



É R T E S I T Ő

AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYLET

ORVOS-TERMÉSZETTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

I. ORVOSI SZAK.

XVII. kötet.

1895.

II. füzet.

A diphtheria terapiájának kritikája, különös tekintettel a serumtherapiára. *)

Purjesz Zsigmond Dr. egyet. tanártól.

T. Uraim!

Hogy nem mindenkor könnyű valamely gyógyszer terapeutikai 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 közbirálat alá bocsátva és ámbár a legszakavatottabb therapeuták szólottak a kérdéshez: összhangzó megállapodás még létre nem jött; azt hiszem azonban, hogy találóan jellemzem a helyzetet, ha azt mondom, miszerint az észlelők túlnyomó része a serumban bízók 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 mellékviszonyokat 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 beszereztetni, alig lesz eldönthető az a kérdés, hogy a serum a diphtheriára bir-e befolyással, vagy nem? Ép e

*) A kolozsvári orvos-természettud. társulat szakülésében 1895. évi márczius 1-én és a budapesti kir. orvosegyesületnek 1895. évi márczius 9-én tartott ülésében előadottak nyomán.

miatt azt tartom, hogy hasztalan szólunk mi itt a serum értékéről akár hús, 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 bizonyítékhöz juthatunk.

A bizonyítás három módját követik az észlelők leginkább: az állatkísérletet, a numerikus módszert és a klinikai tünetek mérlegelését.

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 előidéztek 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. i. uraim, az u. n. numerikus módszer, mely, mint méltóztatnak tudni, abban áll, hogy serummal kezelt bizonyos számú esetet összehasonlitanak 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 számtól eltekintve, melyek fontosságát már *Poisson* hangsúlyozta, igen nehéz olyan esetekkel szembe állítani, melyek minden tekin-

tetben, 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 akadémiában 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 megbocsáthatatlan 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 megbocsáthatatlan 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 egyenlőtleniséget 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 olcsó és nem is könnyen hozzáférhető serummal kezelik a beteget, sőt nemcsak 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 nagynehezen határozták magukat arra, hogy beteg gyermeküktől megváljanak és csak a legvégső szükség esetén tették ezt: addig ma a legcsekélyebb 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 ellogy, úgy ebből még nem szabad — úgy mint ezt Virchow teszi — 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, 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 már a serum ellogyott, azt fogja eredményezni, hogy most ismét csak azok az esetek fogják a kórházi segílyt igénybe venni, kik erre a legvégső szükség által kényszerítettek.

Az anyag egyenlőtlenségét okozhatta még az is, hogy most csakis azok az esetek kezeltetnek serummal, melyekben a Löfflerbacillus megtalálhatik, míg az összehasonlítás alá fogott megelőző más módon kezelt betegeknél ez az elkülönítés nem loganatosított, hanem promiscue minden diphtheriás egyformán kezeltetett; így történt ez majdnem mindenütt, a hol ma a numerikus módszert az előbb jelzett módon alkalmazzák. Nem akarom most azt megbeszélés tárgyává tenni, hogy már magába véve ezek a körülmények is mennyire befolyásolhatják 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 mérleghető és ellenőrizhető tényezőknek, mint a járvány súlyosságának, az összehasonlítás alá került esetek egyenlő vagy egyenlőtlenségének a vitába való belevonása által a kérdés megoldását nehezíteni akarnám, tehát a kérdés könnyebb lebonyolítása kedvéért, hajlandó vagyok — jobb meggyőződéseim ellenére — felvenni azt, hogy a tentebbi 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 se-

