeszélés tárgyává tenni, hogy már magában véve ez a körülmény is mennyire befolyásolhatja az eredményt, csak reá akartam mutatni, hogy mennyire nem egyenlők, és mennyire nem csupán a követett therapiára nézve térnek el az esetek és így mennyire vétenek az ily módon eljárók a numerikus módszer alapfeltétele ellen.

De nehogy olybá tűnjem fel, mintha ilyen nehezen mérlegelhető és ellenőrizhető tényezőknek, mint a járvány súlyosságának, az összehasonlítás alá került esetek egyenlő vagy egyenlőtlenségének a vitába való bevonása által a kérdés megoldását nehezíteni akarnám, tehát a kérdés könnyebb lebonyolítása kedvéért, hajlandó vagyok — jobb meggyőződésem ellenére — felvenni azt, hogy a fentebbi ellenvetések nem jogosultak; azaz mondjuk, hogy az összehasonlítás alá került esetek mindenben egyenlők voltak és csupán a kezelésre nézve tértek el egymástól; úgy abból, hogy a serummal kezelt esetek jobb gyógyulási arányt mutattak, mint a más módon kezelték, még nemesak az nem következik, hogy a serum a diphtheriának hathatós gyógyszere, hanem még az sem bizonyítható, legalább a tudományos meggyőződés erejével nem, hogy a serum a diphtheriára bármilyen befolyást is gyakorol. Ez csupán akkor volna következtethető, ha bizonyosan tudnók azt, hogy az eddig használt kezelési módok a diphtheriára kedvező befolyással bírtak, vagy legalább is indifferensek voltak. Ez esetben joggal mondhatnók azt, hogy: ha a serummal való kezelés mellett — a beteganyag ugyanazonosságát feltételezve — kedvezőbb gyógyulási arányt kaptunk, mint az eddigi, a diphtheriát már különben is jól gyógyító kezelési módokkal, úgy ez kétségtelenül a serum gyógyértéke mellett szól.

De legyünk őszinte és elfogulatlan bírálók és mondjuk meg, hogy vajjon tudunk-e, a különben is ingatag subjectív benyomáson kívül, bárminő bizonyítékot arra nézve felhozni, hogy a diphtheriával szemben használt oly különböző szerek, melyek közül csak azokat sorolom fel, melyekben Bókai J. szerint különösebben lehet megbízni, mint: a sublimat, hydrarg. cyanat., légenysavas ezüst, kaliumhypermanganat, vizes brom-, chlor- és jodoldatok, jodjodkali-oidat, liquor ferri sesquichlorati, alkohol, éarbol és ereolin, salicylsav és bórsav, acid. lacticum és acid. acet., thymol, chinin, chinolin, terpentin, aetherikus olajok, camphora, naphthalin, jodoform és jodol, flores sulphur., aqu. calcis, papayotin, trypsin: mondom, tudunk-e bárminő bizonyítékot arra nézve felhozni, hogy mind e szerek a diphtheriára gyógyítólag hatottak volna? Múltán kelt ama subjectív benyomással szemben bizalmatlanságot már magában véve az elsorolt szerek nagy száma, melyek mindegyikének akadt dicsérője és szószólója; e szerek mind-egyikéről ismételve elmondták, hogy hasznosak a diphtheriával szemben és ez állítást mindenkor azzal indokolták, hogy alkalmazásuk alatt a halálozás kisebb volt, mint valamely előbbi kezelésmód mellett.

Látva e sok gyógyszert, mely állítólag mind jónak bizonyult a diphtheria ellen, szinte kénytelenek vagyunk Gavaret-nak előbb idézett mondását oda módosítani, hogy az orvosi statistika

hibás kezelése a diphtheriával szemben azon paradoxonhoz vezet, hogy e súlyos betegséget mindennel lehet gyógyítani.

Egy régi és a tapasztalat által beigazolt orvosi közmondás azt tartja, miszerint az esetre, ha valamely betegség ellen nagyon is sok szer áll rendelkezésre, akkor tulajdonképen egygyel sem rendelkezünk, azaz egy sem megbízható. Ha ama számos, állítólag jónak bizonyult gyógyszer — a serumtól egyelőre eltekintve —, melyet a szóban forgó bántalom ellen ajánlottak, végigtekintünk, úgy sajnos, arra a meggyőződésre kell jutnom, hogy ama közmondás újra beigazolva lett. Lehet, hogy amaz egyéni meggyőződésem, miszerint az a sok gyógyszer aligha fejtett ki valami hasznot a diphtheriával szemben, mások előtt nem valami nyomós érv, de másrészt az is bizonyos, hogy azok, kik e nézetemet nem osztják, e szerek haszná mellett egyéni nézetüknek egyebet szintén nem hozhatnak fel. Sőt a mennyiben e nézetük valóban abban a tényben lehnő alapját, hogy ezen szerekkel történt kezelés mellett jobb gyógyulási arányt láttak, mint az előtt, úgy ezt tagadni nem akarjuk, de ez alighanem más körülményben találja magyarázatát, a mint ezt azonnal látni fogjuk.

A felsorolt szerek bármily chemiai vagy parasita-ölő természettel bírtak is: egy közös tulajdonságban valamennyi osztozkodott, t. i. a kezelés, az alkalmazás módjában. Csaknem valamennyi esetelés alakjában lett alkalmazva, abból a ezébből, hogy a betegség fészket, a betegség okát elronesolják; de miután erre, a mint ez — a szerek nagy számától eltekintve — a serumkezeléselőtti időben észlelt nagy halálozási arányból kiteszik, képesek nem voltak, a régi lokális kezeléssel alig maradt valami, a mi e súlyos betegséggel szemben valami hasznot fejthetett volna ki, mint az a mechanikus insultus, melynek e szegény betegek torkát kitették.

Ha visszagondolunk azokra a scenákra, melyekkel az ilyen esetelés járt, arra a küzködésre, melyet a szegény áldozatok kifejtettek, arra a gyengéd erőszakra, melyet az orvosnak türelme dacára alkalmaznia kellett, hogy az összeszorított fogsorokat egymástól eltávolítva, a torokhoz juthasson, hogy ott, a sötétben eseteljen esetleg olyant, mit szivesebben hagyott volna érintetlen, mivel még ép, vagy hogy érintetlen hagyjon olyat, mit szivesen esetelt volna, mivel már kóros volt; ha meggondoljuk, hogy e műveletet naponta többször ismételtük, sőt némely orvos éjjel nappal 1—2 óránként hajtotta végre, vagy, mivel más dolga is akadt, végrehajtott a szülőkkel, az ápolónóvel, ki talán az orvosnál kevesebb türelemmel, de annál több erővel törekedett az intencióknak megfelelni, ha meggondoljuk, hogy így tartottuk a beteget 4—5, sőt több napon át, úgy hogy az a szegény gyermek alig jutott ahhoz, hogy 1—2 órai nyugodt álommal kipihenje az aggodalom, a félelem, a küzködés szenvedéseit, a moralis, a physikai kint: akkor ne csodálkozzunk, ha a közelmúltban valamivel jobb eredményt kaptunk a ferrum sesquichlorat., a chinolin, a sublimat stb. esetelése alkalmazásával, mint kaptunk akkor, midőn ezen — még aránylag enyhe — szerek helyett, melyeknél rosszat legfőlebb a mechanikus impulsus tehetett, a lapisráddal igyekeztünk nemesak a felületet, hanem egyúttal a mély részeket is elroncsolni, de még kevésbé csodálkozzunk azon, ha a serumkezelés mellett még jobb eredményt kaptunk, miután az ily módon kezelt gyermekek abban a szerencsében részesültek, hogy 1—2, még nem is nagyon fájdalmas bőr alá fecskendés révén megszabadultak azon óránként ismétlődő gyötrelmekről, melyeket elődjeiknek át kellett szenvedniök. Én azt hiszem, t. uraim! hogy a mechanikai insultusnak elmaradása, valamint az, hogy elmarad a roncsolás, az a kedvezőtlen hatás, melyet e szerek élet-vegytani tulajdonságuknál fogva a szövetekre, az idegrendszerre, valamint az egész organismusra kifejtettek, elég magyarázat arra, hogy a serumkezelés alatt észlelt jobb eredményt ne kelljen valamely specifikusan működő hatásra visszavezetni. Minél kevésbé felel meg a tényeknek az imént jobb meggyőződésem ellenére tett ama concessióm, hogy az észlelés alá került esetek súlyossága egyenlő volt, annál kevésbé okozta a serumkezelés mellett észlelt kedvezőbb gyógyulási arány javulását, kizárólag a lokális kezeléssel járó különböző insultusok elmaradása; hanem okozta azt bizonyára nagyrészt

az esetek egyenlőtlen súlyossága, a mennyiben serumkezelés alá került több oly enyhe eset (több, mint máskor), mely minden kezelés nélkül is meggyógyult volna, de melyek most csak azért, mivel serumot kaptak, a serum javára könyveltnek el. Ez minden esetre nem csekély vigasz azon orvosok számára, kik nagyon is sokat biztak az esetelésben, illetve lokális kezelésben. Ezen felfogás mellett az is érthető, hogy súlyosabb, vagy a tovaterjedésre nagyobb hajlammal bíró esetekben az intubatio és tracheotomia ma sem kerülni el, de érthető az is, hogy ez esetek talán ritkábban fordulni, valamint az, hogy ha már előkerülnek, jobb gyógyulási arányt mutatnak, mint eddig, miután a kis betegek sokkal kevésbé elesigázott állapotban jutnak ezen beavatkozások alá.

Arra pedig, hogy a serummal kezelt esetek jobb gyógyulási aránya csupán a mechanikus és toxikus insultusok elmaradásának, valamint a serummal kezelt enyhébb esetek hibás elkönyvelésének tudható-e be, vagy jut-e abból — és ha igen, mennyi rész — arra, hogy a serumban levő antitoxin is érvényesítette hatását — megbizható választ nem adhatunk; sem nem állíthatjuk, sem nem tagadhatjuk ezt, mivel a serummal kezelt eseteket nem hasonlíthatjuk össze olyan esetekkel, melyek amazokkal mindenben, vagy főbb tulajdonságaikban megegyeznének és csak a kezelésre nézve térnének el.

Ez kivihető csak akkor volna, ha azt temők, a mit már a serumkezelés kezdetén kellett volna tenni és a mi akkor talán könnyen megejthető lett volna, hogy t. i. a serummal kezeltet szembe állítanók olyan esetekkel, melyek a diatetikai és hygieniai viszonyok szabályozásán kívül más kezelésben nem részesültek. Ha Behring a serumot, mielőtt még hatását hirdette, oly módon vizsgálta volna, hogy felváltva egyik betegét serummal, a másikat csupán diatetikailag kezelte: akkor — eltekintve attól, hogy az az ellenvetés, mintha a járvány súlyossága, vagy az esetek súlyossága nem lett volna egyenlő, nagyrészt elesett volna — akkor, mondom, ismerve a diphtheria malignus természetét, már 50 vagy 100 esettel sokkal inkább lehetett volna a serum értékét tisztába hozni, mint azt ma tehetjük, ha a mostani eljárás szerint 1000 meg 1000 eset áll is rendelkezésünkre, mivel az általunk ajánlott eljárás, a csekély számok dacára is, inkább megfelel a numerikus módszer követeléseinek, mint a különben beszerzett — nagy számok.

A mily nehezen kivihető ma ily parallel észlelés megejtése, miután a serum kedvező hatásának híre — bár nem a kellő kritika alapján — oly nagy hitelre talált, hogy minden egyes haláleset alkalmával azon szemrehányásnak lehetnénk kitéve, vagy kellene azt önmagunknak tenni, hogy az a beteg idejekorán serummal kezelve, meg lett volna menthető, bár már ismerünk olyan esetet, mely a legmegbízhatóbb szakértő (Wiederhofer) által Behring értelmében azonnal a betegség első napján lett a serumkezelésnek alávetve és ennek dacára halállal végződött, a midőn azután egy ily eset többet bizonyít a serum megbízhatósága ellen, mint a mennyit 10 gyógyult eset mellette bizonyít: a mily bajos annak a követelése, hogy olyan észlelő ejtse meg ily parallel észlelést, ki az eddigi lokális kezelés megbízhatatlanságáról nincs meggyőződve, miután nem lehet azt kívánni, hogy jobb meggyőződése ellenére, egy még bizonytalan értékű gyógyszer tanulmányozásáért megvonjon betegeitől oly gyógybeavatkozást, melyről azt hiszi, hogy egyik-másik betegének életét is megmentheti: ép oly mértékben lett volna Behringnek kötelessége, hogy a bizonyítás ezen útjára térjen, nemcsak azért, mivel ez az egyedüli természettudományilag megbízható út arra, hogy a serum gyógyértékéről magunknak kellő tudást szerezzünk és így Behringnek, a természettudósoknak reá kellett volna arra térnie, mielőtt csak egy sort is írt vala a serum megbízhatóságáról, hanem azért, mivel senki sem léphetett volna a bizonyítás ezen módjára oly könnyen, oly kevés kockázattal mint Behring, egyrészt miután ismeretes, hogy alig van valaki, ki oly fokban bizalmatlankodnék eddigi therapiánkkal általában és különösen diphtheria-therapiánkkal szemben, ki azt oly semmitörőnek tartaná mint épen Behring, úgy hogy annak mellőzésével mit sem kockázatos volt volna és miután másrészt akkor, mikor a serumot kezdette alkalmazni,

ennek hatásáról még épenséggel nem lehetett meggyőződve, ha csak nem akarta az állatkísérletek eredményét egyenesen az emberre átvinni, a mit pedig egy természettudósnak annál kevésbé szabad tenni, mivel ezzel a bizonyítás céljára és a még bizonyítandót már bizonyítottként szerepelteti.

Ugyanazon bátorsággal és talán ugyanazon lelkiismereti aggodalmakkal, mint a melyekkel az első adag bóránysérumot és antitoxint injiciálta a gyermek bőre alá, a nélkül, hogy a következményeket előre láthatta volna, ugyanazon bátorsággal, de bizonyára kevesebb lelki aggodalommal kezelhetett volna hasonló számú gyermeket diatetikailag is.

A kérdés, melyről szó van, valóban megérdemelte volna ezt a fáradozást. Ha azután az ily módon berendezett észlelés azt eredményezte volna, hogy 50 serummal kezelt gyermek közül egy sem halt meg, míg az 50 diatetikailag kezelt közül elhalt 8—10, vagy eredményezte volna csak azt, hogy a serummal kezelt esetek klinikai lefolyása szembetűnően eltér a diatetice kezeltétől, akkor ilyen eredmény sokkal inkább feljogosított volna arra, hogy bizalommal tekintsünk — már a számok csekély voltánál fogva is szükséges — további kísérletezésre, hogy a kérdést egészen tisztázzuk, semmint azt ma tehetjük, ha a serummal kezelt esetek még oly nagy számát állítjuk is szembe olyan esetekkel, melyek más, lokális kezelésben részesültek.

Fogunk-e még, t. uraim, ilyen parallel észleletekre szert tehetni, avagy a véletlenre, esetleg egy későbbi súlyos járványra maradunk utalva, hogy ezeket a viszonyokat tisztáshassuk, az egyrészt attól függ, hogy mennyire fogják magukat ama klinikusok, nevezetesen gyermekgyógyászok, az enyémhez hasonló reflexiók által arra bírni, hogy a diphtheria természetes klinikai lefolyását tanulmány tárgyává tegyék. Jól mondta ezelőtt épen 50 esztendővel a hyperrationalistának kikiáltott Dietl, hogy: „Sollten wir daher je zu einer rationellen Heilmittellehre gelangen, so müssen wir vor Allem die Grenzen der Naturthätigkeit genau kennen lernen; denn so lange wir nicht wissen, was die Natur zu leisten im Stande ist, so lange können wir nicht wissen, was wir zu leisten haben. Die Heilkraft der Natur prüfen, heisst den ersten Schritt zum Wissen gethan haben.“

Azonban nem lehetetlen, hogy valaki azt a kérdést fogja felvetni: vajjon csakugyan szükségesek ily parallel észleletek? Nem elégedhetnénk-e meg azzal, hogy a diphtheria halálozása a serum-kezelés mellett leszállott 50—30%-ról 20—10%-ra, s ne bolygassuk a kedélyeket, melyek már-már megnyugodtak abban, hogy e súlyos betegség ellen biztos gyógyszerünk van, azzal, hogy azt latolgatjuk, hogy e kedvező eredményben mennyi része van a serum alkalmazásának és mennyi annak, hogy a régi, s a beteg részeket, valamint az egész szervezetet oly durván insultáló kezelés elmaradt? Hiszen a serum, ha nem használ is, hát legalább nem árt, a remedium anceps pedig melius, quam nullum!

En az ilyen álláspontot, t. uraim! sohasem fogadhatnám el. Nemesak azért, mivel az sem nem tudományos, sem nem practikus és a mi fő: nem ethikus; nemesak azért, mivel már is hallhatók oly hangok, hogy mivel a serum nem egészen biztos szere a diphtheriának, hát alkalmazzuk e mellett a régi lokális kezelést is, mely álláspont jogosultságát legkevésbé azok vitathatják, kik egyaránt láttak jó eredményt a lokális kezeléstől és a serumtól, miután két jó gyógyeljárás mégis csak indokoltabb, mint egy, mely ha képes is gyógyítani, de mint a tapasztalat mutatja, még sem óv meg biztosan minden esetet a haláltól; nemesak azért, mivel 20—40 kem. löserumnak, egy bizonyos — gyermekekről levén leginkább szó — nem épen csekély mennyiségű carbolnak, egy bizonyos mennyiségű, természetére nézve egészen ismeretlen antitoxinnak a gyermeki szervezetbe való bekebelezését, az esetre, ha attól semmi hasznót sem várhatok, még akkor sem tartom kívánatosnak, ha az csakugyan oly kevés káros hatással volna a szervezetre, mint ezt az eddigi kísérletek is bizonyítani látszanak: hanem főleg azért nem, mivel akkor, midőn arról akarunk határozni, hogy a serum megtartotta-e azt, a mit ajánlói ígértek, midőn ezt a gyógyszert a therapiába bevezették, nem arról van

szó, hogy a diphtheria ellen ajánlott gyógyszerek hosszú sorozatát egygyel szaporítsuk-e, vagy ne, hanem arról, hogy polgárjogot adhatunk-e annak az új therapeutikai iránynak, melynek a diphtheria ellen ajánlott serum csak első hírnöke, és mely, ha beválik, okvetlen maga után kell hogy vonja therapiának nagy részének átalakulását.

A mily tárt karokkal fogadom ez új irányt, mely új, de már is mély gyökeret vert és nagy tért hódított tudományunknak: a bacteriologianak méltó betetőzőjeként hivatva volna therapiánknak soha nem sejtett lendületet adni, mihelyt annak helyessége az ellenőrzésre egyedül illetékes klinikai placetje által el lett ismerve: *ép oly végzetes tévedésnek tartanám, ha ez új irány hiányai felett szemet hűnyva, csak az újdonság káprázata által engednök magunkat megtévesztetni.*

Nem subjectiv benyomásoknak, hanem jól megfigyelt és a természettudományi gondolkodás kritikáján átszűrt tényeknek, a czélnek megfelelőleg berendezett és akkor az állatkísérlet értékét messze túlhaladó klinikai észleleteknek kell a felett dönteni, hogy elérkezett-e már a serumtherapia órája.

A Behring-féle savóval elért eredményeim.¹

Bókai János dr., egyet. rk. tanár, igazgató-főorvostól.

(Vége.)

Uraim!

Azon kérdéssel, hogy „a serumkezelés miképen befolyásolja a diphtheriás betegek fehérje-vizelését“, a kísérletezők Hansemann felszólalása óta foglalkoznak behatóan, s míg a legtöbben, s ezek nagy része nagy beteganyagból nyert tapasztalatok alapján nyilatkozik, a savó-kezeléstől a vesék működésére hátrányos befolyást nem láttak (Roux már az elmúlt év szeptember havában Budapesten azon kijelentést tette, hogy „l'albuminurie est moins fréquente et de plus courte durée chez les diphthériques traités par le serum“), addig mások — s ezek jórészt aránylag csekélyebb számú észleletről támaszkodhatnak — a serummal kezeltéknél jelentkező fehérje-vizelést részben vagy teljesen a savó alkalmazásának róják fel, vagyis más szóval a serum-befecskeudésnek határozottan vese-izgatást tulajdonítanak. Míg Börger, Mosler tanár greifswaldi kórodájáról a savóval kezelt diphtheriások fehérje-vizelését illetőleg a következőkép nyilatkozik²: „*doch hatten wir auch hiebei öfter den Eindruck, dass die Form der Albuminurie leichter war, dass das Eiweiss aus dem Harn schneller verschwunden war, als in einen entsprechenden Fall, der nicht mit Serum behandelt worden wäre*“, s Ganghofner tanár Prágában, tapasztalatait felsorolva, azon következtetéshez jut,³ hogy „... dieses Verhalten (t. i. azon körülmény, hogy erősebb fehérje-vizelést csak az ú. n. „késői“ eseteknél látott, míg a „korai“ eseteknél csak csekély fokú albuminuriát észlelt vagy teljesen fehérje-mentesnek találta a vizeletet) *spreche cher dafür, dass die Schädigung der Niere und damit auch die Albuminurie, bei frühzeitiger Serum-Behandlung geringer ist, möglicherweise auch vollkommen verhütet werden kann*“, addig Monti tanár Bécsben 25 észlelete alapján azon nézetben van:⁴ „*dass die Albuminurie in unseren Fällen eine Folge der toxischen Wirkung des Serums war*“, s hogy „*es handelt sich hier somit nicht um eine Albuminurie als ein Symptom einer Nierenerkrankung, sondern nur um eine Albuminurie, wie sie auch im Gefolge von anderen Giftstoffen beobachtet wird*“.

A fehérjevizelés ugyanis eseteinél szerinte a következő sajátosságokat mutatta: a) a fehérjevizelés láz előrementenélkül lépett fel; b) az albuminuria által a vizelet napi mennyisége szembetűnően nem befolyásoltatott; c) a fehérjevizelés néhány nap alatt eltűnt, s d) a fehérjetartalom sohasem volt tetemes s az üledékben csak egyetlen egy esetben találtattak

hyalinhengerek, s ezek felsorolásával Monti bebizonyítotttnak látja, hogy ezen albuminuria a diphtheria folyamán különben észlelhető albuminuriától lényegben különbözik. Amde ezen négy pont alapján mi tapasztalataink mellett¹ nem vagyunk képesek megkülönböztetni az eseteiben észlelt albuminuriát az ismert diphtheriás albuminuriától s így nem is látjuk tisztázottnak azon nézetét, hogy a fehérjevizelés eseteiben a serumalkalmazásnak volt kellemetlen mellékhatása.

120 észleletem között fehérje-vizelést összesen 42½%-ban, vagyis 53 esetben constatáltam² (a vizeletvizsgálatot csakis néhány esetben mulasztottuk el, így pl. azon esetekben, hol az exitus letalis rövid időre a felvétel után már bekövetkezett), ezek közül 13 esetben a fehérjevizelés már az első savó-befecskeudés előtt jelen volt.

53 esetem közül 22 esetben fehérjét kis mennyiségben találtunk a vizeletben, 20 esetben közepfokú fehérjetartalmat mutatott a vizelet, 11 esetben pedig súlyosnak jeleztetett az albuminuria. Érdekesnek tartom ide jegyezni, hogy épen azon már említett esetekben (lásd fentebb), hol a diphtheriás folyamat (laryngitis tracheit. fibrinosa) gyógyulása csakis körülbelül 4200 egységű savómennyiség felhasználása mellett következett be, a fehérje a vizeletből az egész lefolyás alatt hiányzott.

37 esetemben a fehérjevizelet tartamára nézve a következő feljegyzéseket találok:

6 esetben	1 napig tartott
5	2
5	3
6	4
3	5
4	6
3	7
1	8
1	11
1	12
1	13
1	22

Érdekesnek tartom ide iktatni, hogy míg Hansemann, Monti stb. a serumbefecskeudésnek határozottan veseizgatást tulajdonítanak, addig a francia kísérletezők a fennálló albuminuriában (feltéve, hogy az nem egy szó szoros értelmében vett heveny terimbeles veselő által idéztetik elő) határozott indiciót látnak újabb befecskeudésre. Így Moizard és Perregaux, 231 esetről történt beszámolásuk alkalmával a következőket mondják ide vonatkozólag:³ „*Si, après une amélioration marquée, qui a motivé la suspension du traitement, on voit survenir de l'albuminurie, il y a lieu de faire une nouvelle injection de 10 centimètres cubes; de même si la température s'élève sans raison appréciable*“.

Hogy a serum-therapia az utóbántalom gyanánt fellépő post-diphtheriás hűdésekre van-e bármint befolyással, s hogy a diphtheria folyamán jelentkező szívhűdés számát szaporítani avagy csökkenteni fogja-e, ezen két kérdésre eddigi tapasztalataim alapján határozott feleletet adni képes nem vagyok. Theoretikus okoskodás alapján, szem előtt tartva a gyógyszerum anti-toxikus behatását a szervezetre, valószínűnek kell tartanunk ugyan, hogy savógyógymód mellett úgy post-diphtheriás hűdéssek, mint szívhűdés fellépése kevesebb valószínűséggel bír, nem lehetetlen azonban, hogy a gyakorlati életben mindkét hűdésalakal serumkezelés mellett ezentúl aránylag sürűbben fogunk találkozni, mert súlyos diphtheriás eseteinknek sokkal nagyobb százaléka gyógyul, illetőleg éli át a megbetegedés első, mondhatnók „acut“ időszakát. Én összes 120 esetem között post-diphtheriás hűdés súlyos alakját összesen csak 5 esetben láttam (gyógyult eseteim jórészt körülbelül 4 hétig tartattak

¹ Lásd Orvosi Hetilap 9. és 10. szám.

² Deutsch. med. Woch. 1894. Nr. 48.

³ Prag. medic. Woch. 1895.

⁴ Wiener medic. Woch. 1895.

¹ „A helygyógyászat kézikönyve“. I. kötet, pag. 518 és Bókai „Közlemények a heveny fertőző kórokról“ 1892. (Szegő K. dr. czikke „Észleletek a diphtheriás fehérje-vizelésről“) pag. 122.

² Sanné szerint általában körülbelül felénél a diphtheriás betegeknek észlelhető albuminuria.

³ Le Bulletin Médical 1894. 20. décembre.

vissza a kórházban), s ezekben a hűdés az ismert kórképtől eltérést egyáltalában nem mutatott. Enyhébb paresis veli palati-t ezen eseteken kívül több esetben észleltem ugyan még, ezeknél azonban a paretikus tünetek roboráló eljárás mellett csakhamar teljesen visszaféjlődtek. A hűdés valamennyi esetben a reconvalescencia időszakában lépett fel, tehát oly időpontban jelentkezett, melyben a hűdés felépését különben is észlelni szoktuk. (Monti tanár a hűdés jelentkezését serummal kezelt eseteinél igen nagy százalékban látta s azok korai fellépését észlelte, mely észlelésével ezideig tudtommal egyedül áll a serum-irodalomban.)

Szívhűdésben 120 esetem közül 3 betegemet veszítettem; mindhárom gyermeknél a diphtheriás megbetegedés igen súlyos alakot mutatott s így a serum előtti időszakból nyert tapasztalataim alapján a szívhűdés fellépte egyik esetben sem lepett meg, s a serumtherapiával a hűdés fellépését három esetben összefüggésbe egyáltalában nem is hozhatom. Szívgyengeséget, olykor aggasztó alakban, súlyos helyi megbetegedések után az üdülési szakban néhány esetben észleltem még, a szívgyengeség fellépését azonban a diphtheriás infectio által ezen esetekben is teljesen magyarázva láttam. Megjegyzendő, hogy mindezen esetekben a fellépett szívgyengeséget a coffein kettős sóinak s esetleg camphorának alkalmazása által sikertelt ki egyenlitenem.

A vérsavó-therapia folyamán fellépő erythemákat illetőleg az észlelők általában megegyeznek abban, a) hogy az a vérsavó alkalmazásának direct következménye, s b) hogy az semmi esetre sem a savó antitoxin-tartalma által van feltételezve. Már első előadásomban említettem, hogy ily kivirágzásokat, melyek rendszerint a beszúrási helyből indulnak ki, s a legtöbbször csalánkiütéshez hasonlítanak, már az első észlelők, így Wernicke, Kossel, Roux és Heubner is láttak több esetben, míg azonban ők ezen bőrkütegeknek addig észlelt enyhe jellegükénél fogva jelentőséget egyáltalában nem tulajdonítottak, addig ma Mendel, Lublinski, Cnyrim, Asch és mások közlései folytán, melyekben lázas mozgalmakkal s kellemetlen izület-fájdalmakkal fellépő s az erythema exsudativum multiforme képehez hasonló bőrkivirágzások irattak le, ezen erythemának jelentőséget kell hogy tulajdonítsunk, bár azokat magunk részéről ma is a serumtherapia csak kellemetlen, de különben veszélytelen mellékhatásának tekintjük.

Ily bőrkütegekkel, melyek a serum-befeekendést rövidebb-hosszabb idő után szokták követni, s rendszerint kiterjedten lépnek fel, én 11 esetben talákoztam, vagyis serummal kezelt eseteinknek körülbelül 10 százalékában. A bőrpír legtöbbször nyire a csalánkiütés képét mutatta, s csak egy-kétszer volt rubeolyszerű, illetőleg az enyhébb vörhenyes felpirhoz hasonló erythema. Oly bőrruptiót, milyent Mendel, Lublinski, Cnyrim stb. írtak le, egy esetben észleltem, s ezt röviden összevonva, alább közlöm.

11 erythemás esetemben a bőrpír fellépési időpontját illetőleg a következő észleléseket tettem:

1 esetben	3 nappal a befeekendés után lépett fel a bőrpír
3	6
1	8
3	10
1	11
1	12
1	13

Az erythema tartama a következő volt:

4 esetben	1 napi tartam
2	2
1	3
2	5
1	7
1	8

A 11 eset közül 6 esetben az erythema láz nélkül folyt le, 5 esetben pedig láz kíséretében; 4 esetben a lázas mozgalmak erősebb fokot értek el.

Érdekesnek tartom feljegyezni, hogy csak nemrég egy prophylactice oltott gyermeknél az I-ső számú hőchsti serum $\frac{1}{4}$ -ének befeekendése után is eléggé erős csalánkiütészerű exanthemat észleltem, mely majdnem 2 napig fennállott s mérsékelt lázzal volt egybekötve.

Fent említett erythema exsudativum multiforme esetem a következő:

B. Mariska, 6 éves leány, 1894. október 19-dikén vétett fel a kórházba. Állítólag csak 1 nap óta beteg. Mindkét mandolán kiterjedt, mélyen beágyazott, szürkés-fehér állhártyás felrakódás, a garatképletek vízenyősen duzzadtak. Állalatti nyirkmirigyek beszűrődöttek. Végbélhő 39° C. A gyermek a felvétel után azonnal 1000 egységű serumot kap bőr alá. Az éjszakát a beteg kissé nyugtalanul tölti; az állhártyás felrakódás kis mértékben terjedést mutat, s csekély fokú szájbűz jelentkezik, a láz azonban reggelre 37° -ra száll alá. Vizeletben albumen ninesen. A „bacillaris diphtheria“ kórismét a bakteriologikus vizsgálat megerősíti. A második oltást október 20-dikán kapja a beteg 600 egység serummal. Esteli hőmérsék 37° . Közérzet javult.

Láztalan állapot mellett a torokképletek 22-dikére már tökéletesen feltisztultak, s a mirigyduzzanatok lelohadtak. Közérzet és étvágy jó.

28-dikán láztalan állapot mellett a jobb hypochondrium táján, a befeekendés helyéből kiindulólág tenyérszerű terjedelemben urticaria-szerű küteget látunk. 29-dikén láz kíséretében a bőrpír nagyobb foltokban a törzs bal oldalára s az alsó végtagokra is kiterjed s a csalánkiütéssel tökéletesen megegyező. A közérzet alig zavart. Esti hőmérsék $38^{\circ}7'$ C. 30-dikán a kütege az egész testet (az arezot is) elborítja, s jellegváltozást mutat, a mennyiben inkább az erythema exsudativum multiforme-ra emlékeztet. A láz reggel 39° . A gyermek elesett, szenvedő arezkifejezéssel mozdulatlanul fekszik ágyában, mozgásnál fájdalmat jelez s különösen nagy izületeit fájdtja. Duzzanatok a nagy izületek körül nem észlelhetők. Este a hőmérsék 40° -ra száll fel. 31-dikén az általános állapotban változás nem igen észlelhető, a kütege azonban kissé ellapult s halványabb. Esteli hőmérsék $38^{\circ}9'$. November 1-én a kütege már rubeolyszerű; a láz kisebb fokban még fennáll, az izületek fájdalmasága azonban megszűnt. A leánya néhány nap mulva tökéletesen gyógyultan hagyja el a kórházat. Vizelet az egész tartam alatt fehérjementes; sziv szabad.

Ha mindezek után már most visszatérünk Behring azon kimondására, hogy a „gyógyserum alkalmazása embernél ép oly veszélytelen mint egy sterilizált physiologikus konyhasó-oldat bőr alá feekendése“ s azon kérdést állítjuk magunk elé, hogy Behring ezen nyilatkozatát ma is fentarthatjuk-e változatlanul, úgy ezen kérdésre feleletül mi is azt mondhatjuk, mit Ganghofner tanár mondott a prágai eszmecsere alkalmával, hogy „Wenn man fernerhin sagt, sie (die Serum-Behandlung) sei absolut unschädlich, so ist dass nur in dem Sinne zuzugeben, dass wirklich bedenkliche Nebenwirkungen im Allgemeinen nicht zu befürchten sind.“

Térjünk mindezek után át a védőoltásokra.

A prophylaktikus oltások a hőchsti serummal tudvalevőleg oly módon történnek, hogy az I. számú savó egy negyedrésze, azaz körülbelül 150 immunitási egység feekendtetik bőr alá,¹ már első előadásomban említettem azonban, hogy ismereteink alapján biztosan állítható, hogy ezen prophylaktikus oltások óvőereje legjobb esetben is csak hetekre, esetleg hónapokra terjed, s azok a Jenner-féle vaccinatióval párhuzamba egyáltalában nem állíthatók.

Nagyobb számú nagyszabású kísérletek védőoltással a mai napig alig eszközöltettek s azon kísérlet, melyet Behring és Ehrlich az oldenburgi hercegségben végeztek (ezen kísérletről első előadásomban részletesen megemlékeztem), ma is még egyedüli az irodalomban.

¹ A Schering-gyár által készített Aronson-serumból 1—2 cm. használtatik óvó-oltásra. A Roux-féle savóból Moizard 5 cm.-t kíván bőr alá feekendeni, tehát aránylag igen nagy mennyiséget.

Saját magam kórházi, illetőleg magángyakorlatomban eddig összesen 70 esetben végeztem védőoltást. Az oltás sikerességének bizonyítására különösen fontosnak tartom egy kísérletemet, melyet a vezetésem alatt álló kórház kanyaró-osztályán tettem. Az elmúlt év november havában ugyanis egy diphtheriás betegem kanyarót importált ez osztályra, s miután ezen kanyarós beteget, kinél a diphtheriás folyamat már tünőfélben volt, a diphtheria-pavillonban helyszűke folytán kellőképp nem izolálhattam, a kanyaró-osztályra helyeztem át, mely akkor történetesen üres volt. Csakhamar azonban egy második diphtheriás betegem is átkerült a kanyaró-osztályra, s mert időközben a fővárosban a kanyaró-esetek mind sűrűbben és sűrűbben jelentkeztek, kénytelenítve voltam az osztályra más kanyaró-betegeket is felvenni. Miután tudvalevő, hogy a morbilli-beteg diphtheriás fertőzésre különösen hajlamos, elhatároztam magamat arra, hogy az osztályra felvett kanyarós betegeket sorra védoltom. Az ily módon védoltott betegek száma 14 volt s ezek a diphtheriás fertőzést valamennyien elkerülték. Talán nem felesleges hangsúlyoznom, hogy a kanyaró-osztályra áttett két betegnél a diphtheriás folyamat az áttételkor részben még fennállott, s a Löffler-bacillusok náluk még ki voltak mutathatók. Ezen kísérletek a védőoltásba helyezett bizalmamat még inkább megerősítették, és mégis, bár teljes bizalommal nézek a jövőbe, nagyszabású kísérletek hiányában Behringnek Bécsben 1894. szeptember hóban tett azon kijelentését, hogy: „es sei Pflicht der für das Sanitätswesen verantwortlichen Personen und Behörden, durch Belehrung und auf anderen Wegen für die allgemeine Einführung der Schutzimpfung gegen Diphtherie zu wirken“, ma is korainak tartom.