rummal kezelt esetek jobb gyógyulási arányt mutattak, mint a más módon kezelték, még nemcsak 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 bárminő 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 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 subjectiv 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 megbizni, mint: a sublimat, hydrarg. cyanat., légenysavas ezüst, caliumhypermanganat, vizes brom-, chlor- és jodoldatok, jodjodkalioldat, liquor ferri sesquichloratí, alkohol, carbol és creolin, salicylsav és bórsav, acid. lacticum és acid. acet., thymol, chinin, chinolin, terpentin, aetherikus olajok, camphora, naphtalin, 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? Méltán kelt ama subjectiv benyomással szemben bizalmatlanságot már magában véve az elsorolt szerek nagy száma, melyek mindegyikének akadt dicsérfője és szószólója; e szerek mindegyikéről 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 gyógyszer, 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 gyógyszeren — 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 haszna mellett egyéni nézetüknél egyebet szintén nem hozhatnak fel. Sőt a mennyiben e nézetük valóban abban a tényben lelné alapját, hogy ezen szerekkel történt kezelés mellett jobb gyógyulási arányt láttak, mint azelőtt, 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 ecsetelés alakjában lett alkalmazva, abból a célból, hogy a betegség fészket, a betegség okát elroncsolják; de miután erre, a mint ez — a szerek nagy számától eltekintve — a serumkezelés előtti időben észlelt nagy halálozási arányból kitetszik, képesek nem voltak, a régi lokális kezelésből alig maradt valami, a mi e súlyos betegséggel szemben valami hasznot fejthetett volna ki, mint az a mechanikus insultus, melynek e szegény betegek torkát kitéttük.

Ha visszagondolunk azokra a scénákra, melyekkel az ilyen ecsetelés járt, arra a küzködésre, melyet a szegény áldozatok kitéjtettek, arra a gyengéd erőszakra, melyet az orvosnak türelme daczára alkalmaznia kellett, hogy az összeszorított fogsorokat egymástól eltávolítva, a torokhoz juthasson, hogy ott, a sötétben ecseteljen esetleg olyant, mit szivesebben hagyott volna érintetlen, mivel még ép, vagy hogy érintetlen hagyjon olyat, mit szivesen ecsetelt volna, mivel már kóros volt; ha meggondoljuk, hogy e művelet naponta többször ismételtük, sőt némely orvos éjjel-nappal 1—2 óránként hajtotta végre, vagy, mivel más dolga is akadt, végrehajtatta a szü-

lökkel, az ápolónővel, ki talán az orvosnál kevesebb türelemmel, de annál több erővel törekedett az intentióknak 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 morális, a physikai kínt: akkor ne csodálkozzunk, ha a közelmúltban valamivel jobb. eredményt kaptunk a ferrum sesquichlorat., a chinolin, a sublimat stb. ecsetelése alkalmával, mint kaptunk akkor, midőn ezen — még aránylag enyhe — szerek helyett, melyeknél rosszat legfőlebb a mechanikus insultus tehetett, a lapisrúddal igyekeztünk nemcsak 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 elődjüknek 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 hatányra visszavezetni. Minél kevésbé felel meg a tényeknek az imént jobb meggyőződés ellenére tett ama concessió, 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 könnyvetetnek el. Ez minden esetre nem csekély vigasz azon orvosok számára, kik nagyon is sokat bíztak az ecsetelésben, illetve lokális kezelésben. Ezen felőgás mellett az is érthető, hogy súlyosabb vagy tovaterjedésre nagyobb hajlammal bíró esetekben az intubatio és tracheotomia ma sem kerülhető el, de érthető az is, hogy ez esetek talán ritkábban fognak

előfordulni, 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 e mechanikus és toxikus insultusok elmaradásának, valamint a serummal kezelt enyhébb esetek hibás elkönnyvelésének 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 tennők, a mit már a serumkezelés kezdetén kellett volna tenni és a mi akkor talán könnyen megejthető lett volna, hogy t. i. a serummal kezelteteket szembe állítanók olyan esetekkel, melyek a diätetikai 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 diätetikailag kezeli: 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 daczára 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 alá-

vetve és ennek daczára 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 ejtsen 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 tanú.mányozásáért 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 szerezünk és így Behringnek, a természettudósnak reá kellett volna arra térnie, mielőtt csak egy sort is irt 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 semmitérvőnek tartaná mint épen Behring, úgy hogy annak mellőzésével mit sem kockáztatott 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 elé vág és a még bizonyítandót már bizonyítottként szerepelteti.