Moizard és Perregaux már többször idézett előadásukban a prophylaktikus oltásokra vonatkozólag nézetüket a következőkben foglalják össze: „nous croyons qu'un médecin est autorisé à pratiquer la vaccination préventive des personnes, enfants ou adultes, exposés à être en contact avec un malade atteint de diphthérie, et nous pensons que cette pratique a une grande valeur prophylactique“, s a két francia kísérletező ezen véleményét én tökéletesen osztom, s a védőoltást a jövőben is gyakorolni fogom oly esetekben, hol egészséges gyermek diphtheriás beteggel együtt volt, vagy attól kellőképp el nem különíthető.

A „Gyógyászat“ egyik legutóbbi számában¹ Alföldi Izor kartárs Pancsováról egy esetet közöl, melyben szerinte védőoltás következtében egy addig egészséges gyermek csakhamar az oltás után toxikus veselő tünetei között meghalt. Miután ezen eset az egész világirodalomban eddig egyedül áll, szükségesnek tartom azzal legalább néhány szóval foglalkozni. Alföldi kartárs ezen év január hó 15-dikén egy másfél éves diphtheriás beteghez hivatott, kinél mindkét mandolán s a garat hátulsó felületén kiterjedt kocsonyás lepedékét constatálta. A betegnél serumkezelés végett alkalmazásba s a diphtheriás lepedék már negyednapra eltűnt a torokból. A másfél éves beteg hároméves leány testvérével a betegség kitörését megelőző éjjel egy ágyban hálván, a szülők az utóbbinál immunizáló befeeskendést kértek, s Alföldi dr. 16-dikán az I. számú höchsti serumnak 2 kem.-jét bőr alá feeskendezte. Következő napon a leányka bágyadt, kedvetlen, nem eszik. 18-dikán reggel a hőmérsék 40,2° C.; az igen okos leányka nagy fájdalomról panaszkodik a vese tájékán s a vizeletben nagy mennyiségű fehérje található. 19-dikén a hőmérsék 40°; folytonos hányinger van jelen, s éjjel az egész testen, különösen az alsó végtagokon sűrűn egymás mellett álló petechiák lépnek fel. 20-dikán reggel a beteg elhal. Alföldi kartárs az esetet analizálva, azt véli, hogy ezen esetben kétségtelenül acut veselő forgott fenn, s részéről minden más okot kizártnak vélvén, ez esetben serum által előidézett toxikus veselőt vesz fel. Kétségtelenül sajnálnunk kell, hogy ezen esetet Alföldi kartárs nem kellőleg részletezve írja le, mert az általa közölt gyér adatok alapján egyáltalában nem nyerünk kellő felvilágosítást arra nézve, hogy a torokképletek s az ornyák-

hártya mennyiben találtattak általa tökéletesen intactnak. De feltéve, hogy ezen nyákhártyaterületek diphtheriás csapadéktól tökéletesen mentek voltak, diphtheriás megbetegedés gyanujától tökéletesen el nem tekinthetünk, mert azon körkép, melyet Alföldi kartárs vázol, a „foudroyans“ diphtheriára sok tekintetben reá vall. Azon körülmény, hogy a védoltott leányka diphtheriás testvérével a curativ oltást megelőző éjjel még együtt hált, tehát a legszorosabb érintkezésben volt, a fent kifejezett gyanút még inkább jogosulttá teszi.

Alföldi kartárs esete ezek szerint alig ingathatja meg bennünk a védőoltásba helyezett bizalmat, sőt meggyőződésemet, hogy a prophylaktikus oltások ép úgy be fognak válni a gyakorlatban, mint beválnak a curativ oltások. S ha ezen jövődőlésem teljesebbé megy, Behring oly jótévője lesz az emberiségnek, mint Jenner, a vaccinatio felfedezője.

Végezetül bátor vagyok előadásomat a következő pontokba összefoglalni:

1. Kísérleteimet a höchsti savóval befejezetteknek tekintem, mert 120 esetem alapján teljes meggyőzőlést nyertem a nevezett gyár által forgalomba hozott Behring-féle gyógyszer specifikus és jótékony hatásáról diphtheriánál.¹

2. Tapasztalataim alapján a serum a diphtheria ellen eddig alkalmazásba vett minden más gyógyeljárás hatékonyság tekintetében felülmul. A serumnak más kellemetlen mellékhatását nem észleltem, mint az eseteknek körülbelül 10%-ában jelentkező csalánkiütésszerű bőrküteget.

3. Súlyos s a megfulás veszélyével fenyegető gége-stenosis (croup laryngis) esetén az operatív beavatkozást (intubatio, tracheotomia) a serum-kezelés mellett is okvetlen szükségesnek vélem.

4. A diphtheria azon eseteiben, hol a megbetegedés kezdettől fogva kifejezetten septikus jellegű, a gyógyszer hatása kétséges; a diphtheria lefolyása után kifejlődött s directe szervi elváltozások által feltételezett s szívűdéshez vezető szívgyengeséget a serum ellensúlyozni nem képes.

5. A prophylaktikus oltások kérdését nagyobb szabású kísérletek hiányában magam részéről végleg eldöntöttnek még nem tekintem, eddigi tapasztalataim alapján azonban bizalommal tekintek a jövőbe, s azt vélem, hogy a prophylaktikus oltások ép úgy be fognak válni a gyakorlatban, mint a curativ oltások.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Enuresis nocturna gyógyulása typhus abdominalis után.

Az Orvosi Hetilap e heti számában olvastam Nagy Béla dr.-nak „Művileg előidézett lázas mozgalmak befolyása elmebántalmak gyógyulására“ című cikkét. Ezen cikk indított engem arra, hogy esetemet, mely ugyan nem directe az elmebántortan, hanem az idegbetegségek körébe tartozik, közöljem.

Az esct a következő:

F. M., helybeli 11 éves leánykát szülei 3/4 év előtt felvitték Budapestre Bókai János tanárhoz megvizsgálás végett. Bókai tanár úr ugyanazon diagnosist állapított meg, mint én már azelőtt; t. i. „éjjeli ágybavizelést“ és pedig a húgyhólyag elégtelen beidegzése folytán. A tanár úr extr. nucis vomicae-t és háromszor hetenként való villanyozást rendelt, melyet én pontosan végrehajtottam. Ezen kezelésnek nagyon kevés és igen rövid időre szóló hatása volt csak, úgy hogy két hó letelte után abba is hagytam teljesen a kezelést, természetesen még a betegség fennállása daczára. Egy pár hétre a kezelés abbahagyása után a leányka typhus abdominalisba esett, mely természetesen hosszantartó és magas lázakkal járt. Feltűnt már a betegség alatt, hogy az ágybavizelés megszűnt, s vártam, hogy a betegség lefolyása után fel fog-e újra lépni, mire azt tapasztaltam, hogy bizony nem lépett fel újra az ágybavizelés.

¹ Jelen év márczius hó 1-ig serummal kezelt összes eseteim száma 171-re emelkedett s gyógyulási százalékom 76-ot tesz ki. Újabban már a Roux-féle savóval s Aronson serumával is kísérletezhettem s ezen kísérletek eddig hasonló jó eredményt mutatnak, mint a höchsti gyár savójával tett befeeskendéseim. (Bókai.)

Eseteimmel csak azt akartam bizonyítani, hogy nemcsak elmekórosoknál, de egyéb idegbajoknál is valószínűleg a fellépéttől láz okozhat javulást, sőt mint esetem bizonyítja, teljes gyógyulást.
Wohl Izor dr., gyak. orvos Simontornyán.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VII. rendes ülés, 1895. márczius 9-dikén.)

Elnök: Pertik Ottó; jegyző: Temesváry Rezső.

Előadás.

A serumtherapia kritikájához.

Purjesz Zsigmond tanár. (L. lapunk más rovatát.)

Preisz Hugó. Az előadó a serumtherapia theoretikus, állatkísérleti alapját nem elég megbízhatónak mondotta arra, hogy e kísérletek az emberre átvitessenek. De midőn az éveken át folytatott állatkísérletek oly fényes eredményekre vezettek, hogy pl. tetanus vagy diphtheria ellen immunissá tett állatok vérsavójával más állatok e bántalmak vírusának beoltása után gyógyíthatók, lehetetlen volt az eredményeket az emberi betegségek ellen nem érvényesíteni. A diphtheria ellenes serummal a kísérletek embereken annál inkább meg voltak tehetőek, mert Roux és Vaillard kimutatták, hogy a nem oltott, egészséges lovak vérsavója más állatokba, vagy mint később kitiűnt, emberbe oltva is, nem idéz elő káros hatást, míg némely állatfajnak normalis vérsavója árt más állatoknak. Hogy ha Behring oly nagy és fárasztó munkálkodás után a serumkezelést embereken is megpróbálta, azért nem lehet neki szemrehányást tenni.

Abban valamennyien egyetértünk, hogy a serum gyógyító hatásának constatalását célzó kísérletek még nincsenek befejezve, de az eddigi észleletek alapján szóló azt hiszi, hogy a serum a praxisban meg fog maradni diphtheria ellenes gyógyszernek és a diphtheria halálozási arányát jelentékenyen le fogja szállítani. Az előadó a statistikák értéke ellen felhozta, hogy a diphtheria-járvány súlyossága enyhült, de pl. *Wiederhofer* mondja, hogy csak súlyos esetekben alkalmazta a serumot és sokkal jobb eredményeket látott, mint az előtt; a tracheotomiát vagy intubatiót igénylő, tehát súlyos esetekben is jobb eredményeket értek el az észlelők a serummal, mint a régi kezelési módokkal. A serumkezelésnek, az urticariától eltekintve, nincs káros hatása, mert a mit *Hanseman* a serumnak a szívre és vesékre gyakorolt káros hatásáról elmondott, nem nyugszik kórbonczatani vagy kísérleti alapon, és azon észlelők, kik a serummal a legtöbb kísérletet tették, azt állítják, hogy sem fehérjevizelést, sem szívhűdést nem láttak a serumtherapia mellett aránylag gyakrabban, mint azelőtt.

Bókai János. Az előadó oly vádakkal illette a serumtherapiát, hogy szóló, a ki két hét előtt e helyen a serumkezelés feltétlen hívének jelentette ki magát, és e kijelentésén a most hallott előadás után sem változtat semmit, nem hagyhatja e vádakat észrevétel, illetőleg czáfolat nélkül. Az előadó mindenekelőtt aggályát fejezte ki az iránt, hogy a serumkezelés értékét a numerikus eljárással tisztába lehetne hozni és azon nézetben van, hogy a mióta a savó-therapiát Európában és Amerikában fogantatva vették, a diphtheria-járvány enyhébbé vált. Előadásában felemlítette szóló azt a lehetőséget, hogy a járvány jellege változhat, de kiemelte azt is, hogy kísérleteit a szeptembertől—januárig terjedő időszakban végezte, az pedig köztudomású tapasztalat, hogy a diphtheria-járványok épen őszzel és télen szoktak a legsúlyosabbak lenni. És midőn nemcsak szóló eléggé tekintélyes statistikája, hanem *Roux*, *Martin*, *Moizard* és oly sok más szerző közleménye egyaránt kedvező eredményekről tesznek jelentést, és az esetek között számos súlyosat hoznak fel, ezzel szemben indokolás nélkül azt a kijelentést kockáztatni, hogy az epidemia enyhült, szóló nagyon merésznek tartja. És midőn kórházában a múlt évnek januártól—szeptemberig terjedő szakában 213 diphtheriás közül 51.7% halt el, és e mortalitást a serumkezeléssel elérttel hasonlítja össze, lehetetlen a nagy különbség láttára a serum gyógyhatását tagadni. Az epidemia enyhülését Budapesten szóló egyáltalában nem észlelhette és szóló kórházi diphtheria anyagának ma is az operatív esetek képezik a zömét. Az előadó az abszolút negatív terére lépve, tagadta a serum specifikus és gyógyító hatását a diphtheriára, ezzel szemben fentartja szóló a multkor kifejtett álláspontját, és ma is azt hiszi, hogy a kérdést csakis statistikai alapon lehet eldönteni. Az előadó a kórházi statistikák ellen még azt az ellenvetést hozta fel, hogy most a serum jó hatásának elhíresztelése folytán sokkal enyhébb esetek kerülnek a kórházakba, mint azelőtt; ez az ellenvetés nem jogosult, mert a közönségnek az a rétege, mely a gyermekkórházak betegeinek zömét szolgáltatja, nem is bir tudomással a serumról.

Azt pedig, hogy az intelligens közönség nagyobb számban keresi fel a gyermekkórház külön szobáit, azt szóló nem a serum, hanem az intubatio áldásos hatása megismerésének tulajdonítja.

Minthogy előadó a régi kezelési módokat, nevezetesen az eseteléseket is elítélte, kijelenti szóló, hogy az esetelésnek ma is híve és pl. skarlát-diphtheritis eseteiben most is alkalmazza. Sőt voltak olyanok, mint pl. *Wein Manó* dr. és pl. a francia szerzők nagy része, a kik az esetelésnél még erélyesebb eljárást, az álhártyák radicalis lekaparását is ajánlották.

Előadó *Behringnek* azt a szemrehányást tette, hogy miért nem próbálta meg a diphtheria-esetek egy sorozatát puszta diatetice kezelni. Szóló nézete szerint ily parallel kísérletekre szükség nincs, mert az expectatív eljárás hatását diphtheriánál úgy is ismerjük, hiszen elég gyakran fordul elő a jobb körökben is, hogy a diphtheriás megbetegedésnek csak 2—3. napján hívnak orvost, és ilyenkor a folyamatnak nagy progressióját szoktuk látni.

Előadó felemlítette azt, hogy egy esetben már a megbetegedést követő első óráktól fogva, egészen *Behring* értelmében történt a kezelés, és a beteg mégis meghalt. Szóló nem tudja, hogy előadó maga észlelte-e a beteget, de ahhoz, hogy a kezelés tényleg a betegség első óráiban kezdetett meg, kétely fér, mert elég gyakran tapasztalja szóló, hogy a szülők, sőt az orvos azt mondják, hogy a gyermek csak egy napja beteg, és azután kiderül, hogy a betegnél a torokdiphtheriát pl. orrdiphtheritis előzte meg, mely a szülők figyelmét kikerülte. Bakteriologiai vizsgálat nélkül egyáltalában nem lehet a diphtheriát kizárni, mert a diphtheriás folyamat a garatnak nem látható részén, pl. a garatboltozaton is székelhet. Ezért nem fektetett szóló nagy súlyt statistikájában arra, hogy a betegség hányadik napján kezdetett meg a serumtherapia, s csak így érthető a post-diphtheriás hűdések azon esetei, melyekben a betegek szülei előrement diphtheriáról mit sem tudnak.

Előadó a *Behring*-féle serum carboltartalmát is kifogásolta, de hiszen pl. a *Roux*-féle serum nem carbollal, hanem campborral van conserválva. Újabbán a *Roux* és *Aronson*-féle serummal is kísérletezik szóló és e készítményekkel ugyanoly eredményeket ér el, mint a hőhíti gyár termékeivel.

A kik, mint előadó, vagy pl. *Hanseman*, *Kassowitz* a serumkezelés ellen szólottak, mind csak gyér tapasztalatokkal rendelkeznek. Szóló azt hiszi, hogy a Münchenben e tárgy felett tartandó nagyszabású discussio a serum specifikus gyógyító hatása ellen itt-ott még felmerülő kételyeket végleg el fogja oszlatni.

Högyes Endre. A serum gyógyértéke feletti vita mai nap ismétlődése azon számos vitáknak, melyek, mint a chemiai therapia története tanúsítja, mindig hevesen folynak, valahányszor egy-egy nagyobb jelentőségű therapeutikus eljárás hasznossága vagy haszontalanságának kérdése kerül napirendre. Pro és contra merülnek fel az érvek a vitaközök temperamentuma szerint kisebb-nagyobb enthusiasmmal vagy pessimismussal, míg nem egyszer elsimul az egész vita és az egész eljárás feledékenységbe merül. Ki ne emlékeznek a cuprum sulfuricum specifikus volta felett folyó vitára még nem is olyan tulságos régen? Ez a sors vár-e a serum-gyógyításra? a jövő fogja megmutatni.

A mult hónapokban már egyszer Bókai tanár első bemutatása alkalmával vita tárgya volt ez itt az orvosegyesületben, körülbelül ilyen irányban, mint a milyent a mai előadás adott az egésznek. Felszóló akkor szintén kifejtette a numerikus, vagyis mint ő nevezi, statistikai módszer elkerülhetetlen fogyatékoságait a gyógyszerek vagy gyógy-eljárások megítélésében, a hibaforrásokat, melyek e módszernél alig elkerülhetők az emberi therapeutikus kísérletek alkalmával, hol rendkívül bonyolódott és összetett tényezők egybehasonlításáról van szó mindig. E módszerre azonban az emberi therapeutika reá van szorulva és itéletet mégis csak úgy alkothatunk valamely szer hasznosságáról, ha annak alkalmazása után nagyon sokszor látjuk az egyes köresetek gyógyulását. Természetesen a csalódástól az itélethozatalban csak az észleletek nagy száma menthet meg. Ez eddigelé a serumtherapia értékességének megítélésére még nincsen meg. Székely dr. szorgalmasan összeállította a hazai és külföldi irodalmi közlésekből a serummal külföldön és ide haza orvosolt diphtheria-esetek számát, eddigelé összesen alig haladja az túl a 3500-at. E csekély számú észlelet alapján a serum hatásáról egy oly nagy mértékben előforduló és komplikált változatokban megjelenő betegség ellen, mint a diphtheria, a melyben csak Magyarországon 30—40,000 volt a mult években a megbetegedés, igaz itéletet bizonyára nagyon nehéz lenne ez időszertint még megállapítani.

A korai következtetés vonás csekély számú észleletekből kétségen kívül csalódásra vezethet. E miatt a tulságos vérmes reményeket a kritika hüvösségével jó lesz állítani. E tekintetben felszóló előadóval egy véleményen van. De nem a további következtetésekben. *Tisztán kritikai tagadással nem viszzük tovább az ismereteket. Positiv észleletek és kísérletek dönthetik el csak a kérdést, kellő módon és kellő számban végrehajtvá.* A kellő szám még eddig hiányzik a serumtherapiában. De felfogása szerint lehet adni a szer hasznosságának megítélésében tapasztalt klinikusok subjectiv benyomásaira is. Felszóló pl. Bókai tanár 120 valóban igen részletesen és gondosan észlelt esetének nem annyira statistikai eredményeit veszi a serumtherapia hatásos voltának bizonyosságául, mint inkább subjectiv benyomásait, melyek kedvezőnek jelzik a serum behatását a diphtheria egyetemes jelenségeinek lefolyására. Ez a subjectiv benyomás tudományos bizonyosság szempontjából tekintve, természetesen csak relativ értékű, akármilyen jó észlelő is legyen valaki. Maga Bókai a Belgyógyászat kézikönyvében a diphtheriáról írott jeles cikkében a múltét által elért eredmények és a járvány jellege közötti összefüggést tárgyalva tanuságosan hozza fel azt, mily különböző subjectiv benyomásokat nyer az ember az eljárás hasznosságáról a különböző járványok alatt; van idő, midőn a múltó műszereihez már majdnem reménytelenül nyul, mert az egymásutáni halálozások a műtétbe helyezett bizalmát alaposan megingatják, másszor meg az operált esetek úgy-szólvá sorra gyógyulnak s a felette kedvező műtét eredménye majdnem lehetetlennek tünteti fel azt, hogy croupus gyermek műtői beavatkozás mellett elpusztulhasson. Ez a subjectiv benyomás kedvező most a serumtherapia hatására. De ez lesz-e majd a későbbi járványok folyamán? Ezt is csak további észleletek fogják eldönteni.

A statisztikai vagy numerikus bizonyíték megszerzése a serumtherapia hasznosságára azért is akadályokba ütközik, mert nem ismerjük a rendes halálzási arányt sem. Míg egész Magyarországon 1892-ben 36·20%, 1893-ban 40·2, Budapesten a balparti kórházakban 1889-ben 64%, 1890-ben 47·20%, 1891-ben 35%, 1892-ben 40% volt a halálzási százalék a diphtheriában, Zürichben 1893-ban csak 17·40%, 1894. első 9 hónapjában 19·80%. Ez eltérő halálzási arányok megbízhatatlanná teszik a következtetést, még ha csökkenne is a halálzási százalék a serumtherapia után a szempontból, hogy állíthassa az ember azt, hogy a talált csökkenés az alkalmazott módszer eredménye. Zürichben 1894-ben a serumtherapia után az utolsó 3 hónapban 17·10%-ra csökkent a halálzási. Bizonyára bizonytalan, vajjon a serum következtében-e? és ha annak következtében is, bizonyára csekély érv a serumtherapia hasznossága mellett.

Csak ha a halálzási százalék nagyon alászállana a serum után és csak óriási számú észleletek mellett lehetne a statisztikai úton helyes következtetések birtokába jutni, a midőn felvehető, hogy a számok tömörkedése kiegyenlíti az egyes esetek differenciáit.

Ha így felszólaló az emberi terapiában alkalmazható numerikus vizsgáló módszer és eredményeinek bizonytalanságára előadóval nagyban — egészben egyet is ért, nem fogadhatja azonban el azon állítását, hogy állatkísérletek alapján jónak bizonyult valamely gyógyeljárást ne lehessen az emberre is átvinni. Ellene szólnak ennek újabb terapeutikai tapasztalataink. Leghatásosabb szereinket előbb állatokon próbáljuk ki és csak azután alkalmazzuk azt az emberi terapiában. Ha jó és befejezett az állatkísérleti alap a kísérleti toxicológiában és terapiában, beválik az az emberi terapiában is. A serumhatásra az állatkísérleti alap e befejezettsége csak részben van meg. Annyi bebizonyítottunk látszik, hogy a serum a Löffler-féle diphtheria-bacillus toxinja ellen immunná bír tenni egyes állatokat, de a curativ hatás megítélésére az eddig között állatkísérletek nem elegendők; alig szólnak azok, különösen a Behring közölte kísérletek a mellett, hogy valami nagy lenne a curativ hatás még az állatkísérletekben is, mint azt már Kassovitz is hangsúlyozta. A Roux által közölt állatkísérletekben is nagyon apadkítva van oda állítva a jó hatás. Nem világlik ki különösen, hogy milyen százalékban bírta ő megmenteni a Löffler-féle bacillus toxinja által inficiált állatokat a serumbefecskendezéssel a haláltól. Különös paradoxon a serum-kérdés jelen állapotán épen az, hogy míg az állatkísérleteknél a preventív oltások vezettek nagy sikerre és a curativ oltások adtak csekély eredményt: az emberi terapiában megfordítva inkább a curativ oltások útján látnak jobb sikereket mint a preventív oltásokkal. Szintén egy hiánya az állatkísérleti alapnak a serumtherapiában az, hogy nem veszi figyelembe azt, hogy a Löffler-féle bacillus okozta állatfertőzés nem teljesen azonos az emberi diphtheriával, hol az esetek nagyobb számában vegyes fertőzés van jelen, a Löffler-féle bacillus és streptococcus infectio, még pedig bizonyára különböző arányokban, a mi az egyes esetekben nagy különbségeket hoz létre és valószínű magyarázatát adja a járványok különböző súlyosságának. A streptococcus ellen a lóserum nem hat, és valóban már is streptococcus serum után kutatnak, mint azt olvashatjuk, és valószínű, hogy nemsokára kétféle serummal fogjuk kezelni a diphtheriát.

A kérdés tehát minden irányban bonyolult; a mihez még az is járul, hogy a serum nagyban-egészben ártalmatlan; egy ártalmatlan szerrel pedig mindig nehezebb és sokkal több időbe kerül bebizonyítani azt, hogy van-e vagy nincs haszna a betegségekben, mint kimutatni egy ártalmatlan szerrel, a milyen a Kochin volt, azt, hogy megárt a betegnek. El lehetünk azért készülvé reá, hogy a serumtherapia haszna vagy hasznatlansága még sok ideig lesz a vita tárgya.

Miután az egész serum-kérdés állatkísérleti alapja is hézagossáknak tűnik fel, felszólaló ismét hangsúlyozza ezen kísérletek alapos revidiójának szükségét is, a mi bizonyára nálunk is megtörtént volna már, ha a hazai kísérletező orvosi tudományok megadták volna a lehetőséget, hogy nagyobb szabású állatkísérletek végeztetésére kellő intézet, berendezés és költség állott volna szolgálatára.

Wein Manó: Azt hiszi, hogy azok között, a kik az előadó fejtegetéseit végig hallgatták, senki sincs, a kit meg nem győzött volna arról, hogy a diphtheria ellenes serum abszolút gyógyértékét még nem ismerjük, de nem fogadja el azt a conclusióját, hogy relativ értékekre vonatkozó véleményünk hamis. A ki a relativ statistikák bizonyító erejét tagadja, közel van ahhoz, hogy az abszolút értékű statistikát se ismerje el. Nem régen van pl., hogy a rabies esetekben semmi gyógyeljárást sem alkalmaztunk és kénytelenek voltunk az esetek gyászos végű lefolyását végignézni, míg Pasteur az ebdüh ellen sikeres eljárását megismertette; és mégis vannak olyanok, a kik a veszettségellenes oltások értékét tagadják, a mint még hazánkban is akadnak olyanok, kik az abszolút értékű statistikával szemben a himlőoltás hasznát kétségbe vonják. Ép így áll a dolog a sebkezeléssel; hiába halmozunk antiseptikus sebkezelés előnyeinek bizonyítására statistikát statistikára, egyesek még sem akarják acceptálni. A különböző gyógyeljárások relativ értékének megítélését megnehezíti az, hogy az eredmény nemesak attól függ, hogy milyen gyógymód alkalmaztatik, hanem attól is, hogy miként alkalmazzák azt. Ezért voltak oly nagyon eltérők a vélemények a diphtheria lokális kezelési módjairól.

A mi a diphtheriának általa ajánlott radikális sebészi kezelését illeti, azt arra alapította, hogy a diphtheriás fekély olyan, mint a másféle fekélyek; de pl. ezt az eljárást tökéletesen csak sebészi képzettség mellett lehet végezni. Nézete szerint az, hogy oly számos klinikus egyaránt sokkal jobb gyógyulási eredményt ért el a serummal, mint

minden más gyógyeljárással, a serumkezelés relative jobb hatású voltát kétségtelenné teszi. Bókai pl. a serumról tartott első előadása alkalmával még tartózkodó álláspontot foglalt el és statistikája összeállításánál valóban minden lehető módon iparkodott a hibaforrásokat kikerülni. Nem lehetetlen, hogy, ha majd ismerjük a serumkezelés abszolút értékét, relativ értékéről való nézetünk módosulhat, de az eddigi észleletek alapján azt hiszi szóló, hogy a serumkezelés, mint a diphtheriának az eddigi eljárásoknál hasznosabb terapiája, nem fog letűnni az orvosi gyakorlat teréről.

Tanul Ferenz. Az emberi diphtheriával teljesen azonos betegséget állatoknál nem ismerünk, mert pl. sértés nélkül állatokon egyáltalában nem lehet a Löffler-féle bacillussal diphtheriát előidézni, és ha még megengednők, hogy az emberi diphtheria minden esetben is vannak a nyák-hártyán láthatatlan sérülések, melyekben a bacillusok megtelepednek, nem szabad elfelednünk, hogy embernél bacteriologie tisztá diphtheria nem is fordul elő, mert az emberi diphtheriánál a Löffler-féle bacillusok mellett még mindig találunk más bacteriumokat, nevezetesen több vagy kevesebb streptococust is. De még ha az emberi és állati diphtheriát azonosítani lehetne is, ha felveszszük, hogy a serum hatása azon alapszik, hogy a benne lévő antitoxin ártalmatlanná teszi a diphtheria toxinját, miként lehet akkor magyarázni azon eseteket, melyekben a torokdiphtheria meggyógyul, de később bénulások, szívhűdés vagy veselő lépnek fel, melyeket a diphtheria toxinjának tulajdonítunk. Ez oly ellenmondás, melyet eddig nem fejthetünk meg, mert ezt nem magyarázhatjuk akként, hogy az antitoxint már későn alkalmazzuk, mert hiszen post-diphtheriás hűdéses és veselő oly esetekben is észleltettek, a melyekben a serumkezelést mindjárt a megbetegedés utáni első órákban kezdték meg. De még ha ezen ellenmondástól eltekintünk is és elismerjük, hogy a serum kétségtelenül gyógyítólag hat a diphtheriára, control-kísérletekre van szükség, annak kiderítése végett, hogy a serum gyógyító hatása nem magától a lóvér-serumától ered-e, és nem lehetne-e ugyanily gyógyeredményeket elérni az egyáltalában nem immunizált lovak vérsavójának befecskendezésével is.

Preis Hugó. Minthogy Tanul kételyeit hangoztatta az iránt, hogy a serum a diphtheriának specifikus gyógyszere, megjegyzi szóló, hogy a tapasztalatok a mellett szólnak, hogy az antitoxin nem egységes vegyület, és hogy különféle toxinok ellenszere lehet. Igaz, hogy a nem immunizált lovak vérsavója is fejt ki bizonyos gyógyító hatást, de az még nincs végleg eldöntve, hogy a lovak vérsavójában az antitoxin tényleg az immunisatió által jön létre.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Buday Kálmán: A csontok és ízületek gümőkórja. I. rész: Kórbonczani változások. Statisztikai adatok. Budapest, 1895. Dobrowsky és Franke kiadása.

A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése méltán jutalmazta meg Buday Kálmán munkáját, melynek első része a fent jelzett címén imént hagyta el a sajtót. Szerzőnek, mint volt kórboncznoknak, jelenleg pedig sebésznek alkalma volt megszerezni mindazon ismereteket, melyek egy a csontok és ízületek gümőkórját, az orvostannak ezen úgy elméleti, mint gyakorlati szempontból fontos részét tárgyaló munka megírásánál feltétlenül szükségesek.

Az előtünk fekvő, 82 lapra terjedő első rész mindenekelőtt 45 tanulmányosabb esettel ismert meg és pedig az áttekinthetőség kedvéért az egyes csontok és ízületek szerint csoportosítva, nem csupán a bonczani képet mutatja, hanem többnyire a klinikai megjelenésre vonatkozó adatokat is megemlíti. Attér azután a csontvelő és a synovialis hártya miliaris gümőkórjára, a csontvelő idült gümősödésére, a gümös esonchártyalob és hideg tályog ismertetésére, a csontszövet és a porcz elváltozásaira gümőkóránál stb., mindezeket nem csupán bonczani, hanem szövettani tekintetben is tárgyalva és számos jól sikerült ábrával magyarázva. Az ízület körüli tályogok és sipolyok, a spontán fizamok, a csontnövedékek, a csontos ankylosis, a genyes és eves fertőzés gümös ízületlőbnél képezik a következő fejezetek tárgyát. A nagy szorgalommal összeállított, tisztán önálló megfigyeléseken alapuló, világos, könnyen érthető előadású könyv utolsó fejezeteiben statisztikai adatokat találunk egyrészt az elsődleges és másodlagos ízületi gümőkór gyakoriságát illetőleg (47 eset), másrészt a csont- és ízületi gümőkór viszonyáról más szervek gümőkórjához (76 bonczolt eset), végül pedig a csontgümőkór előfordulására vonatkozólag a hely és életkor szerint.

Reméljük, hogy ezen az eredetiség bélyegét magán hordozó, irodalmukban minden esetre számot tevő munka folytatása nem sokáig várat magára. A nagyon esinos kiállítású könyv ára 1 forint.

II. Lapszemle. Sebészet.

A hasüreg felől végzett sérvmetszés egy esetének a kapcsán *Neuber* tárgyalja e műtét módor előnyeit. Nem szól annak a jövőjéről, sem hátrányairól, hanem csupán azt mondja el, a mi benne az előnyös. Minthogy a sérvtömlő egyáltalában nem lesz megnyitva vagy legfeljebb annak a felső része, elmarad az a veszély, a mely azzal jár, hogy nem tudjuk megítélni a sérvburkok vastagságát s ennek következtében a bélnek véletlen megsértése is elkerülhető. Éppen így kikerülhető a bélsértés a sérvgyűrű átmetszésekor, mivel azt szemünkkel kísérhetjük. Az az eset sem fordulhat elő, hogy tévesen kórismézve a belső vagy a külső lágyéksérvet, rosszul irányzott sérvmetszésekkel a véredényeket megsértenők, mivel a vékony peritonealis réteg alatt pulzálni látjuk a véredényeket. Különböző ezen műtétnél a véredények megsértése már azért is a lehetetlenségek közé tartozik, mivel a sérvgyűrű felfelé lesz tágitva, a hol nincs véredény. A bélnek a visszahelyezése jelentékenyen meg van könnyítve az által, hogy a medence felemelésén kívül a sérvgyűrű átmetszésekor egyrészt a sérvtömlő felől gyakorolt nyomással, másrészt a hasüreg felől végzett húzással a bélrészlet visszahelyezhető. Nagyobb cseplesz tömegek eltávolítása ennél a műtétnél nem lesz szükséges, s csupán ha nagyobb terjedelműek az odanövések, lesz a műtő kényszerítve arra, hogy a hasmetszést a sérvtömlőig hosszabbítsa meg s úgy válaszsza le azokat. Kiváló előnyül tekinti azt, hogy a kizárva volt bélrészletek életképessége alaposan állapítható meg, s ha az az eset szüksége forogna fenn, hogy annak egyes részleteit el kell távolítani, az a tág hasseben keresztül könnyen hajtható végre. Végül idézi *Mikulicz* a „Berliner klin. Wochenschrift“ 1892. évi 13. számában mondott véleményét, a ki az üszkös sérvéket a hasüreg felől véli műteendőnek, s megjegyzi, hogy *Mikulicz* ezzel azon sérvmetszéseknek normalis kivételi módját szabta meg, a melyet végezni kell, midőn gyanunk van arra, hogy a bél már üszkös. (Centralblatt f. Chirurgie, 1894. 28. sz.)

Ch. dr.

Szárazon sterilizált catgutot ajánl *Tscherning* varráásra és lekötésre. A catgut teljesen sterilé lesz és ha helyesen lett az elkészítése végezve, úgy eléggé erős és tartós is marad. A catgutnak száraz úton való sterilizálása attól függ, vajjon a hőmérsék kellő lassúsággal és egyenletesen emelkedett, mert különben törékenynyé válik. Az elkészítéshez szükséges anyagot kellő hosszúságra szétvágvá kettős jól beenyvezett levélborítékba rakja. A hőmérséknek a sterilizátorban úgy kell növekednie, hogy az első órában érje el a 80° C.-t, a 2-dik és 3-dik óra alatt a 150° C.-t, s azután még három óráig 150° C. maradjon, s utána lassan hagyjuk kihűlni. Az oltási kísérletek, a melyeket *Salamonsen* tanár végzett a szokásos próba-mikrobákkal fertőzött catgut-szalakkal, azt bizonyította, hogy azok ily módon teljesen sterilekké válnak. (Centralblatt für Chir. 1894. 38. sz.)

Ch. dr.

A húgycsőtükör értéke. A nyálkahártya megvilágítására a világosságot reflektorral vetítik a húgycsőbe. A húgycső belsejébe a fényforrást *Nitze* helyezte, s újabban *Oberländer* módosította. *Casper* azt mondja, hogy igen helytelen, ha a fényforrás a húgycsőben van. Állításának igazolására azt hozza fel, hogy a melegség vérbőséget idéz elő, hogy a világosság nem egyenletes, s hogy az ilyen tükrök mellett egyúttal nem végezhető a lokális therapia. Minthogy a nyálkahártya színe a különböző embereknél különböző, nem szabad belőlük hamarosan kóros viszonyokra következtetni. A sugárszerű ráncok sok esetben nem is láthatók; a kórismére tehát ez sem használható fel. *Oberländer* tehát nagyon is fontoskodó és nagyon is sokat akar látni; mert a nyálkahártya csekély színváltozása s a nyálkahártya esikoltságából akarja minden áron a nyálkahártya infiltrációját kórismézni. Phantasiája tehát szerte csapong s olyat is lát, a mit más nem láthat, s olyan dolgokból von következtetést, a mely nagyon is ingatag. Hiszen nagyon jól tudjuk azt, hogy ha a nyálkahártya mélyében a szövetek kórosan megváltoznak, felettük a nyálkahártya ép, hogy azt tükrökkel, azaz megsemmeléssel constataálni nem lehet. *Casper* azt mondja, hogy az endoscop nagyon hasznos vizsgáló műszer; de értékét ne túlozzuk. Az, a mi a nyálkahártya felületén van, látható leszen, de ki lesz az, a ki az endoskoppal a mélyebb rétegekbe tekinthet. Az infiltratumok inkább érezhetők, mint láthatók s többet ér a gömbös

végű sonda ilyen esetekben, mint az endoskop. (Anlat volt az, a ki első ízben igyekezett a húgycsőtükörreztet kellő értékére leszállítani s megjelölni ama határt, melyen túl már csak a phantasia láthat valamit. Az idegen test, a daganat, a fekély igen jól láthatók az endoskoppal; de nem azon „finomabb“ elváltozások, melyeket nagyképződve tollhegyre fognak, s melyeknek szembetűnése csak a képződés szilleménye, tehát a valóságnak meg nem felelő dolog. Ref.) (Deutsche med. Wochenschrift, 1894.) *Novotny* dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A nők ideges nemi bántalmairól ír *Jacobs*. Ezek a pruritus vulvae, a vaginismus és a medenczebeli neuralgiák. A pruritusnak igen gyakran centralis oka van, vagy lehet lokális is; egyrészt: izgató húgy vagy fluor, haemorrhoidák, analis fissurák játszszák a főszerepet; másrészt: hysteria és diabetes. Kezelésére ajánlatosak a gyakori, igen meleg mosogatások 1¹/₂% carbolvizzel; 1:20 lapis-oldattal való edzés, jód tinct.; mosogatás sublimat 2'0, alkohol 10'0, aqua dest. 450'0-el; továbbá 3% carbolkenőcs, tannin-glycerin tamponok (3:10). Constans (20 milliamperes) vagy faradikus áramot is meg lehet kísérteni. A vaginismus okai: ügyetlen defloratio kísérletek, a vulva anomalis helyzete, a hymen nagy ellenállása vagy veleszületett hyperaesthesiája és a carunculák exoriatiói. Vulvo-vaginitis, exanthemák, fissurák és ulceratiók, fájdalmas subcutan csomók is lehetnek okozói. A spasmus átterjedhet az anus izmaira, az adductorokra, sőt az egész test izmaira. Therapeutice ajánlatos: tartózkodás a coitustól, hydrotherapia, tonica, szórakozások; lokálisan: ülőfürdők, 1% carbollal való mosások, 3% carbol-vaselinnel való bedörzsölések. A cocain és villamosság csak pillanatnyi hatásúak. Forceirozott dilatatiót is lehet végezni a lokális elváltozások kezelése után, s azután napjában kétszer, ülőfürdőben, progressiv vastagabb speculumokat lehet bevezetni. Medenczebeli neuralgiák különösen hysteriásoknál és neurastheniásoknál okoznak fájdalmakat, az uterus és adnexáinak néha minden lokális elváltozása nélkül is. A kezelés megfelel a hysteria és neurasthenia általános kezelésének. Az még kétséges, hogy minden kezelés eredménytelensége után meg kell-e csinálni a laparotomiát vagy a vaginalis castratiót. Fájdalmas, de el nem változott szervek eltávolítása ritkán jár jó eredménnyel. (Centralblatt f. Gyn. 1894. 47. sz.)

N—y dr.

A menstruatio és ovulatio kérdését tanulmányozták újból *Leopold* és *Mironoff* 42 pár, gondosan kiválogatott, lehetőleg ép ovariumon. Az előző s a jelenlegi kutatások alapján a következő eredményekhez jutottak: 1. A menstruatiót rendszeren ovulatio kíséri; azonban nem ritkán lefolyik a nélkül is. 2. A havi vérzés függ az ovariumok jelenlététől s az uterus mucosájának kellő kifejltségétől; e két factor együttes működése nélkül nem képzelhető el a tipikus havi vérzés; tehát nem függ a Graaf-féle folliculus megérésétől és megrepedésétől. 3. Ha ovulatio volt jelen, az rendszeren a menstruatio idejére tehető. 4. A havi vérzés idején kívül is van ovulatio; de úgy látszik, hogy physiologikus körülmények között csak ritkán lép fel. 5. Néha az ovulatiót s a tipikus corp. lut. képződését helyettesíti vérodaömlés egy talán még nem érett s meg nem repedő folliculushoz (atypikus corp. lut.). 6. Az ovariumok senilis összezsugorodásakor is vannak még normalis folliculusok, melyek physiologice repednek meg s belőlük tipikus corp. lut. képződik. Mindezek szerint a gyakoribb: a menstruatio ovulatióval; ritkább: menstruatio ovulatio nélkül. Az bizonyos, hogy a havi vérzés idejekor lehet ovulatio, ha a külső vérzés egyszer ki is marad. (Centralblatt f. Gyn. 1894. 47. sz.)

N—y dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Hemicraniában** szenvedőket *Möbius* szerint a rohammentes időben is kell kezelni. E tekintetben nagyon jó eredményeket ért el natrium salicylicummal, melyből minden este 1 grammot vétet be egy csésze kávéban. A masszálással és elektromozással elért eredményeket a legtöbb esetben suggestióra vezeti vissza. (Therap. Monatshefte, 1895. február.)

2. **Gastralgia és hányás** eseteiben *Labadie-Lagrange* a következő orvosságot rendeli: Rp. Aqu. chloroformii 100'0; Syr. codeini 20'0; Mentholi (soluti in spiritu) 0'2; Cocaini hydrochlorici 0'05. M. D. S. Egy nap alatt 5—6 evőkanálnyit elfogyasztani. (Therap. Monatshefte, 1895. február.)

TÁR C Z A.

Úti levelek Belgiumból és Hollandiából.

(Tengeri fürdők, egyetemek.)

Mult év augusztus havában a hallei egyetem jubileuma után (olv. Orvosi Hetilap) meglátogattam az északi tenger néhány fűrdőjét, ú. m. Helgolandot, Norderneyt, Scheveningent, Blankenberght és Ostendet, s hogy a kellemeset a hasznossal egyesítem, némely németalföldi és belga egyetem bonczintézeteit is megnéztem, egyszersmind egyéb felsőbb tanulmányi viszonyaikról okulást szereztem. Nem lesz érdektelen a tapasztaltakat közölni az olyan kollegák számára, a kik azon helyeken még nem fordultak meg.

A mi először is a tengeri fűrdőket illeti, ezekről csak mellesleg tesztek említést azért, hogy másoknak hasznára legyenek, ha választásra kerül a sor.

A sziklavár fekvésű parányi Helgolandot igen érdekes egy vagy két napra meglátogatni, azontúl izolált fekvése és a vegetatió minden hiánya miatt még sétákban is kevés szórakozást nyújt. A hullám nagy és erős, a szigetnek a tengerben fekvése miatt a levegő egészen tiszta, de igen szeles, s nem mindenkinek lesz tetszésére az sem, hogy fűrdésre a szomszéd fővényes kis szigetre kell áthajózni, mert magának Helgolandnak partjai a sziklák miatt a fűrdésre nem alkalmasak. Ha valaki hasonló szigetviszonyokat keres, úgy annak ajánlatosabb Syltet felkeresni, melyről azt mondják (magam nem voltam ott), hogy ott van a legerősebb hullám az északi tengeri fűrdők között, s a fűrdés sem oly körülményes, mint Helgolandban, azonkívül látogatottságánál fogva több szórakozást nyújt.

Norderney szintén szigeti fűrdő, de az előbbinél egészen más természetű. A szárazföld közelsége miatt olyan, mintha magán az utóbbin volna, azonkívül szép vegetatiója van, a fűrdőhely csinosan parkozott. Hullámapása gyenge, levegője enyhe s nedves, azért kiváló haszna van gyenge idegű nők és gyermekek bajainál, s csakugyan a gyermekesereg itt nagy. Egyik hazánkfiával ott találkoztam, azt mondta, hogy gyenge gyermekeivel minden északi tengeri fűrdőt felkeresett már, de egyik sem tett oly jót, mint Norderney, a melyet most évenként felkeres. A ki azonban azt hiszi, hogy Norderney azért, mert nagyobbára németek keresik fel, olesó, az csalódik, megközelíti az már a közepes németalföldi vagy belga fűrdőket. E miatt s azért is, mert hullámapása gyenge, levegője nedves, maga a hely lapályos és a város kicsike, majdnem faluszerű, nem találtam kedvemre valónak, és két napi megszemlélés után elutaztam.

A híres Scheveningen nekem nem imponált. Igaz ugyan, hogy itt a hullám erős, de a szél is mindig erős, majdnem kiállhatatlan. Azt mondják ugyan, hogy ez lényeges kiegészítő része a tengeri fűrdőnek, de abból a lényegből nekünk elég volna kevesebb is; a holland ember azonban, ha két nap gyengébb a szél, már panaszkodik a kedvezőtlen időjárás miatt. A holland embernek magába zárkózott közömbös modora sem teszi vonzóvá Scheveningent, pedig ilyenekből áll a vendégek zöme. A parton elvonuló nagy szállodák, különösen a részvénytársasági Kursalon nagyszerűek, a kényelem minden kigondolható fortélyával bővelkedők, de az árak is megfelelőek ott, július-augusztusban jóraváló szoba a mellékiadásokkal együtt 7—8 frt alatt nincs, úgy hogy két személy ellátására naponta 30 frt alig hogy elég. Mind a mellett ajánlatos, hogy Scheveningent az, a ki arra jár, néhány napra meglátogassa, a ki nem akar tovább maradni, helyesen eszelepszik, ha a negyedóra fekvő fővárosban, Hágában lakik, onnan könnyű gőztramway-val délelőtt a fűrdésre Scheveningenbe kijutni, a délutánt kellemesebben lehet Hágában eltölteni, a hol a hollandi élet sajátosságaival lehet megismerkedni és a város nevezetességeit meglátogatni. A muzeumban megszemléltem Rembrandt képét, a melyen Tulpius a hullán demonstrál s a másik képét, melyen a fekvő hulla bárhonnán nézzük, a látogatóval szemközt áll, ezen mesterművekért s Rembrandt egyéb alkotásaiért egymagukban érdemes Hágában időzni.

Ostende és Blankenberghe között részemről az utóbbinak adom az előnyt, részint a fűrdözési, részint a társadalmi viszonyok miatt. Ostende partja kanyargós, egyszerre kevesebbet lehet átlátni, ellenben Blankenberghe partja egészen egyenes, a mi impozans

látványt nyújt nemcsak szemközt a tengerre, de jobbra s balra a part hosszában is. A parti épületek Ostendeben ugyan fényesebbek, de Blankenbergheben is igen csinosak, az árak sem igen állanak Ostende mögött. Feltűnőnek találtam, hogy Ostendeben a parti villák legtöbbször ott állt „Appartemens a Couer“, ellenben Blankenbergheben a hosszú parton végig járva lakáskeresés céljából, csak két házban találtam néhány üres szobát, a mi arra mutat, hogy Blankenberghe erős konkurentiát csinál már is Ostendének. Az előbbi helyen egész ottlétünkörül készült el az új „Pir“, egy óriási tüveges kioszk, messze benn a tengerben, szép magas faalkotmányon, melyhez széles híd vezet; ott a délutánt zene mellett kellemesen el lehet tölteni kávézás vagy sörözés és újságolvasás mellett. A fűrdözés annyiban kellemetesebb Blankenbergheben, mert kellő számban állanak rendelkezésre a fűrdőházak, míg Ostendeben a nagy tömeg miatt, mely mindannyian d. e. 11—1-ig akar fűrdeni, nehéz a hozzájutás. Az élet Blankenbergheben elég pezsgő, bár nem éri el Ostende-ét; családoknak az előbbi azért ajánlatosabb, mert hiányzik itt az, a mit félvilágnak mondanak. Ebben azután Ostende speciális, azzal együtt jár a párisi toilette-luxus. Érdemes ezt is megnézni, de egy napot arra épen elégnek találtam. Azért visszatértem Blankenberghebe s nem is bántam meg, mindenkor kellemes visszaemlékezésben maradnak az ottani üde, természetes viszonyok. Én hát mindenkinek, a ki kellemes tengeri fűrdözést, nyugalmat, jó hullámverést és üde enyhe levegőt keres, Blankenberght ajánlom, egyszersmind szívére kötöm, el ne mulassza felkeresni Lefebvre urat (nem a „Szókimondó asszonyosság“ Lefebvrjét!), Blankenberghe Dobosát, ott jégbe hűtött kitűnő friss tengeri rákot lehet ozsonyázni finom rajnai borokkal vagy behűtött pezsgővel egészen jutányos áron, ez a speciális egészségesebb és olcsóbb, mint az ostendei. *Mih.*

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1895. márczius 14-dikén.

A diphtheritis serumtherapiája. *Janowski* összehasonlító vizsgálatokat végzett a Behring-, Roux- és Aronson-féle serum erejét illetőleg és arra az eredményre jutott, hogy a legerősebb Roux-féle serum megfelel a Behring-féle I. számú serumnak. A leggyengébb Aronson-féle serum csaknem oly erősnek bizonyult, mint a II. számú Behring-serum. (Centralblatt für Bakteriologie, XVII. kötet, 7/8. szám.)

Seiffert serummal kezelt és elhalt 13 gyermeket bonczolt, miközben feltűnt, hogy az összes esetekben rendkívül intensiv, többnyire diffúz zsíros elfajulása a myocardiumnak, erős zavarodása és elzsírosodása a májparenchymának és tetemes elzsírosodása és desquamatiója a vesének volt kimutatható; ezeken kívül a vesékben infarctusok, erős lobos vizenyő, hyalin capillaris thrombosisok voltak találhatóak. Mindezeket a serum előtti időben is észlelte ugyan, de sokkal ritkábban. (Schmidt's Jahrbücher, 245. kötet, 220. l.)

Risel statisztikai összeállítást közöl a Halle-ban (a. S.) november 11-dikétől január 15-dikéig serummal kezelt összes esetekről. 89 magángyakorlati eset közül halálosan végződött 6; 70 esetben a gége nem volt a bántalom körébe vonva, ezek közül 2 halt meg; 19 esetben a gége is meg volt támadva, ezek közül 4 pusztult el; az esetek túlnyomó többsége (68 eset) a betegség 2. napján került kezelés alá. A 25 kórházi beteg közül 3 halt meg; 10 esetben a gége nem volt a bántalom körébe vonva, ezek mind gyógyulással végződtek; 15 esetben átterjedt a gégére a baj, ezek közül 3 végződött halálosan; a betegség 2. napján 10 beteg került kezelés alá. Összefoglalva az eredményeket, 114 beteg közül 105 meggyógyult és 9 meghalt; gégeszövődmény nélküli 80 eset közül 2 halt meg; gégeszövődményes 34 eset közül pedig 7 végződött halálosan. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1895. 10. sz.)

Hunnus, a wandsbecki kórház igazgatója, október 26-dikától december végéig 7 (köztük 3 tracheotomizált) esetet kezelt Behring-serummal; valamennyi beteg meggyógyult. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1895. 10. sz.)

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-6339, kénsavas natron 7-1917, szénsavas mész 4-1050, chlornatrium 3-8146, szénsavas kali 2-3496, szénsavas Magn. 1-7157, szénsavas Lithion 0-1089; szilárd alkatrészek, 53-3941 összes szénsav-tartalom 4-5567, hőmérsék 12-30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérvél stb.

Kitünő diaetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kúra, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS** A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban. 2

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

11

A harkányi fürdő

Magyarországon, Baranya vármegyében, Pécs és Villány vasúti állomások közelében,

25 esztendőre bérbeadandó.

A fürdő vize 62° C. hőmérsékletű kénforrás, Zsigmondy mérnök úr által fűrt artézi kúttal, márvány- és horganykádfürdők, medenczefürdő, zuhany, ivócsarnok, nagy fürdőház, társalgó-termek, vendéglő, üveg-házak, park, kioszk, kocsiszin, istállók stb. Szép fekvés a hegyek tövében.

Ajánlatos rheumatikus bajok, köszvény, lép- és májbetegségek, aranyér, emésztési és hólyagbajok, mercurialismus és görvély stb. ellen.

Ajánlatok az uradalmi igazgatósághoz Siklóson (Baranya vármegye) intézendők, a hol közelebbi értesítés is nyerhető. 2

Dr. Keleti és Kulpin

min. engedélyezett nyilvános borjuhimlőnyirk-termelő intézete **Békés-Csabán.**

Szállít biztos utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezesség mellett kitünő oltóanyagot a következő áron:

1 phiola 3 egyénre	—40 kr.	1 phiola 10 egyénre	1.— frt
1 " 5 " "	—60 " "	1 " 50 " "	2.50 "
1 phiola 100 egyénre	— " "	5.— frt.	

Oltó-cszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket postafordultával expedálunk. 3

Sürgőnyczím: KELETI CSABA.

Jod-lúgfürdő **HALLI FÜRDŐ** Felső-Ausztria.

A continens legerősebb jod-lúgos fürdője. Fényes gyógyulási siker mindennemű görvélykörös betegségeknél, valamint a nemző szervek mindennemű bajainál s ezek következményeinél. Kitünően berendezett gyógyítási eljárások. (Fürdők és ivó gyógymód, beburkolások, belégzés, massage, kefir.) Igen kedvező klimatikus viszonyok; vasúti állomás. Utazás Linzen vagy Steyren át Fürdők május 1-16-dike közti időben is kiszolgáltathatók.

Az évad május 15-dikétől szeptember 30-dikáig tart. Kimerítő prospectusokat számos nyelven szétküld.

a halli fürdőigazgatóság.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

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 ajánltatik.



Természetes arsen- és vastartalmú ásványvíz

Srebrenicában Boszniában.

MATTONI HENRIK

Budapest, Bécs, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn.

MASSAGE, TESTEGYENÉSZETI ÉS SVÉDGYMNASTIKAI INTÉZET.

Dr. KELEN ISTVÁN,
Thure-Brandt v. tanítványa.

Dr. SCHIFF KÁLMÁN,
Dr. Schindler-Barnay, csász. tanácsos v. assistense Marientbadban.

Budapest, VII., Károly-körút 3. sz. (Huszár-ház).

GILJARD, P. NONNET & CARTIER
— LYON —

Ar. é. irodalom iránt prospektus kérendo.



Törvény által védve.



HELYI ANAESTHESIA IDEGZSÁBÁK

A jelenkor legjobb vaskészítménye a kellemes ízű

Syrup ferri albuminati Diósy

(4% -os vas-albuminat-tartalommal)

Syrup ferri album. arsenicalis Diósy

(4% -os vas-albuminat és 1 1/2% Fowler-oldattal)

Syrup ferri album. phosphorici Diósy

4% -os vas-albuminat és 0.01% phosphorral).

Kapható:

DIÓSY LAJOS gyógyszerésznél,
Budapest, Damjanich-utca 2. sz. es legtöbb gyógyszerárban.

Természetes szénsavdús savanyúvíz a mohai

ÁGNES

forrás. Legjobb asztali és üdítőital. Kitünő szolgálatot tesz az emésztési zavaroknál.

Járvány idején präservatív gyógyszernek bizonyult.

Szétküldése **Édeskuty L.** udvari szállító által Budapest.

Kapható mindenütt.

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.

Tizenegy év óta fennálló luxatio penis eddig az irodalomban le nem írt okból. Repositio véres úton. Phalloplastica.

Közlő Baumgarten Samu dr.

A penis igen ritka, de mindennek dacára legfontosabb sérüléseihez tartozik annak luxatiója. Miután összeköttetése az öt takaró bőrrel igen laza kötőszövet által történik, erőművi behatás a bőrhüvelyt a penis felett lehúzhatja, úgy mint a keztyű ujjai lehúzatnak a kéz ujjairól, a nélkül azonban, hogy ezen bőrtok összeköttetése a mons pubis és scrotum bőrével megszakkantatnék; csak distalis vége felé eső részén egész kerülete terjedelmében kell, hogy folytonosság hiány származott legyen akár a belső praeputialis lemez sérülése nélkül, akár tapadásának a makk mögött egész kerülete terjedelmében megszakításával. A penis ilyenkor a regio hypogastrica vagy a scrotum vagy a czomb vagy kettő közti határterület bőr alatti kötőszövetébe bujhat és bőrhüvelye mint üres zsák marad vissza. Azonnal a baj keletkezése után is, ha nincs jelen nagy vérömleny vagy vizeletbeszűródés, a penis rendellenes helyzetében a bőrön át könnyen kitapintható és ilyenkor nem lévén még jelen összenövésék a bőr alatti kötőszövettel vagy ha vannak is ilyenek, csak gyengék: bőrtokjába visszatolható vagy a bőrhüvely nyílásán át csipesz, magfogó vagy aneurysmatú bevezetésével abnormalis helyzetéből rendes helyzetébe visszahozható. Miután azonban még ilyen sérülések esetében is megtörténik, hogy szakszerű segély nem kerestetik fel, a bőrtől lecsupaszított penis új tartózkodási helyével szorosabb viszonyba léphet, tunica albuginea-ja és az azon megmaradt laza kötőszöveti kötegek erősebben összenőnek a környező bőr alatti kötőszövettel, mely esetben egyszerű műfogások czélhoz nem fognak vezetni, hanem véres műtét beavatkozása válik szükségessé nemcsak a penis normalis helyzetbe hozatala végett, hanem betakarására szükséges bőrhüvely képzése végett is, mert ha a sérülés előtti bőrhüvely nem is ment tönkre, az, ha a növekedés korszakában történt a baj a tovább fejlődött penis takarására szükséges arányban nem nő tovább, úgy hogy a teljes működési képesség helyreállítására plastica végzése is szükségessé válik. Luxatio penis esete az egész orvosi irodalomban eddig csak öt lett közölve, ezek mind véletlen balesetek következményei voltak, köztük az első eset Nélatoné, ki a luxatio penis elnevezését adta a bajnak; egy-egy esetet közöltek Heyenberg, Moldenhauer, Bonnain és Wagner, Magyarországon eddig ily eset közölve nem lett, az általam észlelt és operált az első és az orvosi világirodalomban a hatodik, de keletkezési okát illetőleg egyedül álló.

A luxatio Bonnain, Wagner és az általam közölt esetben évek óta állott fenn. Esetem kórtörténete röviden előadva következő: Egy erdélyi földbirtokos 1894. szeptember hó 10-én azon panaszszal hozta hozzám I. S. nevű 11 éves fiát, hogy nincs penise s felkért, hogy segítsek e baján. Kikérdezve az apát a baj keletkezési módjára nézve, ez azt beszélte nekem, hogy fiát nyolcz napos korában a ritualis circumcisiónak hagyva alávetni, ez alkalommal a mony eltűnt, mit az apa

csak akkor vett észre, a midőn vizeleti zavar támadt, mire a körülméletelő ember el lett hiva, kinek beavatkozására a vizeleti zavar megszűnt; orvos nem lakván a községben, csak öt hetes korában utaztak a gyermekkel orvoshoz, miután a vizeleti zavar megszűnt dacára az apa a penis makkját nem látta. Az orvos műtétet végzett, melyre azonban a makk csak egy napig volt látható, mire azután ismét eltűnt és miután egyéb baj nem volt, az orvos állítólag azon tanácsot adta, hogy várjanak újabb műtéttel, míg a gyermek idősebbé lesz, ekkor majd nagyobbak lévén az illető testrészek, a műtét jobb sikerrel lesz végezhető. Néha a scrotum jobb oldala mellett bőrdudor képződését veszi észre az apa, különösen reggel az ébredés idején, megfelelőleg az erectiónak. A vizelet alkalmazásával létrejövő változások az általam felvett leletben befigyaltatnak.

Vizsgálatnál a gyermeket korának megfelelőleg jól fejlődöttnek találtam, belső szervei épek.

Ivarszervei hiányosan fejlődötteknek látszanak, a mennyiben mony nem látható, a mons pubis alatt a jól fejlett scrotum következik. A mons pubis és a scrotum felső határa között 2 mm. széles gyűrű alakú heg látható közepén pontszerű nyílással, melyen át csak a legfinomabb gombos sondával lehet behatolni egy minden oldal felé kiterjedő türegbe, ezen nyíláson át catheter bevezetése a hólyagba nem lehetséges. Tapintásra a bőr alatt a mons pubistól kiinduló rézsutos irányban a scrotum és jobb czomb közti bevágányba haladó hengeres alakú képlet érezhető, melynek csak alsó vége mozgatható szabadon a bőr alatt s a makkra emlékeztető alakú, többi része rögzített, dörzsölésre jobban megduzzad, midőn a bőr felette erősebben kiemelkedik. A herezacskóban a normalis nagyságú herék tapinthatók. Hogy a húgyveső nyílása nem áll közvetlen összeköttetésben a bőrhegben lévő nyílással, a mellett az is szól, hogy vizelet alkalmazásával először kis dió nagyságú kiemelkedés keletkezik, mely egyenletesen a mons pubis, scrotum és jobboldali czomb felé kiterjed, megfelelőleg az accessorikus zsáknak, csak azután kezd a bőrheg nyílásából a vizelet gyenge sugárban kiömlni, míg a húgyhólyag hajtó erejének hatása tart. A mint a hólyag teljesen kiürült, az accessoricus zsákban visszamaradt vizelet csak cseppekben jön ki, miért is a fiú ösztönszerűleg nyomást gyakorol két oldalt a kiemelkedésre és azáltal gyorsabban kinyomja a vizeletmaradékot a zsákból.

A műtétet 1894. szeptember hó 11-dikén végeztem közvetlenül a fiú megfürdése után. A chloroformnarcosist Ehrental Vilmos kartárs úr végezte. A szűk nyíláson át nem vezethetvén be vajt kutatót, csak finom gombos kutatóval hatoltam be az accessorikus zsákba, azt a mons pubis bőre alá vezettem és felette a bőrt hosszirányban átmetszvéen rétegletesen befelé hatoltam, míg az accessorikus zsákba jutottam, azután a bőrheget teljesen kivágtam. A seben át balkezem kis ujjával behatoltam az accessorikus zsákba és jobb kezem hüvelyk s mutató ujjával a bőrön át feléje nyomva a penist, a szabad makk és a mögötti négy millimeter hosszú részét a penisnek, mely a körülméletelés alkalmazásával a makk mögé visszahajtott belső praeputialis lemeztől volt fedve s ennek következtében oda nem nőtt, napvilágra hoztam. A penis többi alsó felületével odanőtt részét késsel felfejtettem és az accessoricus zsák savóshártyaszerű falát kiirtottam. A teljesen szabadabbá tett penis

nagyobb hátsó darabja bőrtől nem lévén fedve, e hiány pótlásáról kellett gondoskodnom, miután spontán sarjadzás útján való gyógyulás a teljes működési képességnek a legtöbb esetben akadályul szolgál. Thiersch-féle bőrtransplantációra nem lehetett gondolni, nem lévén a penis állandóan egy nagyságú test s jó eredmény elérésére azt legnagyobb térfogatára hozni és az egész gyógyulási idő alatt abban megtartani kellene birni. Miután a makk mögé a penis mellső részére visszahajtott és odanőtt belső praeputialis lemez keskeny, de dudoros és ráncos gyűrűt képezett, a hátsó odatapadási helyén lévő vonalszerű heget egész területében kiirtva, a penis tunica albuginea-járól körskörül késsel lefejtettem és a makkra visszahajtván természetes helyzetébe a most külsővé vált felületéről egyes rostkötegeket, melyek teljes kifejtése akadályul szolgáltak, kivágtam. A peniszre visszahajtván a belső praeputialis lemezt, az nem volt még egészen odaillő a tunica albuginea-hoz, mit csak akkor értem el, a midőn jobb és báloldalt felül és alul összesen négy a penis hosszirányával párhuzamos bemetszéssel négy lebenyre osztottam. Ezen eljárásokkal elértem azt, hogy háromszor oly nagy területet fedhettem be a peniszre a belső praeputialis lemezzel, mint a milyen nagyot eddig fedett. A penis hátsó kisebb részének fedését felül a mons pubisról vett bőrlebennyel, alul és két oldalt a scrotum bőrből vett lebennyel végeztem. A varrást a legfinomabb selyemmel végeztem, a sebeket jodoformporral behintettem és az egészet jodoformgázzal bepólyáztam, csakis a makkot hagyva szabadon, hogy vizelet alkalmával a kötés lehetőleg nedvessé ne legyen. Nyolcz napig feküdt a fiú, ez alatt többször erectiója volt, mely alkalomnál sebjei fájdalmasak voltak, különben egész idő alatt sem fájdalma sem láza nem volt. A kötést, széle kissé megnedvesedvén néha vizeletnél, minden második napon változtattam. A plastica céljára használt különböző lebenyek az első napokban egész kis fokban oedematosusok voltak, a gyógyulás per primam intentionem történt, mit a műtétnél alkalmazott szigorú asepsisnek és antisepsisnek tulajdonítok. A varratokat 1894. szeptember hó 19 dikén eltávolítván a fiú védőkötés alatt másnap reggel távoli honába hazatárazhatott.

A baj keletkezésének magyarázására szükséges, hogy leírjam azon eljárást, melyet az izraelitáknál a ritualis circumcisiónál alkalmaznak.

Míg Francia-, Angol- és Németországban nagybárá orvosok végzik ezen műtétet, addig nálunk laikus körülmetélők végzik és pedig helytelen módon. Philippon dr. híres zsidó pap maga is ezeket mondja sok laikus körülmetélő által véghez vitt műtétekre. „Egész másképp hangzik az orvosi ítélet, ha azon helytelen módra vonatkozik, mely szerint a körülmetélést gyakorolni szokták. Szégyennel kell bevallanunk, hogy a műtét ellen felhozott szemrehányások nagy része okadatolt; mert gyakran oly kegyetlen és az érzelmet felháborító módon járnak el és a mi a legrosszabb, a sebészet minden szabálya ellen oly esztelenséggel vétkeznek, hogy a bár aránylag még ritkán előforduló szerencsétlen következmények nem maradhatnak el; és ezen következmények tudvalevőleg azon okok, melyek e szertartást rossz hírbe hozták és melyek egyesekben félelmet és ellentállást okoznak és az itt-ott előforduló vonakodásnak látszólag alapos támpontot adnak“.

Nálunk Budapesten néhány orvos pár év előtt kezdett ezen műtét végrehajtásával foglalkozni, de e miatt egyes kartársaik által oly sértő kifejezéseket kellett hallaniok, hogy azt ismét abbahagyták. Jelenleg nálunk orvosi felügyezet megkivántatik a laikus által végrehajtott műtétnél, de az csak arra terjed ki, hogy a gyermeket megvizsgálja, vajjon elég erős, egészséges-e arra, hogy ezen műtét 8 napos korában rajta végeztessék és arra, hogy a műtétnél kellő tisztaság uralkodjék, de jelenléte nem akadályozhatja, hogy a műtét ügyetlenül ne végeztessék, sokszor csak azt akadályozhatja, hogy az okozott baj vésthozó ne legyen. A műtétnél az eljárás a következő szokott lenni: Hogy a gyermek kezeit és lábait ne mozgathassa, azok be lesznek pólyázva, úgy hogy az ivarszervek szabadok maradjanak. Egy ablak közelébe két szék lesz egymás mellé állítva, úgy hogy azok a körülmetélőtől

balra vannak, hogy ha az ablak felé néz. Mindkét székre párna lesz téve. Mialatt a körülmetélő imákat végez, a gyermek egyik székre van fektetve, a koma a másik székre ül, lábait egy zsámolyra teszi és térdeit összetartja, azután a gyermek ezombjaira lesz helyezve úgy, hogy az előtte álló körülmetélő jobb keze felé essék a gyermek feje és a bal felé lába. A koma bal kezét a gyermek feje alá teszi, jobb kezével lábait tartja. A gyermek medenczéje alá kis négyszögletű bőrvánkos szokott helyeztetni. A tulajdonképeni műtét két részből áll, a külső praeputialis lemez nagyobb részének lemetzéséből és a belsőnek beszakítása és a makk mögé hátra hajtásából. Előbbit úgy végzik, hogy a bal kéz hüvelyk és mutató ujjá közé fogják a makkon túlhaladó praeputiumot, azt még kissé előre húzva és meggyőződve, hogy a makk esúcsát nem fogták ujjai közé; sokan a makk védelmére lapoczalakú, közepén szűk hasadékkal bíró tenaculumot tolnak a makk esúcsa elé, a hasadékba szoritva a levágandó praeputium részletet. A levágásra a szertartásos körülmetélési kést használják, mely 8 cm. hosszú 1.3 cm. széles kétélű, tompított végű és a nyélhez mozgatlanul oda erősített. A metszés által a belső praeputialis lemezből oly kevés távolíttatik el, hogy az többnyire fedi a makkot vagy részben túl is haladja. A műtét második része ennek beszakítása a makk felső felületén és a makk mögé hátrahajtása. A beszakítás a két hüvelyknek e ezélna hegyezett körmével történik. A szertartás a műtét e második részének végrehajtását is megkivánja, míg a mohamedánoknál ez elmaradhat, bár oly esetekben, hol orvosok végzik a műtétet, sokszor ezt is végrehajjták, mint erre nézve törököktől értesültem.

A seb antiseptikus kötéssel lesz ellátva. E szertartásos műtét leírását esetem megértéséhez szükségesnek véltem.

Meg van magyarázva általa, miért találtam meg makk mögé hátrahajtott helyzetben a belső praeputialis lemezt, mely azután a plastica végzését annyira megkönnyítette. Szükséges még annak magyarázása, hogyan keletkezett a luxatio.

Hullán körülmetélést végezve és a mony bőrét utána erősen meghúzva, a húzás megszűntével a makk a penoscrotal redőre támaszkodik és könnyű nyomásra a scrotum bőre alá esuszik. Kaufmann a praeputium tapadását a makkhoz átvágva és a praeputium és penis bőrét a has felé húzva ugyancsak létrehozta ezen luxatiót. Esetemben azt hiszem a körülmetélés után a bekötésnél a penis bőre erősen meghuzatván, ügyetlen kéz akaratlanul okozta előbb leírt módon a luxatiót. Az orvos által a gyermek öt hetes korában végzett véres repositio azért nem vezetett eredményhez, mert a penisz már rögzítő kötegek nem lettek átvágva, sem varratok nem alkalmaztattak, úgy hogy a penis előbbi tartózkodási helyére visszacsúszhatott.

(Folytatása következik.)

A venerikus betegségek prophylaxisa munkások között.¹

Havas Adolf dr., egyetemi m.-tanártól.

A jogosulatlan szeméreméret és az undor egy bizonyos neme ragad meg mindenkit, valahányszor a veneréas és a bujakóros megbetegedésekről van szó. Bizonyos, régi időkől reánk maradt, mondhatnám veleszületett nézetek uralkodnak még mindig a helyzetet és nyomják a fajtalanúság, az erkölestelenség és bűn bélyegét egy különben természetes dologra. A modern orvostudomány leghatalmasabb ága, a hygienia, is nehézkes, valahányszor a veneréas megbetegedések és a bujakórról van szó. Az e téren uralkodó indolentia megfajthetetlen, ha meggondoljuk, hogy oly megbetegedésekről van szó, melyek a legelterjedtebbek közé tartoznak, úgy intenzitás mint extenzitásra nézve valóságos „népbetegségek“-nek tekinthetők. A melyek több kárt okoznak az emberanyagban mint bármely epidemia, a melyek ellen az orvostudomány és az államhatóság összes actiója igénybe vétetik és foganatosítottatik. Szinte megdöbbentő,

¹ Előadás tartatott a VIII-dik nemzetközi közegészségi és demographiai congressus IV. szakosztályában.

ha meggondoljuk, hogy ezen már évezredek óta ismert betegségnek terjedése ellen alig lett siker elérve, és az alkalmazott óvrendszabályok eredménye sokkal kevesebb, sem mint kielégítő.

Keresve az okát e szomorú jelenségnek, több körülményt találunk, melyek a sikertelenséget előmozdították és megmagyarázzák.

Hamis alaphól indulva ki, minthogy az e csoportba tartozó betegségek legnagyobb részt nemi közlekedésből származnak, azt az erkölcstelenség, a bujálkodás és fajtalanság folyamánként vagyis bűnnek tekintették, nem humanizmus, hanem brutalitással iparkodtak a bajon segíteni. Nem higienikus rendszabályokat, hanem korbácsot és börtönt alkalmaztak ellene.

A prostitutiót nem rendezni, hanem kiirtani törekedtek. Pedig a történelem tanúsága szerint, mint Kaposi helyesen megjegyzi, a prostitutiót kiirtani nem lehet. A nemi közlekedés természetes követelmény, a melyet elnyomni sem erkölcsi, sem hatósági rendeletek és repressaliákkal nem lehet mindaddig, míg társadalmi viszonyaink olyanok, hogy nem mindenkinek adódik meg az alkalom a házasságra, és a házasság csak az egyén előrehaladottabb korában, tehát az ivarérett kor után történhetik meg, és míg végtére az egyén megélhetési viszonyai olyanok, hogy a családfőtartó férjnek hetek, hónapok, vagy még hosszabb ideig is távol kell maradni családi tűzhelyétől.