Ugyanazon bátorsággal és talán ugyanazon lelkiismereti aggodalmakkal, mint a melyekkel az első adag barányserumot és anti-toxint injiciálta a gyermek bőre alá, a nélkül, hogy a következő eredményeket előre láthatta volna, ugyanazon bátorsággal, de bizonyára kevesebb lelki aggodalommal kezelhetett volna hasonló számú gyermekeket diietetikailag 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 diietetikailag kezelt közül elhalt 8—10, vagy eredményezte volna csak azt, hogy a serummal kezelt esetek klinikai lefolyása szembetűnőleg eltér a diietetice kezeltékétől, 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, sem mint 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 tethetni, avagy a véletlenre, esetleg egy későbbi súlyos járványra maradunk utalva, hogy ezeket a viszonyokat tisztázhassuk, az egyrészt attól függ, hogy mennyire fogják magukat ama klinikusok, nevezetesen gyermekgyógyászok, az enyémhez hasonló reflexiók által biratni, hogy a diphtheria természetes klinikai lefolyását tanulmány tárgyává tegyék. Jól mondta ezelőtt épen 50 esztendővel a hyperrationalistának kikiáltott Diel, 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.«

Némelyek az országos statistika adataira hivatkoznak, a melynek bizonyító erejét 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 diaetetikus viszonyok között (mire künt a vidéken, sajnos, elég gyakori az alkalom), hanem azt kívánom, hogy hozzuk a beteget a lehető legjobb hygienikus és diaetetikai viszonyok közé; de meg azért sem, mert künt a vidéken a betegeket még csak magukra sem hagyják, hanem gyakran a legundokabb és a legczélszerűtlenebb kezelésben (petroleum-, eczet-, kékkő-, marhatrágya-ecsetelés) 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 kezeltet) — sokkal biztosabban belekerültek a diphtheriában elhaltak (mivel ezek eltagadása mégis bajosabb), mint az enyhe gyógyult esetek.

Végre azt is hallottam, hogy miért nem vesszük számba a homeopathák oly kedvező statistikáját? Egyszerűen azért, mivel nincs módomban a felett ítéletet 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 kevéssé 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 kevéssé bizonyíthatom én azt (bár nagy a gyanum), hogy jó eredményekben a mercurius cyanatus bizonyos fokú dörzseletének tulajdonított befolyás illusorius és jó eredményeik csupán a jobb diaetetikai és higienikus viszonyoknak és a lokális kezelés elmaradásának tudhatók be.

Mindez nem lesz bizonyítható addig, míg a czélnak 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 higienikus és diaetetikai 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 higienikus és diaetetikai viszonyok czélszerű szabályozásának és a lokális kezelés elmaradásának következménye.

Hivatkozunk, mint mondám, a klinikai tünetek előnyös változására is és így, habár röviden, azokkal is kell foglalkoznunk.

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 befecskendést követőleg csakhamar leszáll a hőmérsék, néha mintegy kritice. Hogy ezt a tény, t. i. a hőmérsék leszállását, esetleg krisisszerű leszállását rosszul magyarázzák, az már onnan is kitetszik, 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 befecskendés után jelentkezik, hanem a befecskendés megkezdése után 3—4-ed napra,

mit némely észlelő úgy fejez ki, hogy »csak a harmadik-negyedik befecskendés után sikerült a hőmérséket lenyomni«. Hogy miként lehet ily körülmények mellett a hőleesés és a serum-befecskendés 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 befecskendés után látjuk e tünetet, mily jögon 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 letszáll és csak a véletlentől függ az, hogy hány fecskendő serumot juttatunk 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 felledezni, melynek az lesz a tulajdonsága, hogy csak akkor szállítja le a hőmérséket, ha 3—4 napon át naponként fecskendezünk 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 természettudományi vagy therapeutikai kérdések megoldásánál ily módon kezeltessék.