A sikertelenségnek egy másik oka azon körülményben leli magyarázatát, hogy még mindig nem eléggé ismertek a szóban forgó megbetegedések káros hatásai az emberiségre. Ha Tarnovszky szerint úgy utána lehetne számítani, mennyi kárt okoz nemzetgazdasági szempontból a syphilis a társadalomnak, munkaképtelenség, ápolási költség, az utódokra való áttérjedés és halálozás stb. által. Ha az intéző körök kellően informálva lennének a kankós folyamat által előidézett komoly megbetegedésekről férfiak és nőknél egyaránt, előidézvén igen komoly és súlyos ivarszerv és idegbajokat, magtalanságot stb. Ha tudnák, hogy a vakok intézetének legtöbb lakója, 70—80%, a kankós folyamat folytán vesztette el szemvilágát. Ha figyelemmel kísérik, hogy az emberi nem testbeli és szellemi degenerációját mennyire előmozdítják e betegségek, akkor bizonyára ugyanazon áldozatkészség és erélylyel lépnének fel a közegészség ellenőrzésére hivatott hatóságok a syphilis és venereás betegségek terjedése ellen, mint azt teszik a cholera, a typhus stb. fertőző betegségek ellen.

A sikertelenség főoka azonban azon körülmény által idéztetik elő, hogy a kórházi viszonyok nem megfelelőek, nem a helyzet magaslatán állók. Ugyanis már régi panasza az orvosoknak, hogy a syphilitikus és venereás betegségben szenvedők számára szánt ágyak száma csekély, e miatt a kórházba való felvétel megnehezített. Az általánosan divó rideg bánásmód az ily betegekkel; az ápolási díjak behajtási módja; ha a beteg anyagi viszonyai olyanok, hogy sajátjából nem fedezheti az ápolási költségeket, akkor a kórházi hatóság a beteg származási községétől szerzi azt be és pedig oly módon, hogy a betegség nemét világgá kiáltja; minthogy pedig e betegségek még mindig a megvetett betegségekhez soroztatnak, így a szegény beteget szülőhelyének lakói előtt megbélyegzik, pelengerre állítják: innen azután azon félelem és iszony a kórházi ápolástól, a melylyel mindenütt találkozunk. Fokozza a kórházi ápolás elleni undort azon körülmény is, hogy tisztességes nőbeteg a prostituáltakkal sok helyütt egy kórteremben helyeztetik el. Ily módon azután a kórházi ápolás elleni iszony mind mélyebb és mélyebb gyökeret ver a közönségben.

Általánosságban ilyenek a viszonyok nemesak nálunk, hanem majdnem mindenütt csekély kivétellel az egész világon. *De ez ellen a mai közlekedési és társadalmi viszonyok mellett csakis nemzetközi egyöntetű intézkedések szigorú, szakavatott, lelkiismeretes végrehajtása által lehetne segíteni.*

Nagyon messze terelne e themámtól, ha a hiányos és árutakon haladó intézkedéseket mind felsorolnám, az érdeklődőket Mireur H. dr. „La syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi“ és A. Blaschko dr.

„Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege“ című nagy szorgalom, figyelem és szakavatottsággal írott munkákra figyelmeztetem.

Visszatérve tehát kitűzött tárgyamhoz, nézzük milyenek a viszonyok a munkásoknál, eme legnépesebb társadalmi osztálynál, és miként védhetjük meg azt a bujakóros és venereás bántalmak ellen.

Ismeretes dolog, hogy a nagy városokban a bujakóros és venereás betegségek felszaporodása elősegítették a fiatal és ivarérett egyének odatódulása által, a nők férfiaknak nejeiktől való távol maradása által hosszú időn át, a mindkét nembeli egyének együtt működése által a munkánál egy és ugyanazon időben és helyen.

A szesz italok túlságos élvezete által fokozott nemi inger, és ugyanez okból csökkentett megfontolása a cselekedeteknek.

A rossz lakásviszonyok. Mindkét nembeli egyén csoportos együttlakása.

Alacsony műveltségi fok. Tudatlanság és műveletlenség, a venereás és bujakóros bántalmak természete ismeretének hiánya.

Egy és ugyanazon evő- és ivó-eszköz használata különböző egyén által, előzetes kellő tisztítás nélkül.

A betegsegélyző pénztárak inhumanus szakasza a venereás bántalom és a bujakórosban szenvedő betegek irányában. A kórházak már említett hiányos szervezete és e kettőnek együttes folyamánként a megbetegedett egyén hiányos kezelése vagy betegségének elhanyagolása.

Végtére a munkanélküli nők, a mire Blaschko külön felhívja a figyelmet, felszaporodása, mi által azok az ellenőrizetlen prostitúció áldozatául esnek.

E felsorolt hiányok assanálása által védhetjük csak meg a bennünket érdeklő társadalmi osztályt a venereás és bujakóros megbetegedések ellen és pedig a következő módon:

1. A munkások anyagi viszonyainak rendezése. A jobb és könnyebb megélhetési viszonyok mellett, mint tudva levő, a házassági kötések is szaporodnak, természetszerűleg a prostitúció utáni kereslet is kisebb. A mint már előbb kifejtettem, és a mint az általánosan elismert tény, ivarérett egyénnél a nemi közlekedés természetes követelmény, melyet elnyomni nem lehet, ennek kielégítésére tehát, ha nem adódott meg mindenkinek a házassági lehetőség, kellőleg ellenőrzött prostitúcióval segíthetünk. *A prostitutiót tehát rendezni és nem elnyomni kell.*

2. Félretéve minden álszemérmeket a munkások felvilágosítása a bujakóros és venereás betegségek természetéről, tovaterjedési, illetőleg fertőzési módjáról, súlyos esetleg generációkra is kiható káros voltáról, mert mint Blaschko helyesen megjegyzi, ismerve a bajt, az egyén nem indul vakon a veszélybe, ügyel egészségére, egy szóval fél a fertőzéstől. A felvilágosítás populáris előadások, vagy népies irányban tartott, olcsó füzetkék terjesztése által, minő a *Zadek és Blaschko-féle „Schutz gegen Krankheitsgefahr“* című röpirat.

3. Restringálni kell a pálinkás boltokat, magas adót vetni ki a pálinkára, a népet felvilágosítani az alkohol káros hatásáról, mert józan észszel mindenki védekezik és óvakodik a fertőzéstől, ittas állapotban hiányos vagy egészen szünetel az ítélő képesség.

4. A betegsegélyző pénztárak azon szabálya, melynél fogva ápolási költség és betegpénz a syphilis és venereás bántalomban szenvedőnek nem jár, hatályon kívül helyezendő, vagyis a syphilis és venereás megbetegedés a többi betegségekkel egyenjogositandó. Mert mint Blaschko nagyon találóan mondja, a betegsegélyző pénztárak nem erkölcsi, hanem higienikus intézmények, a melyeknek célja tagjainak egészsége és munkaképességének rövid és olcsó úton való helyreállítása.

5. Köteleztessenek a kórházak minden venereás és syphilitikusban szenvedő beteg ingyenes felvételére és ápolására, ha annak állapota vagy helyzete olyan, mely kórházi ápolást szükségessé tesz. Mert gyakran a rossz lakásviszonyok, hideg, nedves, sötét szobák; csoportos együttlakás, csekély intelligencia, képtelenné teszik a beteget arra, hogy magát otthon

sikerrel kezelhesse. Ha azonban a kórházi ápolás nem szük-ségeltetik, adassék a járkórodai rendelkezésnél a gyógyszer a lehetőséghez képest ingyen. A kórházakban szokásos megszigorított eljárások bujakóros és venereás betegek irányában szüntettessenek be, mert az csak arra szolgál, hogy a kórházi ápolást megutáltassa a beteggel, mi ép oly kevéssé lehet a kórház, mint a syphilis és venereás betegségek propagatiójának meggátlására irányított törekvés érdekében. Ezen büntetés-szerű szigorú elbánásmód különben annál jogosulatlanabb, mert elég gyakran nem is a nemi közlekedés, tehát kicsapongás útján szerzi a szegény beteg nyavalyáját, hisz ismeretes, mily gyakori az indireet úton szerzett syphilitikus és venereás megbetegedés. Ezen körülményből kifolyólag figyelmezteti Blaschko az orvosokat, hogy a nagy közönséget világosítsák fel arról, hogy nem minden syphilitikus és venereás megbetegedés az erkölestelenség útján szerzettetik. Ha tehát a szóban forgó megbetegedések nem a kicsapongás és fajtalanság következményének tekintetnek, akkor a beteg szabadabban járhat betegségének ápolása után, kisebb számúak lesznek az elhanyagolt esetek, és nem kényszerítettnek a szemérmesek magukat, bajuk titkolása miatt, a titkos betegségekkel foglalkozó lelketlen anonceureökre bízni, hanem rendszeres kezelésnek alávetendik magukat, és így a betegség propagatióját elő nem segítik.

Az igaz, hogy a felsorolt propositiók keresztülvitele az államok és hatóságok részéről nagyobb pénzbeli áldozatot igényel, mint eddigelé e célra szántak vala. De ezen is lehetne könnyű szerrel segíteni, ha elfogadtatnék azon elv és eljárás mód, mely Svédországban dívik, t. i. hogy az adóhoz egy csekély összegű pótdadó $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % kórházi adópótlék címén esatoltatnék. Így pl. azon polgár, ki 10 frt évi adót fizet, adója után $2\frac{1}{2}$ esetleg 5 krajczár kórházi ápolási pótdadót is fizetne, oly csekély összeg ez az egyes egyénre, hogy nem hiszem, hogy az elv keresztülvitele nagyobb recriminációkra vezetne, és mégis mily nagy összegek állanának az állam rendelkezésére kórházak felállítása és fentartása céljából. Mennyi munkaerő tartatnék fenn, mennyi nyomornak vétetnék eleje. Nálunk Magyarországon ily módon 750,000, esetleg 1.500,000 forint volna évente összehozható.

Mindezek alapján azon propositiót teszem, hogy a VIII. nemzetközi higieniai és demographiai congressus az egyes államok és hatóságoknak az alább felsorolandó reformok életbe léptetését hozza javaslatba:

1. A prostitutio egyöntetű, nemzetközi rendezése.
2. A munkások fevilágosítása a bujakóros és venereás bántalmak természete és fertőzési módjáról, olesó és népies irányban tartott füzetek által.
3. A betegsegélyző pénztárak részéről a syphilitikus és venereás betegek ép oly elbánásban részesüljenek, mint a más betegségben szenvedők.
4. A bujakóros és venereás betegek ingyenes ápolása a kórházakban és a kórházi ápolást igénylők korlátlan számban való felvétele.
5. Kellő számú kórház felállítása, és az erre szolgáló pénz előteremtése céljából az állam minden forint állami adó után $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % kórházi vagy ápolási pótdadót szedhessen be.

Közlemény a Róna Sámuel dr. egyetemi m. tanár vezetése alatt álló szt. Rókus-kórházi XI-dik orvosi fiók-osztályról.

A húgyesőkankó orvoslása argentaminnal.¹

Aschner Arthur dr., kórházi gyakornoktól.

(Folytatás.)

Ezeket előrebocsátva, következőkben sorolom fel az argentaminnal kezelt eseteket.

1. Sz. J., 18 éves. *Urethritis totalis acuta*. I. infectio. Argentamin 1:1000.

L. Orvosi Hetilap 10. számát.

Anamnesis. 1894. július 27-dikén utolsó közöszülés, 14 napra vette észre húgyesőfolyását. Gyakori vizelési inger, végbéltünetek nincsenek. Baja ellen még semmit sem használt.

Status praesens. Bő genyes kifolyás a húgyesőből. *Kiöblítés* után a vizelet mindkét fele zavaros. A prostata jobb lebenye felényire nagyobb mint a bal, tömött, össze nem nyomható.

Lefolyás. Aug. 17. Éjjel 1—2-szer vizelet, a vizelet mindkét fele erősen zavaros. I. *Utzmann*. Aug. 21. Vizelet inger nincsen, vizelet mindkét fele homályos, V. *Utzmann*. Aug. 24. Vizelet első fele finoman homályos számos fonállal, második majdnem tiszta. VIII. *Utzmann*. Aug. 30. Vizelet első fele finoman homályos számos fonállal, második kristálytiszta. XIV. *Utzmann*. Aug. 30-tól szept. 9-ig. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben néhány finom törmelék. *Szeptember 6-dikán utolsó XX. Utzmann*.

Gonoc. vizsgálat. Aug. 17. Számos intra- és extracell. gonoc. (geny). Aug. 21. Kevés gonococ. (geny). Aug. 24. Alig található gonococ. (fonál). Aug. 26—28. gonoc. alig található (fonál). Aug. 29. gonococ. nincsen (fonál). Aug. 30-tól szept. 9-ig naponkénti vizsgálat: gonoc. nincsen (fonál).

Felvétel 1894. aug. 14. Elbocsát. 1894. szept. 9. Gyógyult. Kapott összesen XX. *Utzmann*. XII. *Utzmann* után gonoc. nincsen. XIII. *Utzmann* után vizelet tiszta.

2. G. J., 21 éves. *Urethritis totalis acuta, epididym. l. s. I. infectio*. Argentamin 1:1000.

Anamnesis. 1894. május hó elején vette észre, hogy húgyesővéből kifolyása van, mely máig tart, utolsó közöszülés április hó végén. Gyakori vizelési inger nem volt. Aug. 17. fájdalma léptek fel a bal mellékherében, mely azóta megdagadt. Eddig még nem lett kezelve.

Status praesens. A húgyesőből bő genyes kifolyás, a vizelet mindkét fele erősen zavaros, a bal borékfélben tyúktojásnyi tipikus mellékheredaganat. Prostata rendes, mindkét ondóhólyag kemény köteggként kitapintható.

Lefolyás. Aug. 21. Vizelet mindkét fele erősen zavaros. I. *Utzmann*. Aug. 27. Vizelet mindkét fele finoman homályos, az elsőben számos nagy fonál, IV. *Utzmann*. Szept. 2. Vizelet első fele finoman homályos néhány fonállal, második tiszta, X. *Utzmann*. Szept. 7. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben 2—3 fonál, XV. *Utzmann*.

Gonoc. vizsgálat. Aug. 24. Igen számos extracell. gonoc. (geny). Aug. 27. gonoc. nincsen (fonál). Aug. 28. alig található gonoc. (fonál). Aug. 31. és szept. 1. gonococ. még igen gyéren található (fonál). Szept. 3. és szept. 7. gonoc. nincsen (fonál).

Felvétel 1894. aug. 19. Elbocsát. 1894. szept. 8. Gyógyult. Kapott összesen XV. *Utzmann*. X. *Utzmann* után gonoc. nincsen. XIV. *Utzmann* után vizelet tiszta.

3. F. K., 22 éves. *Urethrocystitis acuta, epididymitis l. d. I. infectio*. Argentamin 1:1000.

Anamnesis. 1894. július 11. óta veszi észre húgyesőfolyását, utolsó közöszülés 2 nappal ezelőtt. Egy hét óta gyakori vizelési ingerben szenved. Három nap óta befecskendéseket használt.

Status praesens. A húgyesőből bő geny nyomható ki, vizelet mindkét fele erősen zavaros, prostata, mellékherék, ondóhólyagok épek, gyakori vizelési inger még most is fennáll (nappal 7—8-szor, éjjel 3—4-szer).

Lefolyás. Aug. 12. A jobb mellékherében fájdalma léptek fel, ez kissé duzzadt, vizelet mindkét fele erősen zavaros, gyakori vizelési inger tart még. *Therapia*: *Borogatások*. Aug. 18. A jobb mellékheré farki részlete nagy mogorónyi, porczkemény, alig érzékeny, a többi tünetek visszafelődtek, vizelet mindkét fele zavaros, I. *Utzmann*. Aug. 21. Vizelet első fele zavaros, második homályos, IV. *Utzmann*. Aug. 25. Első vizelet homályos fonállal, a második igen finoman homályos, VIII. *Utzmann*. Szept. 1. Vizelet első fele finoman homályos számos ezafattal, a második tiszta, XV. *Utzmann*. Szept. 6. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben számos fonál, XX. *Utzmann*. Szept. 14-től szept. 18-ig. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben néhány apró fonál.

Gonoc. vizsgálat. Aug. 18. Igen sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Aug. 21. Tömeges extracell. gonoc. (geny). Aug. 26. Igen számos extracell. gonoc. (geny). Aug. 28. Igen sok intra-, kevés extracell. gonoc. (geny). Aug. 29. Alig található gonoc. (geny). Szept. 1. Alig található gonoc. (fonál). Szept. 2. és szept. 3. gonoc. nincsen (fonál). Szept. 4. Még számos intra- és extracell. gonoc. (fonál) Szept. 5. Alig található gonoc. (fonál). Szept. 7. Gonoc. nincsen (fonál). Szept. 8. Még számos extracell. gonoc. Szept. 11. Gonoc. nincsen (fonál). Szept. 12., 13., 14., 17. gonoc. nincsen (fonál).

Felvétel 1894. aug. 4. Elbocsát. 1894. szept. 18. Gyógyult. Összesen XXX. *Utzmann*. XXII. *Utzmann* után gonococ. nincsen, XX. *Utzmann* után vizelet tiszta.

4. B. J., 20 éves. *Urethrocystitis acuta, epididymitis l. d. I. infectio*. Arg. nitr. 1:100. Argentamin 1:1000.

Anamnesis. Utolsó közöszülés első felvétele hónapjának 3-dikán, 2 napra reá kifolyás a húgyesőből. Két hét óta gyakoribb vizelési inger (nappal 4—5-ször, éjjel 2—3-szor). Ugyanezen hó 17-dike óta erős fájdalma a jobb hereborékban. Eddig copaiát használt.

Status praesens. A húgyesőből bő genyes kifolyás, a vizelet mindkét fele zavaros. A jobb mellékheré kisujnyi vastag, kemény, fájdalmas, a jobb ondóvezető 3-szor oly vastag mint a bal, a jobb ondóhólyag kisujnyi vastag.

1894. aug. 7. A jobb borékfélben tyúktojásnyi duzzanat, ondóvezető struczollnyi vastag kemény köteg. A vizelet zavaros.

Lefolyás. Beteg július hó 5-től július hó 19-ig Ultzmann-féle befeeskenéseket kapott arg. nitr. 1:100. Felvétele napján eltávozásig a vizelet mindkét fele erősen zavaros volt, egyes napokon vérral vegyítve. Vizelet inger folyton tartott, míg 1894. július hó 19-dikén saját kívánásáig elbocsátott.

Aug. 17. Vizelet első fele homályos számos fonállal, a második finoman homályos, *I. Ultzmann.* Aug. 19. Vizelet első fele kissé homályos számos nagy fonállal, a második tiszta, *III. Ultzmann.* Szept. 22-től 25-ig. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben néhány apróbb fonál.

Gonoc. vizsgálat. Aug. 16. Igen számos intra- és extracell. gonoc. (geny). Aug. 21. Gonococ. nem található (geny). Aug. 22. Gonoc. nincs (fonál). Aug. 24. Gonoc. nincs (fonál).

Első felvétel 1894. június 20. Elbocsát. 1894. július 19. Gyógyulatlan. Kapott XV. Ultzmann arg. nitr. (1:100).

Második felvétel 1894. aug. 7. Elbocsát. 1894. aug. 25. Gyógyult. Összesen IX Ultzmann argentamin. IV. Ultzmann után gonoc. nincs. V. Ultzmann után vizelet tiszta.

5. M. M., 19 éves. *Urethr. tot. acuta, epididymitis l. d. et s. I. infectio.* Argentamin 1:1000.

Anamnesis. 1894. július hó 27-dikén vette észre húgyesőfolyását, utolsó közöskülés e hó 20-dikán, gyakori vizelet inger nem volt. Néhány nap óta fájdalmak a bal herében. Eddig baja ellen semmit sem használt.

Status praesens. A húgyesőből bő genyes kifolyás, a vizelet mindkét fele zavaros; a bal borékfélben lúdtőjásnyi daganat, kisujnyi vastag funicul.; prostata rendes, a bal vesicula seminalis mint kisujnyi valamivel tömötter képlet tapintható ki.

Lefolyás. Aug. 23. A bal borékfélben szintén epididymitis fejlődött ki magas lázzal. Szept. 1. Láz megszünt, mindkét mellékherelob lezajlott. Vizelet mindkét fele erősen zavaros, *I. Ultzmann.* Szept. 6. Vizelet mindkét fele homályos, *VI. Ultzmann.* Szept. 11. Vizelet mindkét fele finoman homályos, az elsőben számos fonál, *XI. Ultzmann.* Szept. 14. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, *XIV. Ultzmann.* Szept. 16. Megelőző napon ondó vétetett a betegtől, mely inkább vér volt. Ma a húgyesőből sűrű sárgás geny nyomható ki, a vizelet első fele homályos, a második tiszta. **Ther.:** Befecskendés kankófecskendővel. Szept. 17. Vizelet első fele finoman homályos, a második tiszta, *II. befecskendés kankófecskendővel.* Szept. 18-tól 21-ig. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, a húgyesőből váladék nem nyomható ki, *XIX. Ultzmann.*

Gonoc. vizsgálat. Aug. 16. Nagymennyiségű intra- és extracell. gonoc. (geny). Szept. 6. Gonoc. még elég számban, de az extracellulárisok felülmulják az intracell. okat. (geny). Szept. 11. Gonoc. nem található (fonál). Szept. 13. Csak itt-ott találni extracell. gonoc. (fonál). Szept. 16. Igen sok intracell. gonoc. (geny). Szept. 17. Gonoc. nincs (geny) ondóvétel után. Szept. 18. és 21. Gonoc. nincs (fonál).

Felvétel 1894. aug. 11. Elbocsát. 1894. szept. 21. Gyógyult. Összesen XIX. Ultzmann és 2 befecskendezés. XV. Ultzmann után gonoc. nincs. XIII. Ultzmann után vizelet tiszta.

6. K. Gy., 20 éves. *Ureth. tot. acuta (urethrocystitis), prostatitis non suppurativa.* I. infectio. Argentamin 1:1000.

Anamnesis. 1894. július hó közepén vette észre húgyesőfolyását, utolsó közöskülés ezelőtt 8 nappal. E hó vége felé gyakori vizelet inger lépett fel (nappal és éjjel 1 óránként). Eddig befecskendezéseket használt.

Status praesens. Bő genyes kifolyás a húgyesőből, a vizelet mindkét fele erősen zavaros, mellékherén, ondószinóron nincsen kimutatható elváltozás. A prostata bal lebenye 1/2-szer nagyobb mint a jobb, felső fele tömötter, de összenyomható. Vizelet inger még egyenletesen tart. **Kiöblítésnél** a compressor urethrae átbocsátja a folyadékot.

Lefolyás. Aug. 17. A vizelet mindkét fele erősen zavaros, *I. Ultzmann.* Aug. 22. A vizelet mindkét felében finom homály, az elsőben néhány fonál, *VI. Ultzmann.* Aug. 25-től szept. 14-ig. A vizelet első felében finom homály, számos ezafattal, a második tiszta, *XXVIII. Ultzmann.*

Gonoc. vizsgálat. Aug. 16. Számos intra- és extracell. gon. (geny). Aug. 21. Alig található gonoc. (geny). Aug. 24. Igen gyérenextracell. gonoc. (fonál). Aug. 31. Elég számban intra- és extracell. gonoc. (fonál). Szept. 2. és 3. gonoc. nincs (fonál). Szept. 4. Még elég számban intra- és extracell. gonoc. (fonál). Szept. 5. gonoc. nincs (fonál). Szept. 7., 12. és 14. Még elég számban gonoc. (fonál).

Felvétel 1894. aug. 15. Elbocsát. 1894. szept. 14. Javult. Összesen: XXVIII. Ultzmann. XXVIII. Ultzmann után gonoc. van. XXVIII. Ultzmann vizelet még nem tiszta.

7. E. Zs., 22 éves. *Ureth. ant. acuta, paraurethritis.* I. infectio. Argentamin 1:1000. (Kankófecskendővel befecskendezések.)

Anamnesis. Utolsó közöskülés 10 nappal felvétele előtt, 3 napra reá fájdalmak a vizeletnél és erős kifolyás a húgyesőből, gyakori vizelet inger nincs. Kezelve még eddig nem lett.

Status praesens. Rendkívül bő genyes kifolyás a húgyesőből, a vizelet első fele zavaros, a második kristálytiszta. **Kiöblítés** után a vizelet mindkét fele kristálytiszta. **Complicatio** nincs.

Lefolyás. Szept. 5. A vizelet első fele homályos néhány fonállal, a második tiszta, *IV. befecskendezés.* Szept. 8. A vizelet első fele finoman homályos számos nagy fonállal, a második tiszta, *VII. befecsk.* Szept. 11. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben néhány ezafat, *X. befecsk.* Szept. 13. A húgyeső jobb ajkában *paraurethralis menet* képződött, melyből egy csepp geny nyomható ki, a görösövi vizsgálat gonococust

nagy számban derített ki. A menet felhasított és lapissal, későbbben argentammal kezeltetett. Szept. 19. a húgyesőből egy csepp geny volt ki-nyomható, melyben sok gonococcus volt található, e mellett a vizelet tiszta volt, későbbben a gonococcusok teljesen eltűntek.

Gonoc. vizsgálat. Szept. 2. Rendkívül sok intracell. gonoc., kevés extracell. (geny). Szept. 4. és 5. Igen sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Szept. 8. Még elég számban gonoc. (geny). Szept. 10. Gonoc. még elég található. Szept. 17. és 18. *Gonoc. nincs* (fonál). Szept. 13. (Paraurethralis geny.) Sok intra- és extracell. gonoc. Szept. 18., 19. és 21. (Paraurethralis geny.) Sok intra- és extracell. gonoc. Szept. 23. és 24. Gonoc. nincs (paraureth. geny).

Felvétel 1894. szept. 1. Elbocsát. 1894. szept. 24. Gyógyult. Összesen 23 befecsk. 9. befecsk. után gonoc. alig található. A befecsk. után a vizelet tiszta.

8. M. J., 27 éves. *Urethr. tot. chron.* I. infectio. Argentamin 1:1000. **Anamnesis.** 3 1/2 hó előtt utolsó közöskülés, néhány napra reá kifolyás a húgyesőből, vizelet inger, végbéltünetek nem voltak és ma sincsenek. Eddig zink-befecskendezéseket használt. A húgyesőfolyás folyton tart.

Status praesens. A húgyesőből bő genyes kifolyás, a vizelet első fele erősen zavaros, a második homályos. **Complicatio,** gyakori vizelet inger nincs.

Lefolyás. Szept. 3. Vizelet első fele homályos, a második finoman homályos, *I. Ultzmann.* Szept. 4. Vizelet első fele homályos számos fonállal, a második tiszta, *II. Ultzmann.* Szept. 5. Vizelet első fele finoman homályos sok fonállal, a második tiszta, *III. Ultzmann.* Szept. 5. és 23. A vizelet első fele finoman homályos számos fonállal, a második tiszta, *XX. Ultzmann.* Szept. 24. A vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben néhány fonállal, *XXI. Ultzmann.* Szept. 26–29. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, ezafat nincs. *XXV. Ultzmann.*

Gonoc. vizsgálat. Aug. 30. Igen sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Szept. 5. Rendkívül sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Szept. 7., 11., 12., 13., 14. és 20. gonoc. elég számban található, az utolsó napon csupán extracelluláris (fonál). Szept. 24. gonoc. nincs (fonál).

Felvétel 1894. aug. 29. Elbocsát. 1894. szept. 29. Gyógyult. Összesen XXV. Ultzmann. XX. Ultzmann után gonoc. nincs. XX. Ultzmann után vizelet tiszta.

9. K. Zs., 21 éves. *Ureth. tot. chron.* I. infectio. Argentamin 1:1000. **Anamnesis.** Baja állítólag 5 hó óta tart, 3 hó előtt 1–2 napig gyakori vizelet ingerben szenvedett. Eddig befecskendezéseket használt.

Status praesens. A húgyesőből mérsékelt genyes kifolyás, **kiöblítés** után a vizelet első fele homályos, számos fonállal, a második tiszta. **Complicatio** nincsenek.

Lefolyás. Aug. 17. Vizelet mindkét fele homályos, az elsőben számos fonál, *I. Ultzmann.* Aug. 19. Vizelet mindkét fele tiszta, az elsőben igen számos nagy fonál, *III. Ultzmann.* Szept. 23. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben néhány finom fonál, *VII. Ultzmann.* Szept. 23–29. Letet idem, *XIII. Ultzmann.*

Gonoc. vizsgálat. Aug. 16. Tömeges intra- és extracell. gonoc. (geny). Szept. 21., 22., 24., 25., 26. és 29. gonoc. nincs (fonál).

Felvétel 1894. aug. 13. Elbocsát. 1894. aug. 29. Gyógyult. Összesen XIII. Ultzmann. V. Ultzmann után gonoc. nincs. VI. Ultzmann után vizelet tiszta.

10. B. S., *Ureth. tot. acuta, epididymitis l. s. II. infectio.* Argentamin 1:1000.

Anamnesis. I. infectio 3 év előtt, II. infectio 3 hét előtt. Gyakori vizelet ingerben szenved, felvételi hónapjának 11-dikén fájdalmakat érzett a bal mellékherében. Eddig befecskendezéseket használt.

Status praesens. A húgyesőből mérsékelt genyes váladék, a bal serotum félben tipikus epididymitis, nagyfokú vaginitis, az ondószinór ujjnyi vastag, kemény, fájdalmas, prostata rendes, vizelet mindkét fele erősen zavaros.

Lefolyás. Aug. 17. Vizelet mindkét fele erősen zavaros, *I. Ultzmann.* Aug. 21. Vizelet mindkét fele homályos, *IV. Ultzmann.* Aug. 24. Vizelet mindkét fele finoman homályos, az elsőben néhány nagy fonál, *VI. Ultzmann.* Aug. 30. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben néhány fonál, *XII. Ultzmann.*

Gonoc. vizsgálat. Aug. 17. Számos intra- és extracell. gonoc. (geny). Aug. 21. és 22. Sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Aug. 24. Gonoc. nem található (fonál). Aug. 26., 27., 28., 31. és szept. 1. gonoc. nincs (fonál).

Felvétel 1894. aug. 17. Elbocsát. 1894. szept. 1. Gyógyult. Összesen XIII. Ultzmann. V. Ultzmann után gonoc. nincs. XI. Ultzmann után vizelet tiszta.

11. P. L., 19 éves. *Ureth. tot. acuta.* I. infectio. Argentamin 1:500. **Anamnesis.** 18 nap óta veszi észre húgyesőfolyását, utolsó közöskülés 18 nap előtt. Gyakori vizelet inger nincs, vizelet elején fájdalmat érez a mony végén, eddig copaiva balzsamot használt.

Status praesens. A húgyesőből igen bő genyes kifolyás. **Kiöblítés** után a vizelet mindkét fele erősen homályos. **Complicatio** nincs jelen.

Lefolyás. Szept. 18. Vizelet első fele zavaros, a második homályos, *I. Ultzmann.* Szept. 22. Vizelet első fele homályos, néhány nagy törmelékkel, a második finoman homályos, *IV. Ultzmann.* Szept. 26. Vizelet első fele finoman homályos, *VIII. Ultzmann.* Szept. 29. Vizelet első fele finoman homályos, a második kristálytiszta, *XI. Ultzmann.* Okt. 1. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben néhány fonál, *XIII.*

A kiirtott vese kéregállománya nagyobb, velőállománya csak részben van meg, lobarállománya pedig majdnem teljesen tönkrement. A kórszöveti vizsgálatnál egy vérszerű adenomagóc és Langerhans-féle óriássejtek találtak. A kórisme tehát: Phthisis tuberculosa rennis cum nephritide interstitiali chronica. Adenomâ rennis.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte, par Paul Ferroud. 1894.

E cím alatt fekszik előttünk egy monographia az intubációról *Trousseau* hazájából, hol elvetették annak eredeti, *Bouchut* által megpendített eszméjét, s hol a continens összes országai közt a legkésőbbben is nyert az polgárjogot; az első *O'Dwyer*-intubatio Franciaországban csak 1892-ben végeztetett, míg *Bókai* tanár hazánkban már 1890. augusztusban, mint a legelső egyike a continensen, bevezette azt a gyakorlatba. *Ferroud* elég pontosan észlel, s eljárása a tubus bevezetése, bennhagyása és eltávolítása indicációjánál pontról pontra egyezik a miénkkel, kivéve a fonal bennhagyását, melynek túlkáros befolyást tulajdonít a táplálkozás megakadályozásában. *Ferroud* lelkes híve az intubációnak, melyet ő alkalmazott Lyonban először s könyve valóban mindenről, mi az intubációra vonatkozik, kellően tájékoztatja az olvasót. Legérdekesebb része e műnek a szerző által módosított intubáló készülék leírása. (E műszert utóbbi időben a „Stefánia“-gyermekkorházban *Bókai* tanár is sikerrel alkalmazta.) *Ferroud* nem ismeri a *Beer*-féle svájci módosítást, mely az eredeti *O'Dwyer*-eszköznek hibáit megszünteti, s mely ellen csak a komplikált szerkezetet és a magas árt lehet felhozni. *Ferroud* eszközét a *Beer*-féle műszerrel szemben az egyszerűsített szerkezet és olcsóság jellemzi. Az újítás igen érdekes eredeti. Ő az introductort az extractorról helyettesíti, illetve egy és ugyanazon műszerrel, mely az *O'Dwyer*-féle extractornak egy szellemes módosítása, intubál és extubál; egészen elhagyja az izületes mandrint, melyet eddig minden műtéthez külön kellett a műszerre illeszteni. Az ő mandrinját ugyanis a műszer egymástól eltávolítható két szára helyettesíti, melyek tetszés szerinti kinyitása által bármely kornak megfelelő tubust fixíroznak, még pedig el nem csavarodhatólag, a mi az eszköznek a *Beer*-féle módosítás előnyeit adja meg. Főképp kezdő veheti bátrabban kezébe *Ferroud* eszközét, mert ennél a tubus bevezetése alatt is juthat levegő a glottison át, míg az eddigi eszközöknél a tubust a mandrin obturálta. Az extubatio határozottan könnyebb ezen eszközzel, mint az eddigiekkel, már a tubusok felső nyílásainak nagyobb volta miatt is. A tubusok alakját annyiban változtatta meg *Ferroud*, hogy azok alsó végét méhtükörszerűleg lehegyezte; e módosítást a mandrin elhagyása követelte meg, hogy a bevezetés alatt ne egyszerre tágíttassék a hangrés. Theoretice fel lehetne hozni, hogy a tubus alsó végének eme leélezése a bevezetésnél inkább engedi meg a légnyomás sértését s így könnyebben is okozhat decubitust; de ennek ellene szól *Ferroud* statistikája, melyben alig fordul elő decubitus és azon körülmény, hogy a tubus eltávolítása mindig zavartalanul sikerült s nem kellett ezen ok miatt secundaer légesümetéseket végezni.

Teljesen elhagyja *Ferroud* a letoló csavart, melynek csakugyan semmi értéke nincs, könnyen görbül és nehezen tisztítható. Nem mondhatjuk azonban szerencsés újításnak a szájtérpesztő elhagyását, melyet *Ferroud* fémgyűrűvel helyettesít. E gyűrű nehézséges, gátolja a mutatóujj feltétlenül szükséges szabad mozgását s nem véd harapás ellen. *Ferroud* tubusainak belső ürtere is sokkal nagyobb, illetve vékonyabb falúak és könnyebbek a csövek az eddigiekénél; legnagyobb előnye az eszköznek azonban a gyors kezelhetőség, könnyű tisztántartás s főképen a relativ olcsóság.

Műve végén érdekesen állítja össze *Ferroud* az irodalomból azon kóreseteket, hol a diphtherián kívül az intubatio sikerrel volt alkalmazható; így felnöttek syphilitikus, tuberculotikus gégeszükületeinél, papillomáknál, a trachealecanule végleges eltávolításának megkönnyítésénél, pertussisnál, különböző okokból keletkezett gégegyulladásoknál, laryngitis submucosa, hysterikus gégegyulladások, porzshártyalob, sőt gégetörésnél is, citálva többek között *Bókai* ide vágó eseteit is.

Berend dr.

II. Lapszemle.

Belgyógyászat.

Genyes pericarditis egy esetét közli *Eiselsberg*, melyben műtéttel sikerült gyógyulást elérni. A 17 éves fiatal embernél a szív táján történt szűrt sebzés után egy hónappal dyspnoea, cyanosis, oedema, szapora pulsus, a szívtompulat nagyobbodása és mérsékelt láz jelentkeztek. Punctio segítségével a szívburokból egy liter genyes folyadék ürített ki. Muló javulás után az állapot ismét rosszabbodott, a miért is hasonló eredménnyel még két ízben végeztetett punctio. Ekkor baloldali pleuro-pneumonia tünetei jelentkezvén, szerző a pericardium incisójára határozta el magát. A 4. bordapozez resekalása után 4 cm.-nyi harántmetszést ejtett a pericardiumon, mire 2 liter genyes, fibrincoagulátokkal kevert folyadék ürült ki. Utána kimosás salicylsav-oldattal és drainage. A teljes gyógyulás 21 nap alatt következett be. A kiürült folyadék bacteriologiai vizsgálata b. coli commune jelenlétét derítette ki. (Wiener klin. Wochenschrift, 1895. 2. sz.)