Én, mióta csak hygienice és diaeteticé kezelem a diphtheriasokat, csekély számú betegeimnél is elég gyakran láttam azt, hogy a hőmérsék némely esetben majdnem kisis útján, másokban lysis útján száll le 4—6 nap körül; természetesen nem minden esetben, főleg azokban nem, melyekben szövödmények fejlődnek. Ha tehát a serumot fecskendezők egy része látott ily hőleszállást, másika ellenben nem, vagy nem mindenkor, úgy abból nem az következik, hogy ezen, némelyek által specifikusnak hirdetett szer ily

szeszélyes magatartást tanusít, hanem az, hogy egyik esetben épen a hőmérsék természetes csökkenése előtt hozta a szerencsés véletlen a beteget a befeccskendező kezébe, máskor pedig ez 2—4 nappal előbb történt és így 2—4 napon át kellett a befeccskendést folytatni, a míg a hő önkényt alászállt, mit a könnyen hívők úgy fejeznek ki, hogy »sikerült a hőt lenyomni«. Ép így tulajdonította régebben egy-egy orvos a tüdőgyulladás 7-ik napján bekövetkező krisist az épen 6-ik nap eszközölt érvágásnak, míg a másik azt hitte, hogy addig vágott eref, míg a krisist kierőszakolta, 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 nehányszor.

De feltéve, hogy a hő leszállása csakugyan oly gyakran következne be a serum befeccskendése után, hogy a kettő között oki viszonyt tételezhetnénk fel, akkor is még bizonyításra szorúlna 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 tovaterjedése a serumbececcskendés után azonnal megszűnik, a másik szerint csak nehány nap mulván történik ez, míg mások így is, úgy is látták a viszonyokat alakúlni. Ez sem más, mint a mit diphtheriánál láthatunk, ha nem insultáljuk a már beteg torkot, nem kenjük el a betegség okát oly helyekre, melyek hámját — a legnagyobb vigyázat mellett is — már előzetesen össze-vissza szaggattuk mechanice és töpörítettük vegyi szerekkel. Hogy az idén ilyen eseteket többször láttak, mint talán láthattak volna más években, 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 befeccskendések után látták, miután a betegek — az esetek különböző súlyosságától és tartamától eltekintve — betegsüük különböző napján kerültek észlelés alá és így e tekintetben arra útalhatok, mit fentebb a hőleesésre nézve mondtam.

Egy másik körülményt illetően, melyet gyakran említene 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 halványlakó 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 gyermekkórházban 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 pedig újabb időben végzett ama kísérletek, midőn egészséges gyermekeknek fecskendeztek bőr alá serumot és ezeknél azután albuminuriát lehetett constataálni, e mellett elég világosan szólnak; az is bizonyos, hogy csupán hygienice és dietetice kezelt betegeimnél 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 gyéribben 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 sajátserű kiütést, melyet az injectio után olykor észleltünk. De miután erre, mint gyógyító mozzanatra, még eddig egy oldalról sem hivatkoztak, 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 sajátszerű, mintegy csoportokban való fellépés a serumnak vagy antitoxinnak, mint olyanak tudható-e be, avagy e sajátszerű magatartásban nem nyilvánul-e a serumot adó állatnak eddig még ismeretlen egyéni tulajdonsága, mely esetben talán még sem kellene a felett oly egyszerűen napi-rendre 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 mellőzöm. 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 kívánnunk, 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 bárminő hatást volna képes kifejteni.

Meggyőző erővel csupán a fentebb követelt összehasonlító észleletek birtak volna.

* * *

Azonban nem lehetetlen, hogy valaki azt a kérdést fogja felvetni: vajjon csakugyan szükségesez ily parallel észleletek? Nem elégedhetnénk-e meg azzal, hogy a diphtheria halálozása a serumkezelés 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!*

Én az ilyen álláspontot, t. uraim! sohasem fogadhatnám el.