A meningitis tuberculosa diagnosa. Meningitis kétes esetében *Dennig* a gerincestatorna lumbalis részének punctióját és az így módon nyert folyadék bacteriologiai vizsgálatát ajánlja. Esetében a folyadékban mikroskoppal sok gümöbaccillus volt kimutatható, a vele oltott tengeri malacz pedig 4½ hét múlva gümökórban pusztult el. A gerincestatorna punctiója nem jár nehézséggel és néha muló megkönnyebbülést is okoz. Még azon esetekben is fontos lehet a gerincestatorna punctiója, a melyekben gyógyulás következik be, mert ha meningitis tuberculosa volt jelen, akkor a további prognosis rosszabb, mert gyakori a recidiva. (München, medic. Wochenschrift, 1894. 49. és 50. sz.)

A láz praeventiv orvoslása ezímen ír *Weiss* érdekes kis közleményt Drasche osztályáról. Észleletei ugyanis arra az eredményre vezettek, hogy remittáló lázalakoknál az apyrexia idejében adott antipyreticumokkal sikerül a hőemelkedést megakadályozni, mérsékelni, vagy legalább is egy későbbi órára eltolni. Vizsgálatait tüdővészeseknél, typhusnál a remittáló szakban és septikus láz esetében végezte. A lázellenes szerek közül a phenacetint (naponként 2-szer 0.5), az antipyrin (naponként 2-szer 0.5), a chinint (naponként 2-szer 0.5) és a lactophenint (naponként 1-szer 2.0) használta. (Wiener klin. Wochenschrift, 1895. 10. sz.)

Sero-fibrinosus pleuritis 20 esetét vizsgálta bacteriologiai és klinikai szempontból *Fernet*. 4 esetben pneumococust, 6 esetben staphylococust, 1 esetben Eberth-féle bacillust, 3 esetben pedig gümöbaccillust talált; 6 esetben negatív volt az eredmény. A pneumococcus okozta pleuritis a pneumonia tüneteit mutatja, csak a physikalikus tünetek mások; az exsudatum 2—3 hét múlva felszívódik és nincs hajlandósága ismétlődni; a punctio többnyire elegendő a gyógyulás előidézésére. A staphylococcus előidézte pleuritis kevésbé akut tünetekkel kezdődik. A betegek sokszor még heteken át járnak dolguk után és csak oppressio érzetéről panaszkodnak. A kibocsátott serosus exsudatum sokszor többször megújul; a gyógyulás 1½—2 hónapig, sőt tovább is elhúzódhatik; rendszeren gyógyulással végződik a baj. Az Eberth-bacillus okozta pleuritisnél a beteg typhosus tünetek között betegszik meg; az izzadmány nem bír hajlandósággal a megújulásra, kevés fibrin tartalmaz és könnyen haemorrhagikussá lesz. A mi végül a gümöbaccillus előidézte pleuritist illeti, ennek klinikai képe annyira ismeretes, hogy leírását mellőzhetjük. (Előadás a párisi „Société médicale des hôpitaux“ január 22-diki ülésén.)

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **A chloroformmal altatás utáni hányás** ellen jó eredménnyel használja *Warholm* az eezet beszagoltatását. Eezetbe mártott kendőt helyez el még a felébredés előtt a beteg arca közelébe. 30 eset közül csak 2 ízben nem mutatkozott eredmény. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1895. 6. sz.)

2. **Malaria** ellen *Ribet* a phenocollum hydrochloricumot ajánlja, melyet felnötteknek 2 grammos, 4—10 éves gyermekeknek pedig 50—75 centigrammos adagokban rendel. Ezen adag 3—5 órával a roham előtt veendő be és pedig legezészerűbben oldatban; poralakban — ostyában bevéve — kevésbé hatásos. A szer 6—7 napon át veendő be. (Therap. Monatshefte, 1895. február.)

TÁR C Z A.

Uti levelek Belgiumból és Hollandiából.

(Tengeri fürdők, egyetemek.)

(Vége.)

A németalföldi egyetemi városok közül Amsterdamban, Leydenben és Utrechtben fordultam meg. Az amsterdami bonczintézetet gyarlónak találtam, elavult ósdi épületben van elhelyezve a Pleisse-n, berendezése fogyatékos, régi, lehet hogy azért, mert az egyetemet a város tartja fenn, ez pedig csak kereskedelemre áldoz, a tudomány neki mellékes. Pedig ezen egyetemnek van az említett 3 között legtöbb hallgatója, a múlt évben a boncztanra 160-an voltak beiratkozva. Ruge tanár azelőtt Gegenbaurnak volt a prosectora Heidelbergben, az anatómiának összehasonlító irányát műveli. Sajnos, hogy nem találtam a városban a szünidők miatt, s így információmat az intézeti custostól kellett beszereznem.

Utrechtben Rosenberg tanártól, a ki Dorpatból került ide, a múlt évben 60 körül hallgatták az anatómiát. Az intézet egy régi klastromfélében van elhelyezve, de azért szép nagy világos helyiségei messze felette állnak az amsterdami korlátozott viszonyokon; a tágas bonczterem kétoldali világításával igen jó benyomást tesz a látogatóra. Az intézet muzeumát Bloelandt alapította a 15-dik században. Utrechtnek is megvan a maga baja, t. i. az anatómiába az egész esztendőn át csak 13–14 hulla kerül; hogy ezen fogyatékos anyaggal 60 bonczolót hogyan lehet kiképezni és az előadásokat is ellátni, azt nem tudom jól elképzelni.

A leydeni egyetemnek van a 3 említett között a legszebb bonczintézete, nemrég külön e célra épült korszerű, bár egyszerű, de izléses épületben. Igazgatójának, Zaaijer-nek mintegy 90 hallgatója volt a nyáron. A muzeumot Sandifert alapította 1793-ban, igen gazdag koponyákban. A ki Leydenben megfordult, arra a csinos, tiszta és szabályos város, 1–2 emeletes szép épületeivel és egyenes utcáival bizonyára oly kellemes benyomást tett, mint réám. Régi tudományosságának a fészke volt híres Lugdanum Batavorum, egyeteme a múlt századokban nagy szerepet vitt. A vasúti állomásról a városba vezető úton ott áll fekete márvány talpon a világhírű Boerhave szobra; ott van a Péter templomban a nagynevű Camper sírhelye emlékkövel megörökítve (1722–1789); az egyetem tanácstermében egész sora a híres tanárok olajba festett képeinek hirdeti e hely nagy szerepét az orvosi tudományosságban. Letelt idők! a mai Leyden nem visz már vezérszerepet az egyetemi életben, a szomszéd Németország egyetemei azt messze túlszárnyalták. Erre úgy látszik nagy befolyása van a tanulmányi rendszernek, mert a holland egyetemeken a tanítási verseny ki van zárva, berendezésük olyan levén, mint az olaszoké vagy francziáké. Mindamellett Leydent a holland tanulók szívesen keresik fel, s ez a város kedvességénél fogva érthető is. Van ott a tanulóknak egy kaszinójuk, a „Minerva“, oly pompás saját épületben, hogy beillene egy Andrássy-úti szép nagy villának. Ott vannak az egyetemi hallgatók társalgó, olvasó, étkező stb. szobái, ott tartják estélyeiket és felolvasásaikat stb. Mennyire e mögött állnak a pesti egyetem önképző körének helyiségei!

A németalföldi egyetemeken a tandíjat az állam szedi be. A tanárok fix fizetése 5000 frt, az intézetek dotációjá korlátolt. Lehet, hogy mindennek megvan a maga része abban, hogy a holland egyetemek mainap elmaradtak a németek és angolok mögött. A hallgatóságnak elaprózása sem buzdító a tanári ambícióra. Vajjon a 4 egyetem helyett (Gröningenben is van egy), nem teljesítené-e hivatását jobban csak kettő, de úgy, hogy e kettőre fordíthatnák a négynek a költsége? Annyi bizonyos, hogy a tanulók száma nem oly nagy, hogy 4 egyetemnek a fentartását indokolná. Kicsinyes berendezés mainap a tudományra és tanításra nem hasznos. A kis német egyetemeket e tekintetben nem lehet a hollandiakkal egybevetni, mert ott a haladásra mások a rúgók, s a mely tanár a német kis egyetemeken kitűnik buvárlatban és tanításban, bizonyosra veheti, hogy rövid időre nagyobb helyre kerül jobb posztióban; Németalföldön ez a buzdító rúgó elesik, ott a tanár nem nyer azzal, ha másik helyre jön, hát nem is iparkodik. Ennek azután a tudomány és tanítás vallja a kárát. Azonban Németalföldön ez nem számít sokat, ott minden igyekezet a kereskedelemre és vagyonszerzésre irányul, a tudományt szükségből veleveszik, mint átvett

tradíciót Németalföld mult század nagy napjaiból. S az így van itt és másutt is, a hól a tudományt kevésre tartják, míg egy Sedan az elkábultakat magukhoz téríti. Az okos emberről azt mondják, hogy más kárán tanul, e miatt a németalföldi viszonyokat ne állítsuk oda követendő példának.

Másképen áll a dolog Belgiumban. Itt tanszabadság és tandíjrendszer van, nem egészen olyan ugyan, mint Németországban, de a miénkhez sem egészen hasonló. A tandíj évenként 200 frank, de a gyakorlatokért a tanulók külön fizetnek, például a boncztanakért 30 frankot. A befolyt tandíj egészen a tanárok között oszlik meg a kötelező órák arányában, abból az állam magának nem vándikál semmit. Így hallottam ezt Gaudban az anatómia tanárától Lebouque-tól, a ki az anatómiai congressusokról személyesen ismertem, s most a szünidők dacára az intézetében találtam a munkánál, úgyszintén prosectorát van der Stricht-et. A bonczintézet néhány év előtt épült, tehát egészen korszerű, különösen a tanterem helyes arányai és jó világítása lepett meg, melyben a múlt évben mintegy 60-an hallgatták az anatómiát. Ez a szám, mint értesültem, a jövőben aligha apadásra vár, mert Belgiumban csak néhány éve hozták be az érettségi vizsga kényszerét, azelőtt a nélkül lehetett egyetemi tanulmányokra jelentkezni, ennek a kényszernek a jövőben korlátozó befolyása lesz a hallgatók számára. Gaudban szép a muzeum, meglátszik azon a képzett anatomus keze; igen szépek a csontkészítmények és idegpraeparatumok; a sok fagyasztott hullametszet üvegfedelű ólomszekrényekben van elhelyezve, s gipszszel van körülöntve, hogy kevesebb borszeszre legyen szükség. A bonczintézet első emelete van Bennenke-nek van átengedve, a ki mint jeles embryologus ismeretes a szakirodalomban. Van der Stricht a szövettani dolgozatokat vezeti. Mint látható, az anatómia a segédszakmáival együtt igen jól el van látva Gaudban.

Egyéb belga egyetemek közül még a brüsszelit látogattam meg, de ennek fiatal kora miatt nem sok figyelemre méltót láttam. Az intézetek nagy része egy szép nagy épületbe van elhelyezve, a belsejéről nincs mit mondanom.

Antwerpenen keresztül utaztamkor megnéztem a világkiállítását. Ezt ugyan kár volt ilyennek nevezni, a mi 1885-diki országos kiállításunk küllömb volt ennél, a millenniumi pedig épenséggel túl fog rajta tenni. Érdekes volt a régi Antwerpen (Anvers) természethi utánzata épületeivel és belakóival együtt, egy egész városrész a főpiacz körül természetes nagyságban. Úgy látszik, hogy az intéző körök egyebekben a fősúlyt a kiállítás körül elhelyezett számos mulató és étkező bódéra fektették, a hol francia leleményességgel összeállítva India és Kairótól kezdve egész Skandináviáig mindenféle különösségeket lehetett látni külön bemeneti díj mellett. Magyar esárdát is láttam, előtte szűrös ember magyar dalokkal hívogatta be a vendégeket, de a paprikától félelem miatt kevés eredménnyel. Este villamos világítás és katonazenekar mulattatása mellett a mulatózó helyekben hemzsegett a nép, ezt a pezsgő életet nézni volt a kiállítás legérdekesebb része. Exotikus volt a Kongo falu is, egészen természetes berendezéssel, a benn tanyázó kongónégekkel együtt, a kik délután dob- és muzsika-szóval vonultak be a tanyájukba. Benn a kiállítás nagy fa-alkotmányos épületében a gyémánt-telepek és kirakatok keltettek érdeket és vonzottak sok szemlélőt, nevezetesen nőket; gondoskodva volt, hogy bennük baj ne essék, az összes gyémántkiállítás külön beüvegezett házban volt elhelyezve a munkásokkal együtt.

Haza utaztamban meglátogattam a bonni és würzburgi egyetemek bonczintézeteit is, a mely helyeken ezelőtt 21 évvel fordultam meg. Bonnbán, a szép rajnaparti városban a bonczintézet most la Valette igazgatósága alatt áll, benne 126 tanuló kapta a mult nyáron az anatómiában a kiképezését. Ebben az igazgató segítségére Nussbaum és Schiefferdecker rendkívüli tanárok is részt vesznek. Az épület Németországban egyike volt az elsőnek, a melyet akkor a porosz kormány Schultze M. kedvéért emelt, s még most is egészen modern. Feltűnő benne a tisztaság, ennek a kedvéért a bonczteremnek aszfaltozott padlója olajfestéssel lesz minden évben bevonva, erről a piszok könnyen lemosható. Ez másutt is utánzásra méltó példa, bár költséges.

A würzburgi bonczintézet valódi palota, azzal a miénk távoli sem versenyezhet. Köllikertől mintegy 100-an hallgatják a leiró boncztant, 240-en veszik a gyakorlatokat. Az intézet kitűnő be rendezésének megfelelő az évi átlaga is, t. i. 16,000 márka. Vajjon e nélkül lehetne-e oly eredményeket felmutatni, a minők az anatomia minden ágában Kölliker nevéhez vannak kötve? A szövettani és fejlődéstani buvárlatok költségesek, konyhasó és ecetsav mainap nem adnak eredményeket, azokhoz drága vegyi szerek és optikai eszközök kellenek, ilyenek nélkül dolgozni nem lehet. Bizony elszomorít, ha viszonyainkat a szomszédainkkal összehasonlítjuk, itt a 12-dik óra, hogy javuljanak! *Mih.*

Heti szemle.

Budapest, 1895. márczius 21-dikén.

A diphtheritis serumtherapiája. *Vierordt* heidelbergi tanár nagy tárgyilagossággal és körültekintéssel írott cikkét azzal kezdi, hogy végleges ítéletet a serum értékéről a legközelebbi jövőben még nem várhatni, mert ehhez még hosszú kísérleti sorozatok, tapasztalatok különböző epidémiákban és különböző beteganyagok szükségesekek. Serummal kezelt 75 betege közül 63-nál bakteriologiai alapon volt megállapítható a diphtheritis. Ezen 63 eset 4 kivételével súlyosnak volt mondható. Öt croupos beteg teljesen reménytelen állapotban szívhűdés kifejezett tüneteivel jutott kezelés alá; egynél septikus diphtheria és a szívhűdés legsúlyosabb alakja volt jelen; egy további a bonczoláskor gümökórosnak találtatott és végül egy súlyos marasmusban és lobaris pneumoniában szenvedett. Ezen eseteket a statistikából elhagyva, marad tehát 55 diphtheritis-eset, melyek közül 8 végződött halálosan, vagyis 14.6%. Az előző 6 évben a halálozás — a teljesen reménytelen eseteket bele nem számítva — 37 és 67% között ingadozott; természetesen ezen statisztikai adatok nem hasonlíthatók egészen össze, mert az előbbi években csak ritkábban végeztetvén a bakteriologiai vizsgálat, sok nem bacillaris eset is bejutott a statistikába. Ha a reménytelen eseteket is beveszszük a statistikába, a serum használata mellett 25% volt a halálozás, míg az előző 6 esztendőben 41 és 67% között ingadozott. Ezek szerint tehát vagy a diphtheria jellege változott meg, vagy a beteganyag, vagy pedig valami rendkívüli gyógyhatány jött közbe. Nem tracheotomizált 37 eset közül csak 1 végződött halálosan (2.7%), 15 tracheotomizált eset közül pedig 7 pusztult el (46%); a tracheotomizáltak halálozási aránya tehát nem sokkal kedvezőbb, mint az előbbi években. Feltűnő, hogy stenosis tüneteivel kezelés alá került 23 beteg közül 9 több napi dyspnoë után mégis meggyógyult tracheotomia nélkül. Még feltűnőbb azonban, hogy a torokról csupán 1 esetben terjedt át a folyamat a gégére. A kezelés megindításának ideje nem volt nagy befolyással a gyógyulásra; a 8 haláleset közül 2 olyanra esik, melyekben a serum használata a 2. napon kezdetett meg. A mi a subjectiv benyomásokot illeti, szerző mindenekelőtt megjegyzi, hogy az esetek általában súlyosak voltak, klinikai értelemben vett súlyos septikus diphtheriákat azonban ritkán látott. Az állhártyák fejlődését és leválását illetőleg valami szokatlanul nem észlelt, kivéve, hogy a gégére nem terjedt át a folyamat. Kedvező volt azonban a befolyás a szívre. Hirtelen hőesökkenés vagy az általános állapot azonnali javulását szerző nem látta; a javulás első jelei többnyire csak napok múltán mutatkoztak. Az albuminuria az előbbi évekhez képest csekély szerepet játszott. A hűdések közül a serum ideje alatt csupán nyelési hűdések észlelt, ezek azonban meglehetősen gyakoriak voltak. Bőrkiütések 15 esetben jelentkeztek, többnyire láz nélkül; 3 esetben mérsékelt izületi fájdalmak léptek fel, egy esetben pedig láztól kísért, rövid ideig tartó cruralis neuralgia. Carbolmérgezés tüneteii sohasem mutatkoztak. A serum ártalmassága kérdésének megítélésénél fontos még azon körülmény is, hogy a nem diphtheriás megbetegedéseknél (necrotikus és lacunaris anginák, catarrhalis laryngitisek) végzett befeeskendezések után sem lépett fel semminemű káros hatás. Recidivát igen enyhe alakban 5 esetben észlelt. Végül még fel- említenő, hogy nagyobb számú igen súlyos, sőt reménytelen esetben is gyógyulás következett be, várakozás ellenére. Személyes tapasztalatai alapján tehát szerző mindinkább azon nézet felé hajlik, hogy a serum specifikus hatást fejt ki és hogy ez okozza a

serum-időszak kedvező gyógyeredményeit. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1895. 11. sz.)

Seitz 40 esetben használta a Behring-féle serumot. Diphtheritis bacillusok 35 esetben voltak kimutathatók és pedig 14 esetben tiszta tenyészetben, 21 esetben pedig strepto-, staphylo- és diplococcusokkal együtt. A vegyes fertőzések tehát túlsúlyban voltak, de nem nyújtották mindig a septikus diphtheria képét. A 35 eset közül 14 könnyű, 12 középsúlyos és 9 súlyos volt. A betegek közül 2 halt meg; az egyik, egy 5 éves, szívgyengeség, nephritis és gégediphtheria tüneteivel kezelés alá került gyermek szívgyengeségben 26 óra mulva; a másik pedig 30 óra mulva; ezen utóbbi esetben orr-, torok-, gége- és trachealis diphtheria, valamint putrid bronchitis tüneteivel mutatta a 13 hónapos gyenge gyermek. 10 beteg a betegség 2., 12 a 3., és 9 a 4-dik napján került kezelés alá. A vizelet 9 esetben állandóan fehérjementes volt; 20 esetben körülbelül 8 napig tartott csekély albuminuria észleltetett, 6 esetben pedig nephritis volt kimutatható. Bőrkiütések 6 esetben, mirigyduzzanatok 3 esetben, izületi fájdalmak pedig 1 esetben észleltettek. Azon esetekben, a hol a toroköblögetés nem volt kivihető, helyi kezelés is végeztetett Löffler szerint. (Münchener medic. Wochenschrift, 1895. 12. sz.)

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletének pénztárába következő összegek folytak be: Mészáros K. dr. alapítványának kamatai: 480 frt; takarékpénztári kamat: 58 frt 84 kr.; egyenként 8 frtot fizettek: Berényi F. Berhida, Fuksz E. Szarvas, Nádas F. Orvosa; egyenként 6 frtot fizettek: Schuh K. Rajka, Stein F. Sásd; egyenként 5 frtot fizettek: Háy J. Zala-Egerszeg, Károlyi Gy. Eresi, Mangin K. Zala-Egerszeg; egyenként 4 frtot fizettek: Ehrenreich L. Szirák, Bakonyi J. Kolozsvár, Csáky J. Vésztő, Friebeisz A. Bakod, Grossmann A. Losonc, Kabdebó J. Arad, Kramberger J. Tinnye, Kreycoz Ottó Siklós, Mijó K. Nagy-Kapos, Nagy L. H.-Nánás, Sommer A. Moson, Terray L. Breznóbánya, Vogl M. Győr-Sziget. Egyenként 3 frtot fizettek: N. N. orvos özvegye Budapest, Tóth J. Selmeczabánya; 2 frt 40 krt fizetett: Kéry N. Szakes (gyűjtés); egyenként 2 frtot fizettek: Abraham B. M.-Sziget, Asztalos J. N.-Szombat, Barts J. Pozsony, Bánóczy Gy. Győr, Berger J. Körmend, Berkovics Zs. N.-Várad, Bernolák I. Kassa, Boer I. Tövis, Bogár K. Kolozsvár, Bogdánffy M. Nyárad-Szereda, Bothár S. Besztercebánya, Brach S. D.-Szerdahely, Bronts N. Kisjenő, Brünauer A. Eger, Csáka I. Darufalva, Csillag I. Boros-Jenő, Clementis G. Bia, Dada V. Sz.-Szt.-György, Dembitz V. Ó-Morovitz, Deutsch J. Budapest, Dömötör I. Eresi, Eder I. Sz.-Fehérvár, Fehér D. Gy.-Szt.-Miklós, Fleisch N. Budapest, Fischer S. Barstelep, Glasner A. Szarvas, Gremberger F. Csorvás, Hamász V. Csány, Hauer E. Pozsony, Hevesi I. Kolozsvár, Hőncz K. Kolozsvár, Illési I. Alberti-Irsa, Jakabházy Zs. Kolozsvár, Jászi F. N.-Károly, Kellner M. Felső-Bulya, Kerekes I. Ungvár, Kohn A. Dobrováz, Komáromy Gy. Szegvár, Konrád I. Nagy-Szeben, Köhler S. Dobsina, Kristóffy P. N.-Szalonta, Láng F. Zombor, László E. Oroszló, Lechner A. Somogy-Kéthely, Leichtmann M. Kolozsvár, Lendvay B. Pozsony, Liebermann A.-né N.-Károly, Magyar K. N.-Beeskerek, Major A. Gyöngyös, Margonyai Gy. Jász-Árokszállás, Nádas L. Budapest, Nagy I. Solt, Nyikora I. Pápa, Papp G. Kolozsvár, Pávai Vajna G. Pozsony, Pavelka E. Brassó, Petz L. Győr, Posgay L. Arad, Reichardsberg I. B.-Mágócs, Rigó F. Zala-Egerszeg, Ruber I. Rozsnyó, Ruprecht M. Pozsony, Scheitz V. Kolozsvár, Schiessel A. Felvincz, Sélley I. Kún-Madaras, Simoncsies M. Sziget-Szt.-Miklós, Stadler K. B.-Szombathely, Steiner J. Kalocsa, Sternberg G. N.-Károly, Szabó M. N.-Kőrös, Szegedi K. T.-Földvár, Szirtay Gy. Léva, Kirápan A. Papina, Tenner V. N.-Szt.-Miklós, Váczy J. Szolnok, Venczel J. N.-Mányok, Wieneberg G. Császártöltés, Zakariás S. Mezőkeresztes. — *Liebmann Mór* dr., egyetemi m.-tanár, pénztáros (Andrássy-út 13.)

Vegyesek.

Budapest, 1895. márczius 22-én. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. márczius 3-dikától márczius 9-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 463 gyermek, elhalt 266 személy, a születések tehát 197 esettel múltak felül a halálozásokat. Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 2, kanyaró 2, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 1, agykéreg 13, aggyérümleny 8, rángások 12, szervi szívhaj 13, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurut 64, tüdőgümő- és sorvadás 62, bélhurut és béllob 17, carcinomata et neoplasmata alia 6, méhrák 2, Brighth-kór és veselob 5, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 20, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 13, erőszakos haláleset 8. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2377 beteg, szaporodás 784, csökkenés 782, maradt e hét végén ápolás alatt 2379. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1895. márczius 11-dikétől márczius 18-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymában 6, himlőben 2, bárányhimlőben 17, állhímőben 1 (meghalt 1), vörhenyben 14, kanyaróban 40 (meghalt 1), ronesoló toroklobban 24 (meghalt 3), torokgyíkban 6 (meghalt 1), trachomában 2, hőkhurutban 7, orbánczban 9 (meghalt 1).

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

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

Uj! Gyógykezelés meleg kén-só vizel: A thermalis zuhany-fürdő!! (Douche massage). Téli kúra az iszapfürdőben, mely a szőlődákkal egy épületet képez. **Nehéz betegek számára felhúzó készülék külön iszapfürdőbe.** Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőkről küld prospektust az igazgatóság. A fürdő főorvosa: **Bosányi Béla dr.**

Heti kimutatás

a budapesti szt Rókus- és szt. István-kórházban 1895. március 14-től egész 1895. március 20-ig ápolott betegekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Megtört			Maradt			Az ápoltak közül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülő- helyén	szülő- helyén	az álló- kórházban
Márcz. 14	64	49	113	72	26	98	2	2	4	1149	1126	2275	1076	43	42	1114
" 15	55	29	84	29	25	54	2	3	5	1173	1127	2300	1090	44	51	1115
" 16	52	32	84	53	49	102	1	1	2	1172	1109	2281	1072	44	50	1115
" 17	44	32	76	40	30	70	3	1	4	1173	1110	2283	1073	43	45	1122
" 18	66	35	101	69	56	125	4	7	11	1166	1082	2248	1056	43	45	1104
" 19	63	45	108	48	53	101	5	3	8	1176	1071	2247	1056	43	45	1103
" 20	68	46	114	39	39	78	11	4	15	1194	1074	2268	1055	43	43	1127

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szén-savas natron 33-6339, kén-savas natron 7-1917, szén-savas mész 4-1050, chlornatrium 3-8146, szén-savas káli 2-3496, szén-savas Magn. 1-7157, szén-savas Lithion 0-1089; szilárd alkotórészek, 53-3941 összes szén-sav-tartalom 47-5567, hőmérsék 12-30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérel stb.

Kitűnő diätetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kúra, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS** A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

Vegy-, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, léisár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

„Margit“

gyógyvíz.

(Magyar Selters.)

Kipróbált, elismert gyógyszer a tüdő-, gége- és a gyomor-bántalmaknál. Ragályos **kolera** betegségek alkalmával édes víz helyett kitűnő gyógyszer.

Borral használva általános kedveltségnek örvend.

Kizárólagos **Édeskuty L.** csász. és kir. és szerb kir. udv. főraktár ásványvíz-szállítónál Budapesten.

Kapható minden gyógyszerárban, fűszerkereskedésben és vendéglőben.

Dr. PAJOR SÁNDOR

vezetése alatt

VÍZGYÓGYINTÉZET

Budapest, VIII., Szentkirályi-utca 14.

Egybekötve massage, villanyozással. * Charcot-féle suspensio.

Uj! Szén-savas aczélfürdők. Uj!

Természetes szén-savdús savanyúvíz a mohai

ÁGNES

forrás. Legjobb asztali és üdítőital. Kitűnő szolgálatot tesz az emésztési zavaroknak.

Járvány idején préservatív gyógyszernek bizonyult.

Szét-küldése **Édeskuty L.** udvari szállító által Budapest.

* Kapható mindenütt. *

VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilvános

TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő árakon szállít:

- 50 egyénre (kb. 1 gramm) 3.-
- 100 " (kb. 2 gramm) 6.-
- 1 phioła 2-3 egyénre -60
- 10 vagy több ilyen phioła á -50
- 1 phioła 15 egyénre 2.50

Csomagolásért 20 krajczár

Med. univ. Dr. BÁCASKAY BÉLA

nyilvános tehénhimlőtermelő intézete

ARADON

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

- Egy phioła 50 egyénre (1 gr.) 3.-
- Két " 100 " (2 gr.) 6.-
- Egy " 3 " -50
- " " 15 " 1.50
- 100 egyénre való 8-10 phiolába osztva 7.-
- Saját tulajdányú szabályozható scarificátor (igen kedvelt oltó-eszköz) 1.25

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A serumtherapia kritikájához, különös tekintettel a klinikai tünetekre.¹

Purjesz Zsigmond dr., egyet. ny. r. tanártól Kolozsvárt.

Kedves barátom!

A mióta a serumtherapiáról tartottam előadást a budapesti kir. orvosegyesületben, annyi levelet kapok egyes kártársaktól, kik részint nézetemmel összhangzóan nyilatkoznak a szóban forgó kérdésre nézve, részint pedig ellenkező nézetet vallanak, hogy mindazokra külön válaszolnom valóban physikai lehetetlenség. Ne ijedj meg, kedves barátom, nem arra akarlak kérni, hogy a számtalan, néha nagyon is elementaris viszonyokra vonatkozó kérdés megválaszolására engedjél át lapodnak úgyis nagyon igénybe vett hasábjait; úgy hiszem, hogy az idő és kissé behatóbb gondolkodás a kérdezők részéről majd megadja a választ. Egy némely kérdést azonban elég fontosnak tartok arra, hogy egy kis tért kérjek arra, hogy a választ az Orvosi Hetilapban adhassam meg, annál is inkább, mivel a kérdések több oldalról és többek között igen figyelemre méltó helyről lettek hozzám intézve.

Azt kérdezték t. i. tőlem, hogy miért nem terjeszted ki előadásom folyamán az állatkísérlet és numerikus módszer megbeszélésén kívül annak részletezésére, hogy vajjon nem észlelték-e a serummal kezelt diphtheria-esetek klinikai lefolyásában, az egyes tünetek módosulásában olyasvalamit, a mit a más módon kezeltéknél eddig nem észlelték és a miből azután a serum kedvező hatására lehetett volna következtetni?

Ámbár előadásomban részben már feleltem e kérdésre, utalván arra, hogy miután a diphtheria természetes klinikai lefolyását nem ismerik, főleg pedig azok nem, kik eddig betegeiket a szerintem egyáltalán nem indifferens lokális kezelésben részesítették, s így ha fordulnak is elő tünetek, melyek az eddigi kezelés mellett talán nem észleltettek, vagy nem ily módon észleltettek, úgy abból még egyáltalán nem lehet azt következtetni, hogy azokat a serum idézi elő, miután nem lehetetlen, hogy azok csak azért nem mutatkoztak vagy észleltettek a most feltűnt alakban, mivel a folytonosan ismétlődő lokális mechanikai és chemiai insultusok természetes nyilvánulásukat és lefolyásukat zavarták: úgy mégis fontosabbnak tartom a kérdést, semhogy reá ne térjek néhány szóval részletesebben is.

A legtöbb észlelő, ki a serumról ír, arra nézve tesz megjegyzést, hogy a betegek hőmérséke más magatartást tanúsít mint eddig, nevezetesen sokan említik, hogy a befeeszkendést követőleg csakhamar leszáll a hőmérsék, néha mintegy kritice. Hogy ezt a tényt, t. i. a hőmérsék leszállását, esetleg krisisszerű leszállását rosszul magyarázzák, az már onnan is kitészik, hogy míg több észlelő ezt a krisisszerű hőleesést nem észlelte, addig más észlelő említést tesz ugyan róla, de hozzá teszi, hogy az nem az első befeeszkendés után jelentkezik, hanem a befeeszkendés megkezdése után 3—4-ed napra, mit némely észlelő úgy fejez ki, hogy „csak a harmadik-

negyedik befeeszkendés után sikerült a hőmérséket lenyomni“. Hogy miként lehet ily körülmények mellett a hőleesés és a serum-befeeszkendés közt valamely oki viszonyt supponálni, azt valóban nem tudom. Ha a serum ily hatással bírna, akkor miért ne mutatkoznék az az esetek nagyobb számában, a mint ezt az észlelők nagy része tényleg nem is látta. Ha pedig csak a harmadik-negyedik befeeszkendés után látjuk e tünetet, mely jogon tulajdonítjuk ezt a serumnak? Hiszen az igen természetes, hogy oly esetekben, melyek gyógyulnak (és azt, hogy serum nélkül is gyógyulhat a diphtheria, csak nem fogják kétségbe vonni akarni), el kell érkeznie egy időpontnak, melyben a hőmérsék leszáll, és csak a véletlentől függ az, hogy hány feeszkendő serumot juttattunk addig az organismusba. Van elég hőleszállító szerünk (chinin, antipyrin, salicylsavas natron stb.), vajjon ezeknél azt láttuk, hogy csak harmadnapra mutatkozik hőleszállító hatásuk? Elvégre én nem akarom előre tagadásba venni azt, hogy lehetséges, miszerint fognak olyan szert felfedezni, melynek az lesz a tulajdonsága, hogy csak akkor szállítja le a hőmérséket, ha 3—4 napon át naponként feeszkendezünk be egyszer belőle egy bizonyos adagot; ezt el is fogom ismerni, mihelyt kételyt kizáró módon bizonyítják; de ez a bizonyító eljárás, melyet a serumra nézve applikálnak, annyira eltér a szokásos inductiv eljárástól, hogy annyi meggyőző ereje sincs, mintha valaki azt mondaná, hogy a harmadik nap azért szállt le a hőmérsék, mivel háromszor harangoztak délre, vagy mivel háromszor ittak a betegek lourdes-i vizet, és vannak betegek, kiknek felgyógyulását ilyen vagy hasonló befolyásnak tulajdonítják. A mennyire respectálok az ily bizonyító eljárást a hit dolgában, ép oly kevéssé tartom azt megengedhetőnek, hogy az inductiv módszer természet-tudományi vagy therapeutikai kérdések megoldásánál ily módon kezeltezzék.

Én, mióta csak hygienice és diaeteticce kezelem a diphtheriasokat, esekély számú betegeimnél is elég gyakran láttam azt, hogy a hőmérsék némely esetben majdnem krisis útján, másikkban lysis útján száll le 4—6 nap körül; természetesen nem minden esetben, főleg azokban nem, melyekben szövőd-mények fejlődnek. Ha tehát a serumot feeszkendezők egy része látott ily hőleszállást, másika ellenben nem, vagy nem mindenkör, úgy abból nem az következik, hogy ezen, némelyek által specifikusnak hirdetett szer ily szeszélyes magatartást tanúsít, hanem az, hogy egyik esetben épen a hőmérsék természetes esökkenése előtt hozta a szerenesés véletlen a beteget a befeeszkendő kezébe, máskor pedig ez 2—4 nappal előbb történt és így 2—4 napon át kellett a befeeszkendést folytatni, a míg a hő önkényt alászállt, mit a könnyen hívők úgy fejeznek ki, hogy „sikerült a hőt lenyomni“. Ép ily tulajdonította régebben egy-egy orvos a tífógyuladás 7-dik napján bekövetkező krisist az épen 6-dik nap eszközölt érvágásnak, míg a másik azt hitte, hogy addig vágott eret, míg a krisist kiero-szakolta, holott a krisisnek és érvágásnak egymáshoz ép úgy nincs köze, mint nincs a déli harangszó valamely viszonyban a krisissel, daczára annak, hogy az is megtörtént a krisis beköszöntése előtt néhányszor.

De feltéve, hogy a hő leszállása csakugyan oly gyakran következne be a serum befeeszkendése után, hogy a kettő között oki viszonyt tételezhetnénk fel, akkor is még bizonyí-

¹ L. Orvosi Hetilap 11. sz.

tásra szorulna az, hogy e hatást mi fejtette ki: a serum-e mint olyan, az abban levő antitoxin, vagy a carbolsav? Tekintve utóbbinak mennyiségét és azt, hogy gyermekről van szó, annak kizárása, hogy a hő nem ennek folytán száll le, különösen bizonyítandó volna.

Ép oly ellenmondók az egyes észlelők adatai a helyi tünetek változására nézve; az egyik észlelő szerint a bántalom tovaerjedése a serumbefecskendés után azonnal megszűnik, a másik szerint csak néhány nap múlva történik ez, míg mások így is, úgy is látták a viszonyokat alakulni. Ez sem más, mint a mit diphtheriánál láthatunk, ha nem insultáljuk a már beteg torkot, nem kenjük el a betegség okát oly helyekre, melyek hányját — a legnagyobb vigyázat mellett is — már előzetesen össze-vissza szaggattuk mechanice és töpörítettük vegyi szerekekkel. Hogy az idén ilyen eseteket többször láttak, mint talán láthattak volna más éveken, ha lokális kezelés nélkül hagyják a beteget, az onnan magyarázható, hogy — a mint ezt előadásomban, de még inkább a discussio alatt kifejtettem — több volt az enyhe eset, mely a kórházba került, mint máskor. Az is könnyen érthető, hogy a helyi viszonyok ilyen átalakulását és módosulását a kezelés különböző napján, illetve különböző számú befecskendések után látták, mintán a betegek — az esetek különböző súlyosságától és tartamától eltekintve — betegségük különböző napján kerültek észlelés alá, és így e tekintetben arra utalhatok, mit fentebb a hőleesésre nézve mondtam.

Egy másik körülményt illetőleg, melyet gyakran említenek az észlelők, t. i. hogy a betegek nem annyira elesettek, az érlökés nem válik oly rosszszá, a sensus communis általában jobb, hogy nem látni azokat a halványfakó arcokat a kórházban annyira mint máskor: ezt mind megengedem, de sokkal kevésbé erőszakosan magyarázhatom abból, hogy az enyhébb esetek nagyobb számmal voltak képviselve, és hogy elmaradt a kínzó és hátrányos lokális kezelés, semmint abból, hogy a serum ily előnyös befolyást gyakorolna az általános tünetekre, az a serum, mely mellett ilyen indokolatlanul kedvezővé alakított statisztikai számításnál is nem egy gyermekkorházban 25% halálozást láttak. Azt csak nem állíthatjuk, hogy ama 25%-nál is jó volt a sensus communis és a pulsus, vagy azt, hogy ezelőtt minden gyermek oly elesett kórképet mutatott volna.

Valóban egészen meddő az a controversia, hogy vajjon a serum-befecskendés okozhat-e albuminuriát diphtheriásoknál, illetve az, hogy a diphtheriásoknál észlelhető albuminuria mennyiben van a befecskendezett serum által feltételezve. Hogy a serum-befecskendés önmagában albuminuriát okozhat, az kétségtelennek látszik, miután épen újabb időben végzett ama kísérletek, midőn egészséges gyermekeknek fecskendeztek bőr alá serumot és ezeknél azután albuminuriát lehetett constatálni, e mellett elég világosan szólnak; az is bizonyos, hogy csupán hygienice és diaeteticé kezelt betegemnél szintén nem egyszer láttam úgy enyhébb, mint súlyosabb nephritist fejlődni; azt is tudjuk, hogy a lokális kezelésben részesülteknél szintén felléphet nephritis.

Arra pedig, hogy mennyiben képes a kezelés hozzájárulni ahhoz, hogy a nephritis inkább gyakrabban vagy gyérebben lépjen fel, mint ezt már tenné csupán a diphtheria folytán, illetve tenné az expectativ eljárás mellett, nem fogunk kellő választ adhatni mindaddig, míg azt nem tudjuk, hogy az expectativ kezelés mellett körülbelül milyen arányban mutatkozik ez a complicatio, azaz míg nem ismerjük a diphtheria természetes klinikai lefolyását. Egyetlen egy tünetet ismerünk, melyet talán kizárólag lehetne a serumnak, vagy az abban levő antitoxinnak tulajdonítani, t. i. azt a sajátsterű kiütést, melyet az injectio után olykor észleltünk. De miután erre mint gyógyító mozzanatra még eddig egy oldalról sem hívatkoztak, egyelőre nem akarjuk azt vizsgálat tárgyává tenni, hogy miért viselkedik az a tünet oly különösen, hogy némely észlelő arról mint gyakori, másik mint ritkább jelenségről tesz említést; nevezetesen azt nem akarjuk vizsgálni, hogy ezen sajátsterű, mintegy csoportokban való fellépés a serumnak vagy antitoxinnak mint olyannak tudható-e be, avagy e saját-

sterű magatartásban nem nyilvánul-e a serumot adó állatnak eddig még ismeretlen egyéni tulajdonsága, mely esetben talán még sem kellene a felett oly egyszerűen napirendre térni.

Ezek és hasonló okok birtak engem arra, hogy akkor, midőn azt iparkodtam kimutatni, miszerint az alap, melyből kiindultunk, és az út, a melyen haladunk nem alkalmasak arra, hogy a serum gyógyértékéről biztos tudomást szerezzünk, a klinikai tünetek méltatását mellőzzem. *Oly fontos kérdésnél, mint a serum megbízhatóságának kérdése, melynek egyik vagy másik irányban való eldöntésével egyúttal a módszer megbízhatósága felett is határozunk, határozottan meg kell kívánunk, hogy csupán azokat a változásokat tudjuk be a serumnak, melyekről azt bizonyíthatjuk, hogy tényleg nincsenek és nem lehetnek más körülmény által feltételezve.*

Az általunk felhozottak alapján bátran véljük azt mondhatni, hogy sem az állatkísérlet, sem a különben hibásan alkalmazott numerikus módszer eredményei, sem a klinikai tünetekben észlelhető változások nem tekinthetők kifogástalan bizonyítékoknak arra nézve, hogy a diphtheria gyógyserum bármilyen hatást volna képes kifejteni.

Fel lett hozva az is, hogy miért nem reflectáltam az országos statistika adataira, a melynek bizonyító erejét az általam képviselt álláspont ellen némelyek azzal vélik motiválhatni, hogy künt a vidéken sokkal több a magára hagyott, mint a kezelésben részesülő diphtheritis. Az országos statistikát útbaigazítónak már csak azért sem tekinthettem, mivel nem azt kívánom, hogy a diphtheritist hagyjuk magára, esetleg a legkedvezőtlenebb hygienikus és diaeteticus viszonyok között (mire künt a vidéken, sajnos, elég gyakori az alkalom), hanem azt kívánom, hogy hozzuk a beteget a lehető legjobb hygienikus és diaeteticus viszonyok közé; de meg azért sem, mert künt a vidéken a betegeket még csak magukra sem hagyják, hanem gyakran a legundokabb és a legezélszerűtlenebb kezelésben (petroleum-, eezet-, kékkő-, marhatrágya-cselelés) részesítik; de nem reflectálhattam az országos statistikára már azért sem, mivel az országos statistikának hiányossága sokkal evidensebb, semmint azt bizonyítanom kellene. E statistikába t. i. — főleg ezelőtt néhány évvel (és csak ilyenekkel hasonlíthatjuk össze a serummal kezelteteket) — sokkal biztosabban belekerültek a diphtheriában elhaltak (mivel ezek eltagadása mégis bajosabb), mint az enyhe gyógyult esetek.

Végre azt a szemrehányást is hallottam, hogy miért nem vettem számba a homeopathák oly kedvező statistikáját? Egyszerűen azért, mivel nincs módomban a felett itéletet mondani, hogy a homeopathák jó eredménye valóban az általuk alkalmazott kezelésnek tulajdonítandó-e, mint ezt ők hiszik ugyan, de bizonyítani nem tudják, mivel a diphtheria természetes klinikai lefolyását ép oly kevésbé tanulmányozták, mint elmulasztották ezt tenni az alleopathák. A mint a homeopathák nem képesek bizonyítani azt, hogy az általuk elért jó hatás a mercurius cyanatusnak tulajdonítandó, ép oly kevésbé bizonyíthatom én azt (bár nagy a gyanum), hogy jó eredményeikben a mercurius cyanatus bizonyos fokú dörzseletének tulajdonított befolyás illusorius, és jó eredményeik csupán a jobb diaeteticus és hygienikus viszonyoknak, és a lokális kezelés elmaradásának tudhatók be.

Minden nem lesz bizonyítható addig, míg a ezélnak megfelelőleg berendezett klinikai észleletek hiányoznak; már pedig ilyenek sem nekem, sem homeopatha kartársaimnak nem állanak rendelkezésre. Jól tudom én, hogy milyen közel áll az általam követelt hygienikus és diaeteticus kezelés a homeopathák kezeléséhez, és én teljesen megelégszem, ha az általam jónak tartott álláspontnak érvényt tudok szerezni; de a közelségnek hangsúlyozása nem az én dolgom; ám hangsúlyozzák a homeopathák, és nekem akkor nem marad más hátra, mint hogy ebből levonjam azt a consequentiát, mely legközelebb esik, és mely legtermészetesebb, hogy t. i. a homeopathák jó eredménye a hygienikus és diaeteticus viszonyok ezélszerű szabályozásának és a lokális kezelés elmaradásának következménye.

Tizenegy év óta fennálló luxatio penis eddig az irodalomban le nem írt okból. Repositio véres úton. Phalloplastica.

Közli Baumgarten Samu dr.

(Vége.)

Az irodalomban elegendő számban vannak említve különböző complicatiók, melyek a körülmetélés kíséretében felléptek, szakgyakorlatomban nekem is volt alkalmam ilyeneket kezelni. Így csak nem régen hívtam egy kartárs saját gyermekéhez, hol a körülmetélés napján este magas láz lépett fel, melynek oka a seb gangraenája volt. Hivattam kartársak által a műtét után fellépett vérzéshez, egy esetben a makkhoz odanőtt belső praeputialis lemezt kellett lefejtennem, ilyen esetet írt le Pitha is.

Hügyesősértlést ilyen alkalomnál közölt Podrazki, Sacke, Goldmann, phlegmonosus erysipelast König. Tuberculosus infectiós magam is láttam, ilyen észlelt Hutchinson, Wolfers, Rust és mások.

Penisluxatio, mely mint circumcisio complicatiója lépett fel, schol sincs említve, e tekintetben esetem egyedül álló.

Párhuzamba állítandó esetemet az irodalomban közölt öt esettel, hol luxatio penis volt jelen, kimutatandó azon különbségeket és hasonlatosságokat, melyekkel ezek esetemhez bírnak aetiologiai, symptomatologiai, diagnostikai, prognostikai és therapeutikus szempontból, szükségesnek tartom azok rövid felemlítését is.

Nélaton esetében hat éves fiú egy koci felfordulása alkalmával kövektől el lett temetve. Azonnal a sérülés után vizeletkiürítés történt a bal far oldalán létező seben át. Nélaton az esetet csak a nyolczadik napon látta. A penis megfogásánál azonnal feltűnt előtte, hogy a penis teste hiányzik és csak a bőrhüvely van meg, mely olyan tapintatú mint egy üres selyemcocon. A mony teste a serotumon át jól érezhető. A penis repositiója bőrhüvelyébe Cooper-féle aneurysmatüvel sikerült.

Bonnain esetében 22 éves ember tíz évvel előbb ökor által szarvdöfessel ivarszervein sérülést szenvedett. A peniszől semmi sem volt látható. A jól fejlődött serotum felső részén hosszúkás nyílás volt, melyből a vizelet kifolyt. De a vizelet nem jött közvetlenül a hügyesőből a külvilágra, hanem előbb egy a serotumban létező accessorikus zsákba és ebből az említett nyíláson kifelé. Utóbbiból kiindulól a serotum a középvonalban fel lett hasítva és az accessorikus zsák feltárva, a melyhez a penis alsó felületével oda volt növe. Ezen adhaesiók megoldása után a penis fel lett hajtva és a boréksebb varrva. A gyógyulás genyedés útján történt.

Heyenberg esete véletlen sérülés következménye és egész friss lévén még, a repositio könnyen sikerült.

Moldenhauer esetében 57 éves ember részeg állapotban kocsirol esett és midőn felemelkedett, fához dobott, a hol a koci hátsó kereke teste felett elhaladt a symphysis táján. A serotum és penis vértől voltak fedve, a serotumba sok vér ömlött és az erősen dagadt volt. A hímtagon makk nem volt megismerhető, helyén kásás véres tömeg volt, az egész penis lazán lelógott és oly tapintatú volt, mintha egészen szétnyomatott volna, de sem önként, sem nyomásra nem volt különösen fájdalmas. Catheter bevezetése nem sikerült, vizelet ezen penisen át nem jött, hanem vizelet infiltratio támadt. Urethrotomia externát akarva végezni, nem sikerült a hügyesőre bukkanni; miután vérzés támadt, bekötötte a sebet. A borseben át ürült ki a vizelet. Egy héttel később a bal spina ilei tájéknál tályog keletkezvén, incisiót végzett, a midőn a nyíláson át bővebben ürült vizelet, mint a gáton. Még egy héttel később a lágyéktáj sebjét tágitva chloroform narkosisban, a bőr alatt megtalálta az igazi penist, a makkal és a belső praeputialis lemezzel, ezek mind a kötőszövethez oda voltak növe és a makkot le is fejtette a belső praeputialis lemezzel együtt, a penis a hasizmokhoz oda lévén növe, a narkosisból felébredt beteg kívánságára a további lefejtéstől elállott, úgy hogy a penis abnormis helyzetében megmaradt.

A seb granulatio útján gyógyult, a vizelet jól ment és plastikus operatio e miatt nem volt szükséges, más functióról a beteg lemondván. A szétzúzott penisnek tartott tömeg csak annak hüvelye volt.

A Jegutolsó eset Wagner lipesei docens által lett közölve, ki szives volt kérésemre az esetre vonatkozó közlemény különlenyomatát elküldeni. Ez esetben a 17 éves beteg ötödik életévében eséplőgépbé kerülve szenvedte ezen sérülést. A penis helyén szilvanagságú, hossz tengelyével a test hossz tengelyével párhuzamosan haladó daganat látható, mely részben ép borék-bőrtől, részben a mons pubis bőrével fedett. A daganat legnagyobb magasságán, a borék-bőr területén, hasadékszerű nyílás létezik, melyből a vizelet sugárban ürül ki. Kapcsolatban ezen nyílással, felfelé szabálytalan fehér heg halad, mely 2 cm. hosszú. Ezen sajátságú daganat tapintásánál felső végén a bőrön át jól érezhető a glans penis és az innen convex ívben az arcus pubis felé haladó corpora cavernosa. Nagyság és alak tekintetében ezen részek normalisnak látszanak. A bőr fölött mindenütt szabadon mozgatható. A normalis nagyságú herék a borékban vannak. Az esetet Wagner mint Thiersch klinikájának assistense észlelte és kezelte. Az operatiót Thiersch oly módon végezte, hogy a bőrt fölfelé convex ívben rétegzetesen átvágta, míg a makkot fedő belső praeputialis lemezig jutott, ezt átmetszve, a makk kibujt és néhány a mons pubistól kiinduló kötőszöveti köteget, melyek a penis szivacsos testét rögzítették, átmetszve, az egész penis a sebből kilépett. A hosszú belső praeputialis lemezt a penis alsó felületéről leválasztotta és a glans penis felett visszahajtva, a mons pubis bőrével összevarrta és így a penis felső felületét befedte. A penis alsó felületének bőrhüvelyét serotumbőrrel fedte, melyet a sulcus coronarius mögött meghagyott belső praeputialis lemezmaradékkal varrt össze. A penis felső felületét egészen fedő belső praeputialis lemez nagy feszülés következtében a legközelebbi napokban elhalt; miután lelködött és a keletkezett anyagihiány jó sarjakkat mutatott, a serotum bőréből 4 cm. széles hidlebeny képezetett, mely a penis felett visszahajtva, helyzetvarratokkal az anyagihiányba lett illesztve. A serotum bőrének sebbe varratokkal lett egyesítve. A penis a hosszú megszokás és részben a hegzsugorodás folytán hajlammal bírván lefelé irányulni, e hajlamban methodice felrakott homokzsákok által jól compenzáltatott. Két hónappal a műtét után két kis sarjadzó helylyel a hidlebeny felső szélén a klinikáról el lett boesátva. Hét nappal később ismét felvettette magát polyarthriti rheumaticával és 8 nappal felvétele után fájdalomról panaszkodott a hidlebenyben, itt ugyanis orbáncz lépett fel, mely később az egész penis és serotumra kiterjedt. Az orbáncz négy nap múlva megszűnt.

A hidlebeny felső szélén lévő két sarjadzó hely három hónappal az első műtét után teljesen be volt gyógyulva. A penis iránya tetemesen megjavult.

Nem hagyhatok figyelmen kívül egy Busch által 1878-ban a bonni orvosegyletben említett esetet, mely azonban sublaxatio penisnek tekinthető inkább, a penis összefüggése bőrével nem lévén teljesen megszakítva. Egy kis fiú hat nappal a klinikára való felvétele előtt ló által földre dobott és ivarszervein rugást szenvedett. Csekély vérömlenyen kívül a penis bőrhüvelye üres és baloldalt befelé volt húzva. A jobb serotumfélben a kissé dagadt here mellett a penis volt tapintható. A serotumon is seb volt a penis csúcsával átellenben, úgy hogy ezen nyíláson át vizelni tudott és vizeletbeszűrődés nem keletkezett. Repositio végett a penis bőrének háti oldalán egész hosszában fel kellett hasítani. Ekkor látni lehetett, hogy a belső praeputialis lemez nincs egész területében leszakítva, hanem baloldalt odatapadt még és ez által a penis visszabuvásánál a serotumba a penis bőre is befelé húzatott. Repositio után gyógyulás állván be, a mony olyannak nézett ki, mint incisio által végzett phimosi-műtétnél, hol azonban a bemetszés messzire terjedt át a penis hátán.

Mindegyikben a közölt esetek közül véletlen baleset okozta traumatikus behatás volt az, mely a luxatio penist létrehozta, kövek általi eltemetés, ökor szarv döfése, elgázolás, gép általi megragadás; ellenben az én esetemben laikus által végzett műtét okozta.

Moldenhauer esetét kivéve, a diagnosis mindegyikben könnyen volt megejthető.

Nélaton, Heyenberg és Moldenhauer esetében a penis helyén annak bőrhüvelyé volt meg, míg a többi három esetben, melyek évek óta fennállottak, helyén csak heg volt egy nyílással, hol a vizelet kijött és pedig Wagner esetében közvetlenül a húgycsóból, ellenben Bonnain esetében és enyémében accessorkus zsák volt jelen. Az esetek többségében a scrotum bőre, vagy részben a czomb bőre is fedte a penist, mely a bőrön át jól ki volt tapintható, csakis Moldenhauer esetében feküdt a has bőre alatt és a vérömleny és vizeletbeszűródés miatt csak incisio után volt megtalálható. Valószínűleg mindegyik esetben kezdetben vizelet zavar volt jelen, mit az anamnesis nem birt mindig kideríteni.

Míg egy esetben az abnormis helyzet nem lett teljesen megszüntetve, két esetben a penis egyszerűen vissza lett hozva bőrhüvelyébe. Bonnain esetében a penis rejtékéből kihozatva, hiányzó hüvelyé nem lett pótolva plastica által, hanem a gyógyulás genyedéssel történt sarjadzás útján.

Csakis Wagner esetében és az általam operált esetben lett a phalloplastica is végezve, de míg előbbi esetben a penis felső felületének fedésére a makkot fedő tönkre nem ment belső praeputialis lemez, az alsóéra a scrotum bőre lett használva és a nagy feszülés miatt a praeputialis lemez nagy részben elhalt, úgy hogy a scrotum bőréből hídlebensyt kellett utóbb alkotni a felső felület fedésére, addig én úgy végeztem a plasticát, hogy a makk mögött visszahajtott állapotban meglévő, keskeny gyűrűt képező, dudoros, ránczos belső praeputialis lemezt, mely a penis tunica albugineájához oda volt növe, kellő nagyobb terület befedhetése végett felfejtettem és vele a penis mellő részét egész kerületében befedtem, a hátsó részt pedig felül a mons pubisról vett lebennyel, többi felületén a scrotum bőrével fedtem és a gyógyulás per primam intentionem következett be, a penis iránya teljesen normalis lett és kilencz nappal a műtét után az operált gyógyultan elutazhatott.

Az eddig közölt luxatio penis esetek közül csakis az idültknél volt jelen azon állapot, hogy rendellenes helyzetéből való kiszabadítás után bőrrel való fedésére plastica vált szükségessé a teljes működési képesség helyreállításának biztosítására, mi Bonnain esetében nem történt. E tekintetben bizonyítékul szolgálhatnak az ivarszervek lenyúztatása esetei akár traumatikus, akár más pathologiai eredetű ok idézte elő a penis bőrhüvelyét, mint Wagner, Mühe és más néhány sebész esetében. Nekem is alkalmam volt assistens koromban egy esetet észlelni, hol gangraena a penis, scrotum és mons pubis bőrének egy részét elpusztította és sarjadzásra bízattván a gyógyulás, teljes behörödés történt a penis kis rövidülésével. Kappeler dolgozatában a férfi ivarszervek lenyúztatásáról két önészlelte és hét az irodalomból összegyűjtött esetet említ, melyhez saját gyűjtéséből hozzátehetem a figyelmét elkerült esetet, mely Tillaux által lett kezelve és Gillette által 1874-ben az „Union médicale“-ban közölve, továbbá a magyar irodalomban 1893-ban Raisz által közölt esetet.

Ezen irodalmi adatok bizonyítják, hogy a teljes működési képesség helyreállítására legkedvezőtlenebbek azon esetek, hol a szomszédságból a penis takarására bőr nem vehető és az egész mony egy a corpora cavernosákhoz tapadó heg által takart. Legkedvezőbbek voltak azon esetek, hol a praeputium belső lemeze nem ment tönkre és a plastica céljára szintén fel volt használható. Oly esetekben, hol a plastica céljára a közelből anyag nem volna vehető, sem mondanék le a műtétről, spontán gyógyulást várva, hanem ha másért nem, a gyógytartam megrövidítése kedvéért is a Thiersch-féle bőrtransplantatiót venném igénybe.

Irodalom.

Ziffer: Az izraeliták körülmétéése. Budapest, 1880.

Bonnain: Cas singulier de cicatrisation vicieuse à la suite d'une blessure du scrotum et de la verge. Union méd. 1853. pg. 54.

Moldenhauer: Merkwürdiger Fall von Luxatio penis Berl. Klin. 1874. pg. 568.

Wagner: Ein Fall von Luxatio penis mit Abreissung des äusseren Praeputialblattes. Sep.-Abdr. aus Münch. med. Wochenschr. 1886. Nr. 41.

Sprengler: Phalloplastik. Bayer. ärztl. Intelligenzblatt 2. 1858.

Kappeler: Die Schindung der männlichen Genitalien. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. XXIII. Bd. I. 1886.

Kaufmann: Verletzungen und Krankheiten der männlichen Harnröhre und des Penis. Deutsche Chirurgie Lief. 50a 1886

Niemann: Die Beschneidung der Juden etc. Berl. med. Woch. Bd. VII. 2.

Trusen: Die Sitten, Gebräuche und Krankheiten der alten Hebräer. Breslau, 1853.

König: Lehrbuch der spec. Chirurgie. Berlin, 1885.

Raisz: A borék és mony bőrének lenyúztatása, borék-plastica, a mony bőrének pótlása. Gyógyászat 1893. 30. sz.

Busch: Bericht aus der Sitzung vom 21. Jänner 1878 der „Nieder-rheinischen Gesellschaft für Natur u. Heilkunde in Bonn“. Berl. Klin. 1878. Nr. 14.

Közlemény a Róna Sámuel dr. egyetemi m.-tanár vezetése alatt álló szt. Rókus-kórházi XI-dik orvosi fiók-osztályról.

A húgycsőkankó orvoslása argentammal.

Asehner Arthur dr., kórházi gyakornoktól.

(Vége.)

13. L. F., 25. éves. *Urethrocystitis acuta, prostatitis suppurativa, Epididymitis l. d. I. infectio. Argentamin 1:500.*

Anamnesis. Felvételi hó elején vette észre húgycsőfolyását; utolsó közösülés a mult hó végén. Heves vizelet inger 2 hét előtt, mely máig is tart. Egy hét előtt lázt kapott készítő görcsökkel a végbélben; székelésnél heves fájdalmak. Eddig befecskendezéseket használt.

Status praesens. A húgycsőből bő genyes kifolyás, a vizelet mindkét fele erősen zavaros. Gyakori vizelet inger (nappal óránként, éjjel 5-6-szor). A prostata mindkét lebenye 3-szor nagyobb a rendesnél. Mindkét ondóhólyag mutatóujjnyi vastag. A prostatára gyakorolt nyomásra 8-10 csepp genyes váladék ürül ki. Mellékherék és ondóvezetők épek.

Lefolyás. Aug. 22. és 28. A prostatára gyakorolt nyomásra sárgás sűrű geny nyomható ki, vizeletnél és székelésnél, különösen az utóbbi alkalomával, görcsös fájdalmak a végbélben, mely után néhány csepp véres geny ürül ki. Szept. 1. Tünetek valamivel alább hagytak, nem minden görcs után jön ki geny a húgycsőből, de nyomásra még mindig. Vizelet inger tart, de kevesebb. Vizelet mindkét fele erősen zavaros, II. *Ultzmann*. Szept. 3. Vizelet mindkét fele homályos, előbbi tünetek kevesebbek, beteg ismét lázas, epididymitis kezdési szaka, IV. *Ultzmann*. Szept. 10-ig *Ultzmannok* kihagyatnak. Szept. 10. A vizelet mindkét fele erősen zavaros, első *Ultzmann* a mellékherelob óta. Szept. 14. A vizelet első fele erősebben, a második finomabban homályos, V. *Ultzmann*. Szept. 16. A prostata mindkét lebenye rendes nagyságú, valamivel tömöttebb, középen összenyomható, a jobb ondóhólyag kisujjnyi vastag, béltapintatú. Szept. 18. A vizelet első fele homályos, a második tiszta, IX. *Ultzmann*. Szept. 21. Vizelet első fele finoman homályos, a második tiszta, XII. *Ultzmann*. Szept. 28. A húgycsőből geny nem nyomható ki, a vizelet első fele majdnem tiszta, a második kristálytiszta, XIX. *Ultzmann*, Okt. 1. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben néhány fonál. XXIII. *Ultzmann*. Okt. 5. és 7. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, fonál nincs, XXIX. *Ultzmann*.

Gonoc. vizsgálat. Aug. 26. és 27. Igen számos intracell. gonoc. (húgycsőgeny). Szept. 1. Igen sok genysejt, számos vörös vértestecske, néhány holt és egy élénken mozgó ondószálca az egész készítményben (Prostata és ondóhólyag geny). Szept. 1. Rendkívül sok intra- és extracell. gonoc. (Húgycső geny.) Szept. 3. Előbbi lelet. (Húgycső geny.) Szept. 3. (Prostata geny.) Sok genysejt, rendkívül sok streptococcus, gonococcus nincs. Szept. 15. és 16. Sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Szept. 19. Még sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Szept. 21. Kévs intra- és extracell. gonoc. (geny). Szept. 24. Gonoc. nincs (geny). Szept. 27. Kévs extracell. gonoc. (fonál). Okt. 2. Gonoc. nincs (fonál). Okt. 4. Gonoc. nincs (fonál).

Felvétel 1894. aug. 22. Elbocsát. 1894. okt. 7. Gyógyult. Összesen XXIX. *Ultzmann*. XIV. *Ultzmann* után gonoc. nincs. XVIII. *Ultzmann* után vizelet tiszta.

14. K. E., 19 éves. *Urethritis tot. acuta. I. Infectio. Argentamin 1:500.*

Anamnesis. Bajának keletkezési idejéről tudomása nincs, de a rendőrség által való elfogatásakor kankós tünetekkel küldték be a kórházba. Állítólag 3 hét (?) előtt közösült utóljára.

Status praesens. A húgycsőből 1 csepp geny sajtolható ki. Kiöblítés után a vizelet mindkét fele kristálytiszta. Szept. 6. Ismételt kiöblítés és a vizelet ugyanilyen. Complicatiók nincsenek jelen. Vizelet inger nincs.

Lefolyás. Szept. 6. A vizelet mindkét fele tiszta, az elsőben számos fonál, I. befecskendezés. Szept. 9. és 13. Vizelet első fele finoman homályos, számos apró fonállal, a második tiszta, ezután a vizelet mindkét fele homályossá válik, VIII. befecskendezés. Szept. 16. Vizelet mindkét fele erősen homályos, gyakori vizelet inger jelentkezik (éjjel félóránként), III. *Ultzmann*. Szept. 28. Fityma-oedema következtében 20. és 21-dikén *Ultzmann* nem alkalmaztatott, vizelet mindkét fele finoman homályos,

vizelési inger megszűnt, XIII. *Ultzmann*. Szept. 7. Vizelet mindkét fele igen finoman homályos, XXI. *Ultzmann*.

Gonoc. vizsgálat. Szept. 5. Gonoc. nem található (geny). Szept. 7., 9. és 10. Sok intra- és extracell. gonoc. Szept. 12. Gonoc. alig található. Szept. 15. és 16. Rendkívül sok intra- és extracell. gonoc. Szept. 24. és 27. Igen sok intracell. gonoc. Okt. 2. és 4. Sok intra- és extracell. gonoc. Felvétel 1894. szept. 4. Elbocsát. 1894. okt. 7. Javult. Összesen VIII. befecskendezés, XXI. *Ultzmann*. XX. *Ultzmann* után van még gonoc. XX. *Ultzmann* után a vizelet igen finoman homályos.

15. V. Sz., 24 éves. *Urethrocyst. acuta*. II. infectio. Argentamin 1:500.

Anamnesis. Egy év előtt első infectio, mely után bántalma 5 hónapig tartott, ezen idő alatt 2-szer 5-5 napig véres vizelete volt. Második infectio 1894. július közepe óta, néhány nappal ezelőtt közöszült utójára. Gyakori vizelési inger 3 nap óta, a vizelés végén 8-10 csep vér jön ki a húgycsőnyílásból. Eddig copavát és befecskendezéseket használt.

Status praesens. Mérsékelt genyes kifolyás a húgycsőből, a vizelet mindkét fele erősen zavaros, a másodikban véralvadékok, prostata mindkét lebenye rendes nagyságú és tömörségű, az ondóhólyag tájéka üres. Mellékherék és ondószínórok rendesek, vizelési inger (nappal $1\frac{1}{2}$ óránként, éjjel 5-6-szor).

Lefolyás. Aug. 18. Vizelet mindkét fele erősen zavaros, I. *Ultzmann* 1:1000. Aug. 21. Vizelet első fele zavaros, második tiszta, vizelési inger kevesebb, vérzés csak egyszer volt, IV. *Ultzmann* 1:1000. Aug. 22. Vérzés teljesen megszűnt, a vizelet első fele finoman homályos, számos fonállal, a második tiszta, V. *Ultzmann* 1:1000. Aug. 26. Vizelet első fele zavaros, a második homályos, gyakori vizelési inger ismét fellépett és gyakoribb (nappal $\frac{1}{4}$ óránként), IX. *Ultzmann* 1:1000. Aug. 29. Vizelet mindkét fele zavaros, vizelési inger tovább tart, tegnap óta ismét vérzés, a vizelés végén véres alakjában, *Ultzmann* nincs. Aug. 30. Vizelési inger valamivel csökkent, vérzés tart, a vizelet első fele erősen zavaros, a második erősen homályos, XI. *Ultzmann* 1:500. Szept. 11. Eddig 3 *Ultzmann* argentamin 1:500 és 3 *Ultzmann* argent. nitr. $\frac{1}{2}$:100-hoz kapott. Három napig pihent. Vérzés megszűnt, vizelési inger kevesebb, a vizelet első fele erősen homályos, a második finoman homályos. Szept. 16. *Kiöblítés* után a vizelet mindkét fele finoman homályos. Szept. 21. Vizelet első fele igen finoman homályos, a második kristálytiszta, VI. befecskendezés 1:500. Szept. 25. A húgycsőből geny nem nyomható ki, a vizelet mindkét fele kristálytiszta, X. befecskendezés 1:500. Szept. 26. és 29. Vizelet teljes kristálytiszta, egyik napon néhány apró fonál, XIV. befecskendezés és XXIV. *Ultzmann* 1:500.

Gonoc. vizsgálat. Aug. 18. Rendkívül sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Aug. 21. Igen sok intracell. gonoc. (geny). Szept. 3. és 7. Igen sok intracell. gonoc. (geny). Szept. 16. Igen sok intracell. és extracell. gonoc. (geny). Szept. 19. és 21. Gonococcusok száma tetemesen apadt. Gyéren intra- és extracell. gonoc. (geny). Szept. 24. Gonoc. nincs (geny). Szept. 27. Gonoc. nincs (fonál).

Felvétel 1894. aug. 13. Elbocsát. 1894. szept. 29. Gyógyult. Összesen XXIV. *Ultzmann*, XIV. befecskendezés = 38 kezelési nap. XX. *Ultzmann*, IX. befecskendezés után gonoc. nincs. XX. *Ultzmann*, IX. befecskendezés után vizelet tiszta.

16. B. J., 21 éves. *Urethr. tot. acuta* (condylomata acunata). II. infectio. Argentamin 1:500.

Anamnesis. Első infectio 1 év előtt, mely állítólag 2 hónapig tartott. Jelenlegi baját 4 napra vezető vissza, mely alkalommal folyást vett észre húgycsővéből. Utolsó közöszülés 7 nap előtt. Gyakori vizelési inger nincs, eddig semmit sem használt.

Status praesens. A húgycsőből bő genyes kifolyás, a vizelet mindkét fele erősen homályos, a makkon a mony bőrén és scrotumon számos condylomata, melyek már hónapok óta állanak fenn. Complicatiók nincsenek.

Lefolyás. Szept. 16. Vizelet mindkét fele erősen homályos, I. *Ultzmann*. Szept. 21. Vizelet első fele homályos, második majdnem tiszta, VI. *Ultzmann*. Szept. 24. Vizelet első fele finoman homályos, a második kristálytiszta, IX. *Ultzmann*. Szept. 24-től okt. 9-ig. Vizelet mindkét fele tiszta, egyes napokon a vizelet első fele igen finoman homályos volt, XXIX. *Ultzmann*. Okt. 9. és 22. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, egyes napokon voltak apró fonálok, másokon nem, XI. *Ultzmann*.

Gonoc. vizsgálat. Szept. 16. Igen sok intracell. gonoc., kevés extracell. (geny). Szept. 21. Sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Okt. 2., 4. és 7. Sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Okt. 11. és 14. Még sok intra- és extracell. gonoc. (fonál). Okt. 17., 19. és 22. gonoc. nincs (fonál).

Felvét. 1894. szept. 14. Elbocsát. 1894. okt. 22. Gyógyult. Összesen XL. *Ultzmann*. XXXV. *Ultzmann* után gonoc. nincs. XXVIII. *Ultzmann* után vizelet tiszta.

17. B. K., 22 éves. *Urethr. tot. acuta*. II. infectio. Argentamin 1:500.

Anamnesis. 1891-ben volt állítólag első kankója, mely 8 hónapig tartott, a mostanit 8 nap óta veszi észre. Gyakori vizelési inger nincs. Eddig semmit sem használt.

Status praesens. A húgycsőből igen bő genyes kifolyás. *Kiöblítés* megkíséreltetvén, a folyadékknak még legkisebb nyomására és a compressor urethrae ezt átbocsátja. Complicatiók nincsenek jelen.

Lefolyás. Szept. 19. Vizelet első fele zavaros, a második kristálytiszta, I. befecskendezés. Szept. 23. A vizelet első fele kevésbé homályos, néhány fonállal, a második tiszta, II. befecskendezés. Szept. 24. Vizelet

mindkét fele finoman homályos, vizelési inger nincs, I. *Ultzmann*. Szept. 28. Kisfokú vizelési inger, vizelet első fele finoman homályos, a második kevésbé, V. *Ultzmann*. Okt. 2. Vizelési inger megszűnt, a vizelet első fele homályos, a második igen finoman homályos, IX. *Ultzmann*. Okt. 9. Vizelet mindkét fele finoman homályos, XIV. *Ultzmann*. Okt. 14. Vizelet első fele igen finoman homályos, a második kristálytiszta, XIX. *Ultzmann*. Okt. 18. és 24. A vizelet mindkét fele állandóan kristálytiszta, egyes napokon fonalakkal, XXIX. *Ultzmann*.

Gonoc. vizsgálat. Szept. 19. Igen sok intra- és extracell. gonoc. (geny). Szept. 21. Sok intracell. gonoc. (geny). Szept. 27. Még elég számban intracell. gonoc. (geny). Okt. 2. Kevés intracell. gonoc., sok extracell. (geny). Okt. 4. Igen kevés intra- és extracell. gonoc. (geny). Okt. 7. Gonoc. nem található (geny). Okt. 11. és 14. Intra- és extracell. gonoc. még elég számban (geny). Okt. 16., 17., 19. és 24. Gonoc. nem található (fonál).

Felvét. 1894. szept. 18. Elbocsát. 1894. okt. 24. Gyógyult. Összesen XXIX. *Ultzmann*. XX. *Ultzmann* után gonoc. nincs. XXII. *Ultzmann* után vizelet tiszta.

18. V. E., 18 éves. *Urethr. tot. chron.* I. infectio. Argentamin 1:500.

Anamnesis. Ez év március hó óta tart kifolyása húgycsővéből, gyakori vizelési ingere nincs és nem is volt. Complicatiók eddig nem voltak.

Status praesens. A húgycsőből mérsékelt fokú kifolyás. *Kiöblítés* után a vizelet homályos, számos fonállal. Here, mellékhere, prostata és ondóhólyagok rendesek. Eddig befecskendezéseket használt.

Lefolyás. Aug. 24. A vizelet mindkét fele homályos, az elsőben számos törmelék, I. *Ultzmann*. Aug. 28. Vizelet első fele finoman homályos, fonalakkal, a második tiszta, V. *Ultzmann*. Szept. 2-8-ig. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, fonál nincs, csak egyes napokon 1-2 fonál, XV. *Ultzmann*.

Gonoc. vizsgálat. Aug. 24. Kevés extracell. gonoc. (fonál). Aug. 26. Számos extracell. gonoc. (fonál). Aug. 27. Igen kevés extracell. gonoc. (fonál). Aug. 28. Számos intra- és extracell. gonoc. (fonál). Aug. 29. Gonoc. nincs (fonál). Aug. 31., okt. 1. és 3. Gonoc. nincs (fonál).

Felvét. 1894. aug. 21. Elbocsát. 1894. okt. 8. Gyógyult. Összesen XV. *Ultzmann*. V. *Ultzmann* után gonoc. nincs. VIII. *Ultzmann* után vizelet tiszta.

19. B. P., 22 éves. *Urethr. antica acuta*. II. infectio. Argentamin 1:500.

Anamnesis. Első infectio 2 év előtt. II. infectio 10 nap óta tart. Utolsó közöszülés 12 nap előtt. Gyakori vizelési inger és fájdalmak a vizelésnél nincsenek. Eddig baja ellen semmit sem használt.

Status praesens. Mérsékelt genyes kifolyás a húgycsőből, a vizelet első fele finoman homályos, a második kristálytiszta. Complicatiók nincsenek.

Lefolyás. Szept. 13. *Kiöblítés* után a vizelet mindkét fele kristálytiszta, I. befecskendezés. Szept. 14. A vizelet első fele kissé homályos, a második kristálytiszta, II. befecskendezés. Szept. 17. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben számos apró fonál, V. befecskendezés.

Gonoc. vizsgálat. Szept. 12. és 13. Rendkívül sok intracell. gonoc. (geny). Szept. 16. Még elég számban intra- és extracell. gonoc. (geny).

Felvét. 1894. szept. 11. Elbocsát. 1894. szept. 17. Javult. Összesen V. befecskendezés. IV. befecsk. után vizelet tiszta. V. befecsk. után gonoc. még van.

20. F. Gy., 23 éves. *Urethr. tot. acuta, epididymitis l. d. I.* infectio. Argent. nitr. 1:100. Argentamin 1:1000.

Anamnesis. Ez év április hó 2-i-dikán vette észre húgycső folyását, 3 nappal ez előtt közöszült utójára. Május hó elejétől körülbelül 22-dikéig gyakori vizelési ingerben szenvedett (nappal $\frac{1}{2}$ óránként, éjjel 4-5-ször). Május hó vége felé jobb oldali mellékherelob lépett fel. Eddig santalolajat használt.

Status praesens. Bő genyes kifolyás a húgycsőből, a vizelet mindkét fele erősen zavaros, a jobb mellékhere megnagyobbodott, kemény, fájdalmas, nagyfokú vaginalitis, a jobb ondószínór lúdtollnyira vastagodott és fájdalmas. A jobb vesicula seminalis táján kisujjnyira vastagodott, kemény, fájdalmas daganat tapintható ki. A prostata mindkét lebenye rendes nagyságú és tömörségű. Vizelési inger még mindig fennáll.

Lefolyás. Jun. 2-23-ig. A mellékherelob stb. lezajlása. A vizelet mindkét fele zavaros, *Ultzmann* arg. nitr. 1:100 megkezdett. Jul. 24. Tehát 1 havi arg. nitr. 1:100. *Ultzmann* használat után a vizelet első fele még mindig zavaros, a második homályos. Beteg nappal 1 óránként, éjjel 2-szer vizel. Aug. 17. A vizelet mindkét fele tiszta. Eddig LIV. *Ultzmann* argent. nitr. 1:100 alkalmaztatott, I. *Ultzmann* argentamin 1:1000. Aug. 18. A vizelet mindkét fele átlátszó, elsőben számos apró fonál, II. *Ultzmann*. Aug. 19. A vizelet első fele kissé homályos több ezafattal, a második kristálytiszta, III. *Ultzmann*. Aug. 20. A vizelet első fele homályos, számos nagyobb fonállal, a második igen finoman homályos, IV. *Ultzmann*. Aug. 23-26-ig. Vizelet mindkét fele homályos, az utolsó napon a második finoman homályos, IX. *Ultzmann*.

Gonoc. vizsgálat. Aug. 17. Gonoc. nem található. Aug. 20. Egy fonálban csupán lapos hámsejt, egy másikban csupán genyesejt és csak egy láttérben gonoc., egy harmadikban számos genyesejt és lapos hámsejt, igen számos gonococcusal (fonál). Aug. 23. Elszórtan extracell. gonoc. (fonál). Aug. 25. Elég nagy számban intracell. és extracell. gonoc. (fonál).

Felvét. 1894. jun. 2. Elbocsát. 1894. aug. 26. Javult. LIV. Ultzmann arg. nitr. 1:100 után a vizelet tiszta, gonoc. nincs. IX. Ultzmann argentamin 1:1000 után vizelet homályos, gonoc. még van.

21. M. K., 20. éves. *Urethr. tot. chron., epididymitis l. d.* II. infectio. Argent. nitr. 1:100. Argentamin 1:500.

Anamnesis. Első infectio 3 év előtt, második egy év óta, két nap óta gyakori vizelési inger megszűnt, mely egy ideig tartott, egy nap óta fájdalmak a jobb mellékherében és inguinalis tájon. Eddig befejeskendőseket használt.

Status praesens. A jobb borékfélben tipikus mellékherelob mérsékelt nem vaginalitissal. Vizelet mindkét fele zavaros, prostata és ondóhólyagok épek, kiscokú vizelési inger.

Lefolyás. Jul. 19—31-ig. A mellékherelob lezajlása. Vizelet első fele zavaros, számos hosszú fonállal, a második homályos. I. Ultzmann arg. nitr. 1:100. Jul. 31-től aug. 23-ig. XXIII. Ultzmann arg. nitr. 1:100 kapott, mely idő alatt a vizelet némiképen feltisztult, a vizelési inger aug. 20-ig tartott. Aug. 23. A vizelet első fele finoman homályos, finom fonállal, a második tiszta. I. Ultzmann argentamin 1:500. Aug. 25. A vizelet első fele homályos, számos fonállal, a második finoman homályos. III. Ultzmann argentamin 1:500. Aug. 28. és 29. Vizelet első fele finoman homályos, számos nagy fonállal, a második tiszta. VII. Ultzmann argentamin 1:500.

Gonoc. vizsgálat. Aug. 22. Gonoc. nem található (geny). Aug. 24. Csak egy láttérben volt extracell. gonoc. (fonál). Aug. 26. Elég számban extracell. gonoc. (fonál). Aug. 28. és 29. Igen sok intra- és extracell. gonoc. (fonál).

Felvétel 1894. jul. 19. Elbocsát. 1894. aug. 29. Javult. Összesen XXIX. Ultzmann. XXIII. Ultzmann argent. nitr. 1:100, a vizelet finoman homályos, gonoc. nincs. VII. Ultzmann argentamin 1:500, vizelet finoman homályos, gonoc. még van.

22. L. L., 25 éves. *Urethr. tot. acut., epididymitis l. d.* II. infectio. Argent. nitr. 1:100. Argentamin 1:500.

Anamnesis. Első infectio 2 év előtt. Második egy hó óta, vizelési ingerről nem panaszkodik. Kilenc nap óta fájdalmak a jobb mellékherében. Eddig semmit sem használt.

Status praesens. A húgyesőből váladék nem nyomható ki. A vizelet első fele zavaros, számos czafattal, a második finoman homályos. Tipikus lúdtójasnyi mellékheredaganat, a jobb oldalon nagyfokú vaginalitis, prostata és ondóhólyagok épek.

Lefolyás. Aug. 9. A mellékherelob lezajlott. Aug. 8—23-ig. Róna-féle becsöppentéssel arg. nitr. 1:100 alkalmaztatott a mellső húgyesőbe, ezenkívül VIII. Ultzmann argent. nitr. 1:100. A vizelet első fele finoman homályos, számos fonállal, a második tiszta, I. Ultzmann argentamin 1:1000. Aug. 25. Vizelet stat. idem, III. Ultzmann argentamin 1:500. Aug. 26. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben számos nagy fonál, IV. Ultzmann idem. Aug. 29. Vizelet mindkét fele kristálytiszta, az elsőben igen finom apró törmelékek, VII. Ultzmann argentamin 1:500.

Gonoc. vizsgálat. Aug. 22. Gonoc. nincs (fonál). Aug. 23. és 24. Gonoc. nincs (fonál). Aug. 25. és 26. Gonoc. nincs (fonál). Aug. 27. és 28. Gonoc. nincs (fonál).

Felvét. 1894. jul. 30. Elbocsát. 1894. aug. 29. Gyógyult. Összesen V. Róna-féle becsöppentés, VIII. Ultzmann arg. nitr. 1:100, a vizelet tiszta, gonoc. nincs. VII. Ultzmann argentamin 1:500, a vizelet tiszta, gonoc. nincs.

Mielőtt fenti adatokból a következtetést levonnám, legyen szabad még röviden megjegyezni, hogy melyik esetet tüntettem ki gyógyultnak. Mint már egyszer kifejtettem, csakis azon eseteket szabad (mint kankót) gyógyultaknak nyilvánítani, melyeknél hosszabb ideig (heteken át) gondos vizsgálat mellett a húgyesőváladékban gonococust nem vagyunk képesek találni, vagy még inkább azokat, a melyeknél a gyógykezelést egy ideig abbahagyva, valamilyen irritamentummal, pl. erős oldatokkal okozott gyenyedés után sem találunk gonococust. Az esetek túlnyomó számában ezeket bátran gyógyultnak nyilváníthatjuk. Ezen eljárást én a kórházban természetes okoknál fogva végig nem csinálhattam. Hiszen valamennyien ismerjük a kórházi viszonyokat. A beteg, mihelyt javulást tapasztal vagy gyógyultnak véli magát, a kórházból kitörekszik, tehát ezen külső okoknál fogva a fenti követelményeknek természetesen nem felelhettem meg, és az ily értelemben „gyógyult“ definitiót nem adhatom. Azonban legtöbb esetemben törekedtem a beteget addig visszatartani, míg a vizelet 1—1½ héti teljesen tiszta volt és a húgyesőváladékban gondos vizsgálat mellett 8—10 napig gonococcusokat nem voltam képes találni. És így azt hiszem, hogy ilyen értelemben is jogosult a betegnek gyógyultnak való kinyilvánítása.

És most áttérek az argentaminról szerzett tapasztalatok felsorolására:

1. Az *argentamin* az urethra posteriorban 1:1000—1:500, sőt 1:250 oldatban igen jól türetik, a betegek úgy az oldat beömlése alatt, mint ennek kibocsátása után a vizelés alkalmával egyáltalában semmi, vagy csak igen csekély égetést

éreznek. Az urethra anteriorban 1:1000 oldatban elég jól türetik, a legtöbb esetben azonban egy kis melegségi érzés támad a húgyesőben. 1:500 oldatban már kellemetlenebb, némelykor $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óráig tartó már erősebb égetést panaszkodtak a betegek. És így az *urethra posterior* számára 1:1000—1:250, és az *urethra anterior* számára 1:2000—1:1000 oldatok használatát ajánlhatom. Azonban itt is individualisálni kell, sok beteg könnyen hozzászokik a higabb oldatokhoz, különösen a kankós folyamat későbbi stadiumában az urethra anterior számára 1:500 oldatot a betegek igen jól türetik. Valamennyi és különösen a töményebb oldatok alkalmazása után a gyenyedés valamivel bővebb lesz, mely azonban 3—4 nap alatt feltűnően gyorsan apad, a mint ezt a vizeletek eseteimben eléggé demonstrálták. Azonban az adstringentiákat nem fogjuk teljesen nélkülözhetni, mert a nyákos kifolyást, mely sok esetben a gonococcus eltűnése után még fennáll, csakis ezek segítségével leszünk képesek megszüntetni.

2. Az argentamin határozottan gonococcus-ölő és pedig eseteimből következtetve már 1:1000 oldat mellett feltűnő gyorsan tűnnek el a gonococcusok a váladékból átlag úgy az Ultzmann-féle becsöppentés után, mint a kankó-fejeskendővel eszközölt befejeskendések után a 10—12. napon. Mellesleg megjegyzem, hogy az oldat eseteimben csak egyszer napjában alkalmaztatott. Határozottan gyorsabban befolyásolja a gonococust, mint az eddigi antigonorrhoikus szereink, mint azt pl. a 20. és 21. eset eléggé demonstrálja, a hol annyi ideig arg. nitr. alkalmaztatott és pedig 10—5-ször tömörebb oldatban. Jelenleg az argent. nitr.iummal hasonló kísérleteket teszek e két szer összehasonlítása céljából, és azt tapasztalom, hogy egyenlő tömörségű argent. nitr. és argentamin-oldatok hatásukra nézve nem egyeznek meg; az *argent. nitr. jóval megette áll az argentaminnek*, úgy hogy az argentamin 10—5-ször higabb oldatának ugyanazon hatása van, mint az argent. nitr. fordított tömörségű oldatának, eltekintve a kevésbé kellemetlen subjectív tünetektől, melyeket az egyenlő tömörségű argent. nitr.-nál tapasztaltam.

3. Az argentamin határozottan mélyebbre hat. Schaffer ezen állítást holt és élő szöveteken való kísérleteivel bebizonyította. Azonban a kezelésnél is ezt tapasztaljuk, a mint ezt a 20., 21. és 22-dik esetünk eléggé demonstrálja. A 20. esetben 54 Ultzmann (argent. nitr. 1:100) után a vizelet tiszta volt, gonococust nem találtunk, de már a II-dik Ultzmann (argentamin 1:1000) után a vizelet kezd homályos lenni, a III-dik után már teljesen homályos és gonococcusokat már találunk. Hasonló elváltozásokat találunk a 21-dik esetben. A 22-dik esetben az argent. nitr. után argentamin használatra a vizelet még tisztább lett, de gonococust végig nem találtam.

4. Az *argentamin* olcsóbb mint az argent. nitr. és a fenti koncentrációkban sem a kézen, sem a fehérneműben foltokat nem csinál.

Abban a tekintetben, vajjon képesek vagyunk a gonorrhoeát az infectio utáni első napokban coupírozni, tapasztalatom nincs, hiszen tudvalevő dolog, milyen ritkán találkozunk ilyen esetekkel. Ezekről azonban adandó alkalommal referálok.

Azon tekintetben pedig, hogy vajjon képesek vagyunk-e a fent használt oldatokkal olyan esetekben, melyek azon időszakban jelentkeznek, mielőtt még az urethritis posterior fellép, ennek fellépését megakadályozni, sajnos, szintén nincs elég tapasztalatom, ha csak 7. sz. esetemre, melyben még paraurethralis gonorrhoea is kifejlődött, és 2 esetemre a magángyakorlatomban hivatkozni mernék és ha 3 esetből következtetést levonni szabad, talán mégis sikerül ily esetekben az urethritis posticának kifejlődését a legtöbb esetben, ha elég korán juthatunk az anticéának kezeléséhez, megakadályozni, és ha ez beválnék, határozottan nagy haladást érünk el a gonorrhoea terapiájában, elejét véve azon complicatióknak, melyek sok esetben életre kiható befolyással bírnak.

Ezek után az *argentamin* érdemesnek látom arra, hogy vele a kísérletezést folytassuk.

Legyen szabad még e helyen t. főnökömnek Róna dr. m.-tanár úrnak mély köszönetemet kifejezni szives támogatásáért és azon jóakaratóért, melylyel a betegek kísérleteim számára rendelkezésemre bocsátotta.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VIII. rendes ülés 1895. márczius 23-dikán.)

Elnök: Löw Sámuel; jegyző: Temesváry Rezső.

Elnök bemutatja az orsz. magy. balneologiai társulat elnökségének átiratát, a melyben az orvosegyesület tagjait a f. é. márczius 31-dikén és folytatólag április 1-én és 2-dikán tartandó balneologiai congressusra meghívja.

A) Betegbemutatók.

A bal sinus cavernosus arterioso-venosus aneurysmájának esete.

Korányi Sándor. A beteg egy 6t 9 hó előtt bal halántékán ért erős trauma után elvesztette bal szemén látását, bal fülén hallását. Azóta szédül, fülzúgása van. Baloldalt visszahelyezhető, lüktető exophthalmus van jelen, a bal cornea és conjunctiva érzéstelensége, keratitis neuro-paralytica, a távolító ideg teljes hűdése, a szemmozgató ideg kisebb fokú paresise, a belső egyenes szemizom zsugorodása észlelhető. Hogy az exophthalmus pulsans oka nem szeműri, azt mutatják a további tünetek, a melyek oka csak a koponyaűri belül kereshető. A szem felett, úgy mint az egész koponya felett, legerősebben a bal halánték-táján folytonos, nagyfokú, systolikus erősödést mutató, fúvó zöreje hallható, a mely úgy mint az orbitalis lüktetés, a bal carotis lenyomásakor megszűnik. Bal oldalon bennül a háromszatú ideg, mozgató részében teljesen, érző részében jelentékeny fokban. Ezek a tünetek a sinus cavernosus pulzáló daganatára utalnak. Ilyen lehetne a carotis interna, vagy az arteria ophthalmica valódi aneurysmája, vagy a sinus cavernosus arteriovenosus aneurysmája. Csak az utóbbi felvétel alapján fejthető meg, hogy az eddigi tüneteken kívül a jobb szem szarú- és kötőhártyának érzéstelensége, a jobb távolító ideg hűdése is jelen vannak, továbbá az izézés csökkenése mind a két oldalon. Mindezen tünetek a jobb oldalon gyengébben vannak kifejezve. Magyarazatuk: a bal sinus cavernosusban a carotis megszakadt. Az ütérés vérhullám a sinus útján behajtatja a vena ophthalmicába (pulzáló exophthalmus), a circulus venosus útján a jobb sinus cavernosusba. A nagy nyomás a két sinus cavernosust, főleg a bal oldalt, kitágítja, a felsorolt agyideghűdések okozza. Külön magyarazatra szorul a bal oldalon észlelhető arcideghűdés és sükketség. Ez azt mutatja, hogy az elszenvedett ütés a sziklacsont töréséhez vezetett, a mely a belső hallóvezeték menve át, acusticus és facialis sérülést okozott, másrészt a carotis interna falát sértette. A beteg bal szemére teljesen vak, jobb látóidege a kezdődő atrophia jeleit mutatja, talán az icesont testének törése következtében, a mely mellett némileg a traumát követő nagy orrvérzés is szól.

Két érdekes terhességi eset.

Bäcker József. E 32 éves nő, a ki eddig még nem szült, m. é. október 28-dikán a terhességgel kapcsolatos reflectorikus zavarok, nevezetesen folytonos hányinger és az alhasban levő heves fájdalmak miatt vétette fel magát az egyetemi I. szülészeti és nőgyógyászati klinikára. A betegnél a has jobb felében a terhes méh mellett egy a medencefeür jobb felét kitöltő daganatot találtak. A daganat emberfejnyi, csontkemény, síma felületű, jobboldali, mellső és bal széle jól körülírható, de hátsó felülete összefügg a ligamentum spinoso- és tuberoso-sacrummal, a méhhez nem függ össze, de diszlokálja, úgy hogy a méhszájat a symphysis mögött alig lehet elérni. Minthogy ez az újképlet, mely valószínűleg rostos daganat, a szülést „per vias naturales“ lehetetlenné teszi, megvárják, míg a nőnél, a ki most a terhesség 35. hetében van, a szülő-fájdalmak jelentkeznek, és akkor sectio caesareát fognak nála végezni.

A II. eset egy 22 éves nőt illet, a ki csak 112 cm. magas és jelenleg a terhesség 35. hetében van. A törpe nő, a kinek szülei egészségesek és a kinek 14 testvére közül 5 él és egészséges, de a leírás szerint rhachitist szenvedett át, a rhachitist minden tünetét mutatja; a nőnél lordosis van jelen, főleg a háti csigolyákon, a legmélyebb pont a 7. csigolyánál van, a kiegyenlítő kyphosis a lumbo-sacralis tájon van. A conjugata diagonalis hossza 9 cm., a conjugata vera-é 7 cm., de mivel ez esetben jelentékeny harántszűkület is van jelen, absolut indicatio forog fenn a sectio caesarea végzésére, melyet a szülőfájdalmak jelentkezésekor végre fognak hajtani.

A hystero-epilepsia egy esete.

Scheiber S. H. A 21 éves nőbeteg mult hó 26-dikán este hirtelen erős szúrás érzett fejében, látása elsötétült és eszméletlen lett. Az eszméletlen állapot 1 óráig tartott, mi alatt rémképek gyötörték. Az eszméletlen állapotot teljes amnesia követte, még 1/2 óráig zavarodott volt, s azután magához térvén, elaludt. Éjjel nyugtalanul aludt, rémes álmaitól sokszor feljött.

A következő napokon (február 27., 28., márczius 1., 2.) ismétlődött a roham, mindig este és mindig ugyanolyan lefolyással. Márczius 3-dikán bemutató megvizsgálván a beteget, egyes partialis anaesthetikus helyeken kívül a jobb kezén és homlokán, nem talált semmi kóros tünetet. *Vidor* dr. szemtikri vizsgálat a láttérszűkületet és színérzéklet illetőleg negativ eredményt mutatott, csak a bal szaruhártyán talált leheletszerű homályt.

Bemutató az epilepsia, petit mal, az epileptikus aequivalens és végre a migraena ophthalmica kizárásával *hystero-epilepsia* diagnoszt állapította meg.

A therapia a fej galvanizálásában, chinin és brom adagolásában áll; a beteg állapota erre javult.

B) Napirend.

Eszmecsere Marschalkó Tamás előadása felett. (Folytatás.)

(Az eszmecsere befogadása után együtt fogjuk közölni.)

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató szakülés 1895. márczius 20-dikán.)

Elnök: Koller Gyula; jegyző: Mohr Mihály.

Aneurysma aortae érdekes esete.

Ángyán Béla. E 38 éves férfinél insufficientia valvularum semilunarium aortae mellett aneurysma aortae constatálható. A beteg bal szíve excentrikus hypertrophiát mutat, a szívesücsülökés a VI. és VII. borda között, a bimbóvonalon kívül tapintható, emelő. A szívtompulat a IV. bordától a VI. bordáig, és a szívesücsülökés helyétől jobb felé a bal szegyszélre terjed. A szív és nagy edények felett systolikus és diastolikus zöreje hallható, melyeknek punctum maximuma az aorta felett van. A betegnél a carotisok, subclaviák, brachialisok erősen lüktetnek, a radialis pulsusa peczelő. A szegycsont felett kopogtatva, a II. borda felső szélé-től a III. borda alsó széléig terjedő tompulatot találunk, mely jobb felé a jobb szegyszélre valamivel meghaladja, bal felé pedig a bal szegyszélre ér. E tompulat felett gyenge lüktetés érezhető, jól érezhető e lüktetés a jobb szegyszél mentén a II. és III. borda között. A baloldali carotis, brachialis és radialis kisebb ütérhullámokat mutat, mint a jobboldali. A fossa jugularisban mély betapintásnál az aorta-ív lüktetése érezhető. A beteg arról panaszkodik, hogy időnként rohamszerűleg fájdalmak lépnek fel szegycsontja felső részén, a melyek a bal mellkasfalra áthúzódnak. E fájdalmak főként hevesebb testmozgás után lépik meg, de néha nyugodt fekvés mellett álmából is felébrednek. A felsorolt tünetek a kórismét könnyűvé teszik, és a beteget csak azért mutatja be, mert nála egy ritka tünetet észlelt, melyet ezenkívül még csak egy betegnél látott, és melyet az irodalomban eddig még nem írtak le.

A tünetnél ugyanis a felvételt követő első időben nyitott száj mellett a szájnnyílás előtt egy a szív systolejével egybeeső zörejt lehetett jól hallani, a mióta a beteg mellkasára jeges borogatásokat alkalmaznak, e tünet elmaradt. Hasonló tünetet több év előtt egy 18 éves gymnasiumi tanulóval látott bemutató; a fiatal ember — ki maga tette erre figyelmessé házi orvosát és bemutatót — mellkasának physikális vizsgálata egyébként semmiféle rendellenességet nem derített ki, de a következő évben — bemutató értesülése szerint — Schweizban belső elvérzés folytán hirtelen halállal mult ki. Azóta minden aneurysma-esetben megpróbálta bemutató a száj előtti hallgatódzást, de csupán ezen betegnél hallott a száj előtt ily zörejt.

E tünetet bemutató úgy értelmezi, hogy az aneurysma fejlődésének bizonyos szakában a légesőre vagy a főbronchusra reá fekszik, a nélkül, hogy összenyomná, mert szűkültre valló zöreje nincs jelen e tünet mellett, és az aortában keletkező systolikus zöreje ekkor a légeső, illetőleg a főbronchus falán át a légesőben, illetőleg a főbronchusban lévő levegőre vezetettik át és azután bizonyos körülmények között a száj előtt hallható.

Bemutató felhívja a tagtársak figyelmét e tünetre, mint az aorta-aneurysmának némelykor észlelhető egyik jelére.

Teljes méhkiirtás gyógyult esete.

Elischer Gyula. A multkor leírt egyszerűsített módszere szerint operált beteg, kit akkor lázas állapota miatt nem mutathatott be, már gyógyultan távozott bemutató osztályáról. A láz oka nem pelveoperitonitis, hanem a csontok körüli genyedés volt.

E 43 éves nőnél, a ki kétszer szült, márczius 1-én hasonló műtétet végeztet. Daczára annak, hogy beteg bajának keletkezését nem sokkal rövidebb időre viszi vissza, mint a multkori beteg, és állítólag csak a mult ősszel észlelt először húslészerű kifolyást és erősebb vérvesztést, a portio vaginalist egy gyermektenyérynnyi mekkoraságú, a vagina ürét egészen kitöltő, szélein szétesett és közepén erősen burjánzó czafatokkal ellátott széles caneroiddá elváltozva találta.

Ez esetben — főleg mert a beteget az erős kifolyás igen gyötörte — a czafatokat ollóval távolította el bemutató s a felületet az operatio előtt leégette.

A műtétet a már ismertetett módon végezte; a hólyagnak leválasztása a nagyon törékeny cervixről nagy elővigyázatot igényelt és a méh fundusának előregördítése után úgy a petefészkeket, mint a tömlőkké átváltozott méhkiirtókat az álhártyákból előbb ki kellett izelnie. Az ovariumok közül a baloldali erősen zsugorodott, a jobboldali normalis volt.

A kórlefolyás igen kedvező volt: az egész sebfelület tiszta, szépen sarjadzó s nem érzékeny.

Hasonló ehhez a f. hó 18-dikán operált eset, melynél előzőleg diagnostikai czélból távolított el bemutató a kóros felületből néhány czafatot.

A 38 éves, magtalan beteg 6 év óta szenved fehérfolyásban, mely az utolsó hónapokban véres, sárgás színt öltött. A beteg leginkább méhtáji fájdalomról panaszkodott és e miatt kereste fel bemutató osztályát.

Az operatio alkalmával a hólyag leválasztása könnyen sikerült, de a petefészkeket és a tubákat a Douglas-ürben lévő, erős és szívós

álhártyákból kellett kiszabadítani. A fájdalmakat tehát ez esetben a Douglas-úrben lefolyt perimetritis okozta, mely a méh hátsó felületén az álhártyák degenerációjára vezetett.

A körlefolyás eddig kedvezőnek mutatkozik: a legnagyobb hőmérsék a műtét óta eddig 38-10 C. volt; a közérzet jó, a vizeletet a beteg spontán üríti.

A prognosira nézve ezen esetek elég jó kilátást nyújtanak, mind-egyik esetben az újképlet a hátsó méhajtóból eredt, az orificium internum uterinum alatt maradt. E kedvező prognosira bemutót egy e napokban megvizsgált, 5 évvel ezelőtt operált betege jogosítja, a kinél eddig recidivának semmi nyoma sincs.

Ektopia testis ritka esete.

Farkas László. A 21 éves férfi heréje nem a különben jól kifejezett scrotumban, hanem egy, a scrotum és a czomb közt fekvő tasakban foglal helyet, tehát ektopia scroto-femoralis dextra van jelen. Tíz éves korában lépett fel ez egyénnél a jobb inguinalis tájon a descensus, és fokról fokra fejlődött ki a tasak. A beteg kísérletei, hogy heréjét a scrotumba visszavigye, megghiúsultak. Miután elhelyeztetésénél fogva a scrotum nem alkalmazható, és az egyénnek neuralgiája sincs, műtéti beavatkozás tárgyát az eset nem képezheti; a here különben is atrophikus, galambtojásnyi.

Adat a hydrokele műtétéhez.

Farkas László. A hydrokele radikális gyógyításának legelterjedtebb módja a punctio és az azt követő jodoldat-befecskendezéséből áll. Azonban nem ritkán recidiva követi ezt az eljárást. Felemlíti egy esetét, melynél két ízben punctiót és harmadszor a Bergmann által ajánlatba hozott bemetszési módot alkalmazta, és még ezután is recidiva állván be, egy külön általa konstruált alageső-stiletjével drainirozta a hydrokelet hat napon át, mindennap felváltva 3% carbolt és abszolút alkoholt fecskendezve keresztül. Az alageső végei külön e célra készített drainkifeszítő lemezekre rögzítettek.

A legtöbb recidiva-esetnél, vagy a hol a tunica vaginalis megvastagodott és here-elfajulás esete forog fenn, vagy szövődényes sérv van jelen és tartani lehet attól, hogy az izgató folyadék befecskendezésével a vékony közfal a sérv és hydrokele közt elroncsolatik, a bemetszés nélkülözhetetlen.

Bemutató röviden megemlékezik a Volkman, Juliat és Bergmann-féle műtéti modorokról, melyek mind hosszabb időt igényelnek.

Bemutató néhány utolsó esetében egy igen egyszerű és gyorsan végezhető műtéti eljárást követett, mely lényegében kis bemetszésből, a tunica vaginalis kiszegéséből és izgató folyadék befecskendezéséből — obliteratio előidézésé céljából — áll.

Ily módon operált 3 beteget mutat be.

Az I. eset egy 48 éves egyén, kinek mindkét oldali lágyéksérve van, melyeket sérvköttővel reponálva tartott. Egy év előtt vette észre először bal-, majd jobboldali vízserve fejlődését. A múlt év november 20-dikán kereste fel bemutató osztályát, 29-dikén operálta meg a fent leírt módon; 14 nap múlva gyógyultan távozott. Jelenleg jobboldali kisebb vízserve van, melyet hasonló módon fog megoperálni.

A II. eset egy 43 éves betegre vonatkozik, ki papulosus syphiliticus vétette fel magát; baloldali sarcocoele syphilitica következtében fellépett hydrokele-je volt. November 17-dikén szérsapolásra 300 gramm tiszta savó ürült ki, a troicar 4 napig benmaradt. A savó újból felgyülemése december 29-dikén újabb műtétet tett szükségessé, melyet bemutató most ismertetett eljárása szerint december 29-dikén végeztet. Ez idő szerint a hydrokelének nyoma sincs; a bal here valamivel nagyobb a rendesnél.

A III. eset egy 30 éves egyént illet, kinek mindkét oldali hydrokeleje volt; két hónappal ezelőtt mellékherelobot szenvedett. Csak a jobboldali hydrokelet operálta bemutató, mert a bal oldalon a here daganata és érzékenysége mellett a mérsékelt savgyülemnek csak alárendelt jelentősége van. 20 nappal a műtét után a jobb oldal teljesen normalis, a baloldali hydrokele duzzadt és kissé érzékeny. A beteget saját kérelmére márczius 6-dikán a kórházból kiboerítették.

Bemutató végül megemlíti, hogy az eljárás egyszerűsége és gyorsasága biztosíthatja annak a magánygyógyításba átvitelét, és inkább sebészi jellegű mint a Neumann-féle, ki a canule-t visszahagyja, vagy a Buschke-féle, ki jodoform-esikot vezet át, vagy a Herbing-féle, ki a ranulánál alkalmazott kettős fonal áthuzását hozta ajánlatba.

Recidiva ellen valószínűleg ezen eljárás sem biztosít, ép oly kevésbé mint a Bergmann-féle radikális eljárás.

Az átlagos gyógyulási tartam bemutató eljárása mellett 15 nap.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat alapvonalai orvostanhallgatók és gyakorló orvosok számára. Irta Tauszk Ferencz dr., I. belklinikai tanársegéd. Dobrowsky és Franke kiadása. 1895. Ára 2 frt 25 kr.

8 főfejezetben 274 oldalon tárgyalja a belgyógyászat körébe tartozó kóralakokat. Az első főfejezet a fertőző bántalmakról szól s kezdődik a hasi hagymázzal; mindenütt kellően méltatja a fertőző bántalmak kóroktana körül a legutolsó időig felmerült vív-

mányokat, nem említve feleslegest, csupán azt, a mi bebizonyított-nak tekinthető vagy a bizonyossal határos valószínűséggel állítható. A szöveg közé iktatott láztáblák igen hasznosan egészítik ki a kóralakok praecis leírását. Ezen fejezetben találjuk az állatok-ról emberre átszármazó fertőző betegségeket is a veszetztség kivételével, továbbá itt írja le szerző a venerikus bántalmakat is. Kimaradt azonban ezen fejezetből a sokizületi csúz, mely a mozgató szervek betegségei közt foglal helyet, bizonyára helyesebb lett volna a fertőző betegségek közt leírni. A második főfejezet a vérkeringési szervek betegségeit foglalja magában, a billentyű-elégtelenségek és szájadék-szűkületek tüneteit csoportosítva írja le a szerző, a compensatio és incompensatio szakában követendő gyógyítás rovatában röviden felsorolja a használatos gyógyító eljárásokat és gyógyszereket, főleg a húgyhajtó szereket, szó van ezen fejezetben egyebek közt az idiopathikus szívtágulások és szívtúltengésekről Fräntzel nyomán, kellően van méltatva az endoarteriitis chron. def. s az aneurysmák fejezete. A harmadik főfejezet a légzési szervek betegségeit tárgyalja, kezdve az orr- és gégebajok leírásán. Viszonylag terjedelmesebb alfejezetei a croupos tüdőlob és a tüdőgümőkorról szólók, utóbbi bántalomnál a gyógyítás körül követendő elvek tömören, de világosan vannak körvonalozva és előírva, nemkülönben a prophylactikus tudnivalók is, a klimatikus gyógyító intézetek kiválóbbjait helyénvaló lett volna megnevezni s a creosot napi adagát magasabbra venni. A mellhártyalobról szóló alfejezetben nélkülözzük a próbapunctio útján nyert izzadmány bakteriologikus vizsgálásának hangsúlyozását, ennek eredménye gyógyítási eljárásunkra irányadó kell hogy legyen. A mediastinalis daganatokkal szerző mostohán bánt el, kissé bővebben kellett volna azokat tárgyalnia, főleg hogy az aorta aneurysmák és az elülső mediastinumban ülő tályogtól való megkülönböztető kórisme szembeszökőbb nyomokat hagyjon, ugyan-ezen alfejezetben nem találtam felemlítve a mediastinalis daganatokat oly gyakran kísérő véres mellhártya-izzadmányt. A negyedik fejezet a leghosszabb, az emésztési szervek betegségeiről szól, felsorolva találja itt az olvasó kellő helyen azon elveket és eljárásokat, melyek a gyomor- és bélbajok diagnostikája és gyógyítása körül az utolsó idők vívmányaiból folynak. Az ötödik főfejezet a húgyszervek betegségeit tárgyalja s kezdődik a vesebajok kórtana és tünettanának általános ismertetésével (albuminuria, cylindruria, hydrops, uraemia, a vérkeringési szervek elváltozásai), ezután következnek a veselobok különböző alakjai. A hatodik fejezet a mellékvesék megbetegedésétől feltételezett Addison-kórral foglalkozik. A mozgató szervek betegségei képezik a hetedik fejezetet, a heveny és idült sokizületi csúzt itt írja le a szerző. A nyolcadik főfejezet a vér- és anyagforgalom betegségeit foglalja magában, a többi ide tartozó kóralakok mellett behatóbban tárgyalja a diabetes mellitust, leukaemiát és chlorosist. Tárgymutató fejezi be a munkát.

Az orvosi tanítás fontos segédeszközét képezik az orvoshallgatók igényeinek mindenben megfelelő tankönyvek. Tauszk dr., a ki mint a „Gyógyászat kézikönyve“ és a „Klinikai diagnostika“ szerkesztője hálára kötelezte le az orvoshallgatókat és a gyakorló orvosokat, most legutóbb mint szerző kívánt javukra lenni, újabb bizonyosságát adva annak, hogy helyes érzékkel bír orvosi irodalmunk hiányai iránt, mert valóban nincs oly munka belgyógyászati irodalmunkban, a mely compendium alakjában tárgyalná a nagy szakmának fejezeteit. „A belgyógyászat alapvonalai“ ezen hiányon akar segíteni s előszavában kijelenti — mit készséggel elismer mindenki —, hogy az ily rövid munkának megvan a jogosultsága a legkitünőbb kézikönyvek mellett is, melyeket épen terjedelmes voltak miatt az, a ki gyors tájékozódást, áttekintést és összefüggést keres, nem mindenkor vehet igénybe. A könyvecske nagy hasznára lesz a kezdő orvosoknak, főleg az orvoshallgatóknak, mert úgyszólván dióhéjban hű tükrét adja a belgyógyászat mai állásának a kóroktan, kórbonecztan, tünettan és a gyógyítás terén. Az egyes kóralakok röviden, tömören, de világosan vannak leírva, a rövid keret, melyben a szerző mozog, sehol sem megy túlságba s nem zavarja a megérthetést. Kis zsebkönyv alakjában tartalmazza ezen munka az egyes kóralakok felől nélkülözhetetlen tudnivalókat, minden feleslegest gondosan kerül, hogy ne növelje szükségtelenül a könyv terjedelmét. Kiemelendőnek tartom, hogy a gyógyítás rovatában mindenütt ki van

tüntetve a használatos gyógyszerek egyszeri és napi adaga. Kitűzött célját így elérte, mert kiválóan alkalmas arra, hogy az orvoshallgató és a gyakorló orvos figyelmét az egyes kóralakok iránt folyton ébren tartsa; az orvoshallgató, a ki a klinikai előadások, beteglátogatások stb. alkalmával nagy részletességgel hallja az egyes betegségek kórrajzát, gyógyítását, nélkülözhetetlen repetitoriumnak fogja tekinteni ezen könyvecskét, mely vázát, gerinczét fogja képezni e téren ismereteinek s a hallottakat tömören összefoglalva, friss emlékezetébe hozza. Helyesen jegyzi meg szerző előszavában, hogy könyvének létjogot csak nagyobb munkák mellett tulajdonít, midőn valaki e szakmából az ismételésre szorul vagy a gyors tájékoztatást keresi, a mivel azt akarja mondani, hogy egymaga ezen compendium olvasása nem elégítheti ki az ismereteit bővíteni kívánó orvoshallgatót. A már meglévő magyar belgyógyászati munkáknak minden esetre használható kiegészítője lesz, úgy tartalma mint írásmódja kiválóan képesítik erre, hozzájárul, hogy az ára nem magas, miért is azoknak, a kik számára írva van, a legmelegebben ajánlható.

Terray.

II. Lapszemle.

Sebészet.

Glycerinnel töltött sérvkötő-pelotta használatáról ír Landcrer, a melyet már négy év óta használ. A kaucuk-pelották alakja a használtaktól nem tér el; előnyük, hogy nyomásuk egyenletes, puha és erős, nem keményednek meg és minthogy 1½ évig is használhatók, eléggé tartósak is. Nyomásuk olyan, hogy nem sorvasztják a sérvkapu táján levő szöveteket. Néhány egyének diónyi sérvét, a kik már pedig 30 évnél idősebbek voltak, 1—1½ évi ilyen pelottával ellátott sérvkötő viselésével meggyógyította. Nagyobb sérvekre alkalmas ily sérvkötőket is szerkesztett, sőt azokat köldöksérvék, mozgó vesék visszatartására is sikerrel alkalmazta. (Centralblatt f. Chir. 1894. 41. sz.)

Isméltető vállficzamodások új műteti módját ismerteti Ricard, a melyet két egyéneken sikerrel végzett. Azon feltevésből kiindulva, hogy az isméltető vállficzamodásoknál rés marad vissza az elszakadt tokszalagon, a melyen a felkar feje kibukhat, azt a részt műtétjével elzárandónak vélte. Azonban a midőn a lágyrészek átmetszése után a tokszalagon a feltételezett részt nem találta meg, hanem hogy az csupán kitágult és petyhüdt volt, a tokszalagot három egymástól 2 cm.-nyire álló selyemvarrattal dohányszakó módjára szűkítette s a seb elzárása után immobilizálta a felkart. 11-dik napon megváltoztatta a kötést, s a varratokat a bőrből a 31-dik napon szedte ki. A 37-dik napon mitellába tette a kart s megkezdte a sorvadat izmú kar villamozását és masszálását. Hetedik héten a beteg karját már használta s 1½ év óta a bajnak meggyógyulása nem mutatkozik. A másik egyéneken 1 év előtt végezte ugyanazt a műtétet s hasonlóképen eredménnyel. (Centralblatt f. Chir. 1894. 41. sz.)

Ch. dr.

Gyermekgyógyászat.

Gonorrhoea egy csecsemő szájüregében. Kissé gyengén fejlett leánycsecsemő, kinek anyja terhessége utolsó havában mérsékelt fluorban szenvedett, 7-dik életnapján a blenorrhoea acuta tüneteit viselte jobb, majd bal szemén. Az erre következő éjjelen a felső ajak belfelületének közepén borsónyi, sárgás, kissé lobos környezetű pustula támadt, melyből nyomásra egynéhány csepp sárgás savós folyadék ürült, nagy mennyiségű gonococust tartalmazva; 9 napi igen szorgos sublimat-tamponálás 1:7000 után a szájüri kankós folyamat teljesen meggyógyult. Leyden felveszi, hogy a fertőző anyagot a csecsemő sajátkezüleg vitte szeméből a száj ürébe. Hasonló esetet 1891-ben Rosinski közölt már. (Centralblatt für Gynaek. Nr. 8. 1894.)

B. E. dr.

Klinikai megfigyelések gyomorbeteg gyermekeken a csecsemőkorbán. Czerny és Moser igen szép közleményéből, mely a csecsemők gyomor- és bélbajainak kórokat, tünettanát és kórisméjét számos érdekes eset kapcsán terjedelmesen tárgyalja, rövid keretben a következőket közlöm. A csecsemők gyomor- és bélbajait két főcsoportra osztja. E csoportok egyikénél kizárólag a gyomor-bélsatorna a beteg, míg a szervezet minden más organuma teljesen zavartalanul működve ép. Ezen csoportot Czerny a dyspepsia

névvel ruhazza fel, acut és chronikus alakokat különböztetve meg. Tünetei: anorexia, hányás, székrekedés vagy hasmenés, meteorismus, szájpenész, súlybani csökkenés, arczszínelváltozás, vizeletben fehérye vagy más kóros alkatrész nem található. A második főcsoportnál a gyomorbeltractuson kívül a szervezet egy vagy több organuma is részese a betegségnek, pl. a tüdő, vese stb., e csoportot gastroenteritis acuta és chronicának kereszteli el; kiküszöbölve a zavart okozó cholera infantum, paedatrophia, athrepsia, marasmus infantum terminus technicusokat. E csoport tünetei igen súlyosak: a test súlya vehemensen csökken, a száj nyákhártyája erősen lobos, szájpenész néha a mucosáig, hányás, hasmenés, meteorismus, vérzések a gyomorban, bélvérzések; a vizeletben bőven fehérye, hyalin- és szemcsés hengerek, hámsejtek. A bélsatornában képződött toxinok felszívódva erythemát, a bőr sajátos szürkés elszíneződését, néha igen súlyos anaemiát, vérzéseket a köldök, conjunctiva, száj, vaginából, hőemelkedést vagy süllyedést okozva. A toxinok megtámadva az idegrendszert, depressiót, excitatiót, hyperaesthesiát, reszketést, tonikus görcsöket, súlyos esetekben látászűkülést, abnormis szemgolyó-állást hoznak létre. Letalis kimenetekben a szervek a zavaros duzzadás képét adják. Vannak egyéb más tünetek, melyek nem a toxinok, hanem a bélsatorna nyirkedényei útján a vérbe jutott bacteriumok káros hatásának tulajdonítandók. A vesékben infiltratumok, húgyesatornácskák, glomerulusok destructiója és mikroorganizmus-tömegek találhatóak, melyek thrombust képezve, a húgyesatornácskák lumenét teljesen kitölthetik. A tüdőben hasonlóképp mikroorganizmusok által képzett infiltratumok képződnek; tekintetbe véve a tüdők bő hajszáledényrendszerét, miután pedig a bacteriumok útja a nyirkedényeken át a vér, igen érthető a gastroenteritisnél a tüdőlobok nagy száma. A vérből vett bacteriologikus vizsgálat érdekes eredményt ad. 30 egészséges gyermekből vett 60 vérpróba sterilnek mutatkozott, egynél fertőzés sarcina és egy nem pathogen cococcus. 11 dyspepsiás gyermek vére valamennyi tápanyagokon hasonlólag sterilnek mutatkozott, egyszeri fertőzés itt is sarcina luteával. Gastroenteritis 15 esete 12 esetben positiv eredményt adott; a tápanyagokon staphylococcus, streptococcus, bacterium coli commune, bacillus pyocyaneus, bacillus laetis aërogenesre jellemző culturák fejlődtek. A gastroenteritis tehát a csecsemőkorbán, mint azt Epstein különben is jelezte volt, infectiosus betegség, hol az általános fertőzés a bélsatornából indul ki. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, XXXVIII. kötet 4. füzet.)

B. E. dr.

Suggestio a gyermekek egyes betegségeinél. Berillon a Lyonban tartott első francia belgyógyász-congressuson a suggestio alkalmazásáról tett említést mindazon gyermekkori betegségeknél, melyek psychikus és functionalis zavarokkal járnak; így sikeresen alkalmazta chorea, tic convulsif, hysteria, onania, pavor nocturnus, görcsös rohamok és megszokott körömrágásnál. Megjegyzi, hogy a hypnosis csak akkor kísérleendő meg midőn egyrészt az orvos betegét már jól ismeri, másrészt az állapot olyan, mely ezen beavatkozást méltán megkívánja.

B. E. dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Fagyott kezek orvoslására** Besnier és Brocq mosogatósokat ajánlanak diófalevél-forrázzal, továbbá bedörzsöléseket kámforspirittussal és behintést bismuthum salicylicummal (10 rész 90 rész keményítő porra). Az esteli viszketés ellen a következő folyadékkal bedörzsölést használnak: Rp. Glycerini, Aquae rosarum aa 50'0; Tannini 10'0. Utána behintés az említett bismuth-porral. Fekélyes helyek forró vízben felpuhított diófalevelekkel fedendők be. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1895. 8. sz.)

2. **Enuresis nocturna** ellen Holladay a phenacetin használatát találta eredményesnek; lefekvéskor vétet be 30 centigrammot. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1895. 8. sz.)

3. **Idült higanymérgezés gyógyítása hyoscyaminnal.** Higanymunkások reszketése ellen Cuffer jó eredménnyel használta a hyoscyamin nagy adagait. Bruger újabban azt mondja, hogy nagy adagokra nincs is szükség, elegendő naponként 3—6 milligrammot adni 1 milligramos adagokban az étkezések között. A kezelés átlag 40 napig tart; a hyoscyamin mellett ezélszerű még tejdiatát használni és főleg egyidejűleg jelenlevő arteriosclerosis esetében jódkálit is rendelni. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1895. 9. sz.)

TÁR C Z A.

Högyes Endre elnöki megnyitója a magyar orvosi könyvkiadó társulat ez évi közgyűlésén.

T. közgyűlés! A magyar orvosi könyvkiadó társulat ez ülésével zárja le működésének hatodik cyclusából az első évet. Miután ez alkalommal először van szerencsém az ülést mint a társulat megválasztott elnöke vezetni, engedje meg a t. közgyűlés, hogy köszönetemet nyilváníthassam e helyről újlag is azon bizalomért, a melyet irántam valóban kitüntetően nyilvánított akkor, midőn e szíves elnöki széken elődeim Balassa, Rupp és Markusovszky utódjaul megválasztott.

Ne vegyék tőlem erőmben való túlságos elbizakodottságnak avagy szerénytelenségnek azt, hogy e megválasztást elfogadtam. Jól tudom azt, hogy e kitüntetés más, a társulat érdekében nálam régebben közreműködő tisztelt tagtársakat inkább megilletett volna; ezt én eleitől fogva úgyis fogtam fel és úgy fogom fel ma is, mint társöröklést közvetlen elődöm egy másik nagy alkotásához, az „Orvosi Hetilap“-hoz, melynek vezetését az események folyása az én kezeim közé juttatta; a mely alkotásnak, Markusovszky Lajos e második nagy alkotása — egyesületünk — született édestestvére; a melyet amaz mint idősebb testvér kiesi korától kezdve folytonosan dédelgetett, növekedésében szakadatlanul támogatott és most, hogy már kifejlett és munkaképességének teljességében van, örömmel szemlél és a magyar orvosi irodalom szilárd alapokra fektetése és megalkotása végett, egymást kiegészítő testvéries munkában, szíves örömet s teljes erővel vele közreműködik.

Ide s tova 35 éve már, midőn 1860. közepén a budapesti egyetem 141 orvostan- és sebészhallgatója nyílt levelet intézett az Orvosi Hetilap szerkesztőjéhez, a melyben panaszos hangon vannak jellemezve az akkori hazai orvosi irodalmi állapotok. „Nekünk — írja a levél — mind e mai napig idegen istenek oltárait kell bálványoznunk, hogy saját istenünk imádságára juthassunk. Igen, magyar orvosnövendékeknek idegen forrásokból kell merítenünk az éltető nedvet, idegen aknákból kell bányásznunk a kincset, a szellemi táplálékot, melynek pedig, ha magasztos hivatásunknak jövőben megfelelni akarunk, minél inkább vértünké kell válnia.

Orvostankönyveink nincsenek! Ezen két szóban van ki-mondva keservesen érzett nélkülözéseink legsűrűsége. Ez azon hiány, melynek mihamarábbi betöltését legforróbban óhajtanók. A levél azután felkéri az Orvosi Hetilap szerkesztőjét, hogy találja meg módját annak, miszerint *orvosi magyar könyvek kiadása indíthatná meg*, az aláírók egyenként és összesen felajánlván tehetségük szerinti anyagi hozzájárulásukat akár adakozások, akár részvények alakjában e sorsukat határozó kérdés életbeléptetésére és azon reményülnek adván kifejezést, hogy az ország orvosi közönsége szintén gyámolítani fogja az oly égetően szükséges vállalat megindítását, „melyből, adja Isten! — folytatja a levél — hogy egykor a magyar orvosi irodalom terebélyes fáiban gazdag erdeje fejlődjék ki“.

Az Orvosi Hetilap szerkesztője lelkesen fogadta a felhívást. Kifejtette, hogy „orvosi könyvekre, magyar tudományforrásokra, tan- és tanulmányi eszközökre szükségünk van, nemcsak azért, hogy magunkat társadalmi hivatásunk betöltésére illően kiképezhessük, hanem azért is, mert jelentéktelen esatlósai a világ civilizációjának, s parasiták a tudomány fáján lenni nem akarunk, hanem saját munkánk után élni és a szerint becsültetni is kívánunk.“ Elmondotta nézeteit, miként lehetne a magyar orvosi könyvek hiányán segíteni; felhozta az angol orvosok példáját, a kik a „*New Sydenham Society*“ czím alatt egyesülve aránylag olesó évi tagdíjak befizetése mellett külföldi jeles munkák angolra fordítása folytán már akkor is mikor ő azt 1858-ban Londonban látta, egész könyvtár birtokába jutottak, és ajánlatba hozta, hogy e társaság módjára alakuljon egy magyar orvosi könyvkiadó társulat, mely jeles külföldi munkákat magyarra fordíttasson és arra érdemes magyar eredeti munkákat is kiadjon. „A tudomány — mint

végzi lelkesítő szavait — nem egy nap s nem is egy év alatt nyíló virág, hanem hosszas kitaró szorgalommal ápolt fának lassan érő gyümölése; ezen fa földét el kell készítenünk, magvát el kell hintenünk, hogy idővel terebélyes ágai árnyékában virágainak örvendhessünk és gyümöléseit élvezhessük.“

Ez a fa, a magyar önálló tudományos irodalom fája, t. közgyűlés, ma már 35 hosszú év után mondhatjuk, hogy csakugyan megnőtt. Terebélyes ágai árnyékában virágait és gyümöléseit bőségesen élvezheti a mai ifjú generatio.

Talán szerénytelenség nélkül elmondhatjuk, hogy a terebélyes ágak törzsökei mi valánk és talán azt is, hogy még mindig mi vagyunk. Fennállásunk 5 cyclusának harmincz éves folyamán 70 szerző 74 különböző kisebb-nagyobb szabású munkájának magyar nyelven megjelenését tettük lehetővé. Képviselve van e munkák között orvosi tudományunknak csaknem minden ága, az angol, francia, német irodalomból átültetve. Büszkeséggel említhetjük, hogy ezek között nem kevesebb mint 27 magyar szerző önálló munkáját is számláljuk. E 30 év folyamán tehát egy kis írósereget, hozzá egy még mindig nem nagy, de állandó olvasó közönséget teremtettünk. Munkálkodásunk példaadásul szolgált és utánzásra talált hazai irodalmunk más ágaiban is. Mindezeket kívül körülöttünk kívülünk különösen a legutóbbi időkben egész kis orvosi könyvirodalom fejtett. Mainap már tanuló ifjúságunknak nincs feljajdulni valója azon, hogy orvosi könyveink nincsenek, hiszen csak az elmúlt év folyamán a szakközlönyökön kívül nem kevesebb mint 30 különböző magyar orvosi füzet és könyv látott napvilágot; a mi örvendetes jele annak, hogy egyes orvosi szakmából megjelenő compendiumok és tankönyvek kiadására a mi segélyünk nélkül is akad már kiadó; és így kiadványaink megválasztása körül ezentúl jelszavul vehetjük azt, hogy *paulo majora canamus!*

A jelen hatodik cyclus első éve már ezen jelszó alatt indult meg. Nagy magyar Belgyógyászati kézikönyvünkben első nagyobb szabású kísérlet fekszik előttünk arra, hogy magyar írók összeállva egybegyűjtsék és a világirodalom orvosi felfogásával egybeolvastva, alakba öntsék mindazon magyar észleletek és tapasztalatok eredményeit, a melyek alig 30—40 éves fiatal orvosi litteraturánkban, szakközlönyeinkben vagy elszórt brosrökben a belső bajok betegségeire vonatkozólag megjelentek. Bizonyára követni fogja ezt egy hasonló vállalkozás a sebézet, szemészet, szülészet köréből, melyekre detail hazai irodalmunkban szintén van már meglehetősen alap. Így lassanként kidomborodik kellő alakjában az igazi „Magyar Medicina“ megtestesülő eszményképe, melyet a negyvenes évek végének egyes rajongói tisztán a hazai szűzföldből, külföldi orvosi ismeretek s ennek tekintetbe vétele nélkül akartak felépíteni, de a mely egyébben nem állhat mint abban, hogy a mindig internationalisnak maradó orvosi ismeretek és eszmék fejlesztésében magyar orvosbúváraink, észlelőink, gondolkozóink is önállóan és intenzíven részt vesznek és munkáiknak eredményét, eszméiket, gondolataikat magyar nyelven jól megúják és közzé adják.

Hogy erről ma már beszélhetünk, abban is nagy része van annak a szellemnek, mely az Orvosi Hetilap szerkesztőjének az ifjúsághoz és a magyar orvosi közönséghez az ifjúság nyílt levelére intézett és fent idézett válaszában nyilatkozik, és annak a kéznek, melynek írásában az a szellem nyilatkozott. A magyar modern orvosi irodalom fájának magvát az a szellem, az a kéz vetette el az Orvosi Hetilap és a magyar orvosi könyvkiadó társulat megalapításával; a növekvő fa talaját ő egyengette és tette alkalmassá a tenyészetre az által, hogy egyetemi laboratoriumaink és klinikáinknak hivatalos állásában szerzett befolyása útján ki tudta eszközölni a modern tudományos berendezést és ez által megnyitotta az élő és folyton bugyogó forrásokat a magyar orvosi irodalom talajának szakadatlan táplálására.

És ha mostan megnyugvással tekintve az elmúlt öt folyam 30 esztendejére, bizalommal és reménnyel vetjük tekintetünket a jövőbe és az eddig elért sikerek továbbra is munkásságra,

kitartásra, a tökéletesebb után való törekvésre serkentenek bennünket: szintén az ő szelleme működik bennünk, melyet a folytonos fejlődésben való megingathatatlan hit vezetett tetteiben és törekvéseiben mindenha.

Maradjon is meg emblemául Markusovszky szelleme társulatunk törekvéseiben továbbra is, s lebegjen előttünk azzal a jellegével: *in hoc signo vinces!*

A magyar orvosi könyvkiadó-társulat XXXI-dik közgyűlését ezennel megnyitom és átadom a szót mélyen tisztelt I. titkárunknak, Koller Gyula dr.-nak, ki mint egyik legrégebb, hű és buzgó tagja társulatunk tisztí karának, 30 esztendővel ezelőtt mutatta be az első társulati közgyűlésen II-od titkári jelentését, ki el fogja mondani azon örvendetes auspiciumokat részletesen, a melyek között társulatunk működésének 6-dik cyclusát megkezdi.

Heti szemle.

Budapest, 1895. márczius 28-dikán.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyűlése 1895. évi márczius hó 22-dikén.

1. Hügyes Endre elnöklete alatt jelen volt 28 tag.

2. Az elnök tárczarovatunk első cikkéül közölt beszéddel nyitotta meg az ülést.

3. Azután Koller Gyula I. titkár olvasta fel az igazgató-tanács jelentését az 1894-dik évi működésről. A jelentés következő:

Tisztelt közgyűlés! A m. orvosi könyvkiadó társulat 1894. évi illetménye, mint tudva van, még a múlt év nyarán megjelent és a társulat tagjainak megküldött: Az illetmény a következő munkákból állott.

1. *A belgyógyászat kézikönyve.* Szerkesztik Bókai Árpád tan., Kélli Károly tan., Korányi Frigyes tan. Első kötet: Fertőző betegségek. A szöveg közt számos ábrával és két térképtáblával VIII. és 1171. l.

2. *Thanhoffer: Szövektan és szövevtani technika. I. rész: A mikroszkop és alkalmazása* orvosok, orvostanhallgatók és a természet-tudományokkal foglalkozók használatára írta *Thanhoffer János* dr. egyet. ny. r. tanár. A szöveg közé nyomtatott 191 ábrával XVI. és 370 l.

Eltelkenve ezen két munka belértékétől és tudományos becsétől, bizvást mondhatjuk, hogy az terjedelmét és előállítási költségeit tekintve is a legnagyobb, melyben a társulat fennállása óta tagjait részesítette.

A két munka ívszáma épen 100 iv, 200-nál több ábrával. Bolti ára a *belgyógyászat kézikönyve I. kötetének füzeve 12 frt.* *Thanhoffer a Mikroszkop* című művének füzeve 4 frt. Mindkét műnek bolti ára füzeve 16 frt. Társulatunk tagjai mindkét művet bekötve egy évi illetmény gyanánt, azaz 8 frtért kapják, tehát mintegy 55% kal olcsóbban mint a bolti ár.

A nagy belgyógyászati kézikönyv megindulása és első kötetének megjelenése minden esetre korszakot jelző esemény nemcsak a magyar orvosi irodalom, hanem a m. orvosi könyvkiadó társulat történelmében is. Mert valamint nem titok az, hogy ezen nagyszabású mű megjelenése, a mi orvosirodalmi viszonyaink mellett, melyek javulásuk dacára még mindig elég mostohák, nem lett volna lehetséges társulatunk közreműködése nélkül; úgy a beavatott körök be fogják ismerni azt is, hogy a magyar tudományos orvosi irodalom a m. orvosi könyvkiadó társulatnak 30 éven át serényen folytatott tevékenysége nélkül alig fejlődött volna azon fokra, mely ily epochális munka szerkesztését és megírását lehetővé tette.

De ha a kezdeményezés és megalkotás érdeme a nagyszabú munka jeles szerkesztőit teljes joggal megilleti is, úgy a haszonban nemcsak a tudomány és az irodalom, hanem a könyvkiadó társulat is egyaránt részesülnek. Az első kötet tartalma, mint hiszszük, meg fogja győzni az olvasót, hogy a magyar belgyógyászati kézikönyv szerkesztőinek sikerült ezt terjedelem, beosztás és kidolgozás tekintetében oly színvonalra emelni, mely a külföld bármely hasonló gyűjtő művével versenyképessé teszi, de a

magyar orvosi irodalom fejlettségéről is fényesen tanuskodik. A szerkesztők és munkatársak nevei arról is kezeskednek, hogy a folytatásképen megjelenendő többi kötetben az elsőnek előnyeivel még fokozva fogunk találkozni.

A f. évre is megjelent már társulatunk 1895-diki illetményének része gyanánt a következő mű:

„*Törvényszéki orvostan.*“ Irta *Belky János* dr., a törvényszéki orvostan ny. r. tanára Kolozsvártt. A holttest jelenségeiről és a személyazonosságról szóló részt kidolgozta *Genersich Antal* dr., a kórbonezolás tan ny. r. tanára Kolozsvártt. VI. 736 l. 89 a szöveg közé nyomott ábrával. Budapest, 1895.

A m. tudomány kárára oly korán elhunyt szerző ezen hátrahagyott műve az általa írt és már 10 év előtt megjelent „a törvényszéki orvostan alapvonalai“ című compendiumának, mely már évek előtt teljesen elfogyott, nem újabb és bővebb átdolgozása, hanem egészen új alkotás, melyben a tudománynak szentelt élete utolsó éveinek gyümölcseit értékesítette követői és kartársai számára. A munka két fejezet hiányával teljesen készen maradt fenn; ezen két fejezetet Genersich Antal kartársa írta meg az igazgató-tanács felkérésére szakavatott tollal. Belky „törvényszéki orvostan“ -val orvosi irodalmunk ismét nagybecsű művel gazdagodott, melynek a törvényszéki orvosok, bírák és ügyvédek nagy hasznát fogják venni. A könyv a társulat kiadványainak 62-dik kötetét képezi és a társulat azon tagjainak, kik az 1895-dik évi tagdíjat befizették, már is megküldve lett.

Az 1895. évi könyvilletmény további részét képezni fogja a Belgyógyászati kézikönyv II-dik kötete, melynek nagyobb része már elkészült és ki is nyomtatott. A hátralevő részlet pedig néhány hét alatt fog elkészülni, úgy hogy f. é. május hóban a társulati tagok kézhez fogják kapni.

A mi az 1896. évben kilátásba vett kiadványokat illeti, a belgyógyászati kézikönyv 3-dik kötetén kívül már is újabb művet jelezhetünk, mely hivatva van az említett év egyik illetményét alkotni.

A törvényszéki orvostan egyik fontos fejezetét, mely azonban az eddigi tankönyvekben rendszeren kevés figyelemben részesült, a *kétes elméleti állapotok* képezik, melyek elbírálására a törvényszéki orvos, kivált manap, oly gyakran van hivatva. Ezen Belky tanár könyvében hiányzó fejezet utólagos megírására felkérte az igazgató-tanács *Lechner Károly* tanárt Kolozsvártt. Midőn ez utóbbi feladata megoldásához fogott, csakhamar azon meggyőződésre jutott, hogy a kitűzött tárgy nem meríthető ki nagyobb munkához képes toldalékban, hanem érdekénél és gyakorlati fontosságánál fogva megérdemli, hogy hosszabb önálló tanulmányban teljesen feldolgoztassék. Miután Lechner tanár úr ily önálló tanulmány megírására vállalkozott s a szabályok értelmében beküldött kéziratot a szakértő bírálók egyhangúlag kiadásra ajánlották, az igazgató-tanács a munkának kiadását és az 1896. évi illetménybe felvételét elhatározta.

Végre nem mulaszthatja el az igazgató-tanács megemlékezni azon örvendetes jelenségről, mely a társulat által nyújtott előnyöket a legfényesebben igazolja, t. i. azon tényről, hogy a társulat tagjainak száma a múlt évi közgyűlés óta 5 alapító és 194 rendes taggal szaporodott, úgy hogy jelenleg a tagok összes száma 1005. Nem kevésbé örvendetes, hogy a szaporodásban most sem állt be szünet, a mennyiben majdnem naponta új és új jelentkezések érkeznek hozzánk.

Ezen körülményre tekintve, az igazgató-tanács elfogadta az alap. bizottság abbéli indítványát, hogy a VI. folyam alatt az évenként könyvkiadásra fordítandó összeg átlag 8000 forintban állapíttassék meg. E szerint a társulat módjában lesz tagjait ezentúl még nagyobb előnyökben részesíteni és az évi illetmény minél dúsabb és tartalmasabb kiállításáról gondoskodni.

4. Azután *Jendrassik Ernő* H. titkár mutatta be az *alapítványi bizottmány jelentését a múlt év folyamáról, mely a következő:*

Tisztelt közgyűlés! Az alapítványi bizottmány örömmel jelenti, hogy az 1894-diki évben nemcsak a társulat alapítókéje, hanem alapító és rendes tagjainak száma is örvendetesen szaporodtak. Az alapítványi tőke ugyanis *öt* új alapítvánnyal gyarapodott, ú. m. a

Biharmegyei közkórház, Herczel Manó és Hochhalt Károly főorvosok, valamint Lechner Károly és Szabó Dénes kolozsvári e. tanárok alapítványával, melyek egynek kivételével már be is folytak a társulat pénztárába. Azonkívül az 1893. évben tett alapítványait szintén már befizették Schwarzer Ottó és Thanhoffer Lajos urak; Kresz Géza dr. pedig alapítványa utolsó két részletét szolgáltatta be; végre 25 frtnyi részletfizetést tett Weresmarthy Lajos dr. Ezek szerint az alapítványi tőke múlt évben 1325 frttal szaporodott, és az alapítványok utáni hátralék ez idő szerint már csupán 750 frtot tesz.

A társulat rendes tagjainak száma igen jelentékeny növekedést tüntet fel, a mennyiben a múlt évi közgyűlés óta a rendes 8 frtos tagok száma 662-től 856-ra emelkedett; ezekhez járul hét 10 frtos és 5 résztvevő tag. Van tehát a társulatnak jelenleg 137 alapítványa, 7 tiz frtos és 5 résztvevő, valamint 856 rendes tagja, úgy hogy az összes tagok száma jelenleg 1005; oly nagy szám, mely eddigelé még egyszer sem éretett el.

(Folytatása következik.)

Vegyesek.

Budapest, 1895. márczius 29-én. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. márczius 10-dikétől márczius 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 426 gyermek, elhalt 254 személy, a születések tehát 172 esettel múlták felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolottak e hét elején 2379 beteg, szaporodás 849, csökkenés 785, maradt e hét végén ápolás alatt 2443. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1895. márczius 18-dikától márczius 25-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt 1), himlőben 1, bárányhimlőben 14, álhimlőben 1, vörhenyben 8 (meghalt 2), kanyaróban 31 (meghalt 1), ronesoló toroklobban 18 (meghalt 3), torokgyíkban 2 (meghalt 3), trachomában 12, hökhurutban 9, orbánczban 9.

—r. Behring diphtheria-gyógyszere Behring és Ehrlich tanárok ellenőrzése alatt készítve, újabban az állam által megvizsgáltatott. Tartósága és változatlan hatása ezen szernek legalább is egy év tartamára az újabb észleletek után meg van állapítva. Az ismert számok mellett újabban egy 0 számmal jelölt immunizáló adag a gyógyszerárakban szintén kapható.

—r. Somatose név alatt oly készítmény hozott a kereskedésbe, mely könnyen oldó és assimilálható albumosekból áll és a genuin-fehérjét helyettesíti. A Somatose sárgás, kissé szemcsés por, mely meleg vízben könnyen felolvad és a víznek sajátos, kissé enyvre emlékeztető ízt kölcsönöz. A betegek rendszeren jól szedik és a gyomor jól tűri. Kimerült felnőtteknél, phthisis, chlorosis és dyspeptikus tüneteknél, s kivált csecsemőknel a mesterséges táplálásnál tejjel, levessel, cacaoval vagy biscuit és chocolad alakjában jó alkalmazásba. Az adag 2—3 gm. három-négyszer napjában. A testsúly általában igen gyorsan növekszik használat mellett. A szer minden esetre megérdemli, hogy vele kísérletek tévessenek.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság

Budapest.

Uj! Gyógykezelés meleg kénes vízzel: A thermalis zuhany-fürdő!! (Douche massage). Téli kura az iszapfürdőben, mely a szállodákkal egy épületet képez. Nehéz betegek számára felhúzó készülék külön iszapfürdőbe. Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőkről küld prospectust az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Bosányi Béla dr.

Heti kimutatás

a budapesti szt Rókus- és szt. István-közkórházban 1895. márczius 21-től egész 1895. márczius 27-ig ápolott betegekről.

1895.	Felvett beteg			Elbocsátott gyógy.			Megmentett beteg			Maradt beteg			Az ápoltak közül a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülendő	heveny fertőző	az üllői-úri kórházban
Márcz. 21	48	39	87	51	32	83	4	3	7	1187	1078	2265	1058	43	41	1123
22	75	50	125	55	44	99	1	4	5	1206	1080	2286	1078	43	43	1122
23	57	53	110	51	43	94	1	3	4	1211	1087	2298	1082	43	46	1127
24	41	36	77	67	39	106	8	6	14	1177	1078	2255	1072	43	47	1093
25	45	47	92	41	48	89	4	5	9	1177	1072	2249	1067	43	52	1087
26	59	58	117	53	53	106	8	1	9	1175	1076	2251	1062	43	51	1095
27	67	72	139	48	33	81	6	3	9	1188	1112	2300	1099	43	48	1110

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-6339, kénsavas natron 7-1917, szénsavas mész 4-1050, chlornatrium 3-8146, szénsavas kali 2-3496, szénsavas Magn. 1-7157, szénsavas Lithion 0-1089; szilárd alkatrészek, 53-3941 összes szénsav-tartalom 47-5567, hőmérsék 12-30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérel stb.

Kitűnő 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: **Med. Dr. REUSS VILMOS** A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban. 4

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST VII., KEREPESI-ÚT 52.

VÉDŐJEGY.

DR. PÉCSI DANILÓ TERMELŐ INTÉZET

13 Univ. med. Dr. PÉCSI DANILÓ nyilvános **TEHÉNIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE**

TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

Önmege oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő árakon szállít:

50 egyénre (kb. 1 gramm)	3.—
100 " (kb. 2 gramm)	6.—
1 phiola 2-3 egyénre	—60
10 vagy több ilyen phiola á	—50
1 phiola 15 egyénre	2.50

☛ Csomagolásért 20 krajczár ☛

Dr. Keleti és Kulpin

min. engedélyezett nyilvános borjuhímlőnyirk-termelő intézete **Békés-Csabán.**

Szállít biztos utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezeség mellett kitűnő oltóanyagot a következő árakon:

1 phiola 3 egyénre	—40 kr.	1 phiola 10 egyénre	1.— frt
1 " 5 " "	—60 " "	1 " 50 " "	2.50 "
1 phiola 100 egyénre	—		5.— frt.

Oltó-eszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket postafordultával expedálunk.

☛ Sürgőnyezim: KELETI CSABA. ☛

Liebe Pál J. Drezdában

az orvosoknak következő zsongítókat ajánl:

Vinum sagraeae genuinum: 1 köbem. = 1 g. friss Cascara sagraeae; jóízű, erjesztőtől ment, nehézség nélkül hosszas időre hatásos hashajtó.

Vinum chinac regiae, áditó, tartósan zsongító szer.

Vinum chinac ferratum, ugyanaz 1% Ferro-ammonie-tri-mal.

Vinum condurango, dr. Wilhelmy szerint.

Vinum condurango ferratum, ugyanaz 2% Ferr. cí ricummal.

Vinum pepsiní concentr., erős erjesztő hatással.

Minden gyógyszerárban kapható.