Nemcsak azért, mivel az sem nem tudományos, sem nem practikus és a mi fő: nem ethikus; nemcsak 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; nemcsak azért, mivel 20—40 km. lóserumnak, egy bizonyos — gyermekekről lévén 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 hasznot 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 therapiánk 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 bacteriológiának méltó betetőzőjeként hivatva volna therapiánknek 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 ujdonság káprázata által engednők 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 döntenit, hogy érkezett-e már a serumtherapia órája.

A chronicus ophthalmoblenorrhoeának viszonya a trachomához.*)

Hoor Károly dr. egyetemi ny. r. tanártól.

(II. tábla.)

Jóllehet a trachoma egyike a kötőhártya legveszélyesebb ragályos megbetegedéseinek, mely Európaszerte nagyon el van terjedve s így egyáltalában nem tartozik a ritkán látható szembetegségek sorába, mégis alig van a szemészetnek egy fejezete is, a melyről az ismeretek és nézetek oly kúszáltak és ellentmondók volnának, mint éppen a trachomával és az ezzel rokon kötőhártyai megbetegedésekkel — a chronicus ophthalmoblenorrhoeával és a follicularis huruttal foglalkozó fejezetekről.

Lehetetlen azonban el nem ismerni azt, hogy főleg a magyar szemorvosok és ezek mellett a szomszédos Ausztria szemészei azok, a kik leginkább fáradoznak, hogy a zavarba világosságot hozzanak és a kúszaltságot rendszerrel helyettesítsék, míg a többi szemész, tankönyveiben és közléseiben rendszeren azzal beéri, hogy erre a kúszaltságra egyszerűen rámutat; esetleg az egyik vagy másik úgy vél a dolgon segíthetni, hogy ezeknek a megbetegedéseknek már a nélkül is dúsgazdag nomenklaturáját még egy-egy új elnevezéssel megtoldja, mi által természetesen a fogalmak tisztázását csak méginkább megnehezíti.

Nagyobb anyagon dolgozó klinikusnak alig juthat eszébe, hogy az u. n. follicularis hurutot a trachomával azonosítsa, jóllehet itt is sok tekintetben ellentétes fogalmak uralkodnak, de kettéválik a klinikusok tábora akkor, a mikor azt a kérdést kellene eldönteni,

*) Előadatott az Erdélyi Múzeum-Egyesület orvos-természettudományi szakosztályának 1895. június hó 14-én tartott orvosi szakkülésében.

hogy a chronicus blenorrhoeának elnevezett kötőhártyai megbetegedés nem teljesen, vagy úgyszólván teljesen azonos megbetegedés-e a trachomával? Más szóval: míg a szemészeknek egy része azt vallja, hogy ezt a két megbetegedést boncztanilag és klinikailag is szigorúan el kell egymástól választani, addig a másik része azt állítja és közléseiben és könyveiben igyekszik is bebizonyítani, hogy a két megbetegedés egészen azonos. Végre egy harmadik része a szemészeknek igen kényelmes álláspontot foglal el ebben a kérdésben, — egyszerűen keresztül síklik rajta.

A fogalom tisztázását első sorban már a betegség sokféle elnevezése is szerfelett megnehezíti, de azután hozzájárul még az is, hogy míg a szemészek egy részének pl. a blenorrhoea chronica conjunctivae, a conjunctivitis trachomatosa, a conj. granularis, az ophthalmia s. conj. follicularis, a granulosa conjunctivae, a trachoma, a follicularis blenorrhoea, a trachoma blenorrhoeicum, a trachoma papillare-, granulare-, folliculare, a conj. aegyptiaca, az ophthalmia militaris-, bellica, az epithel-trachoma, az ophthalmia purulenta chronica, az ophthalmia asiatica (*Adams*), ophthalmia contagiosa, blepharotis glandularis contagiosa, az adenitis palpebrarum contagiosa¹⁾ stb. stb. synonymák; addig a másik rész távolról sem tekinti azoknak, hanem más-más megbetegedést, vagy legalább is más phasisát a betegségnek jelöli az egyes kifejezésekkel, sőt még ugyanazt az elnevezést is más-más kórkép számára foglalja le az egyik is, a másik is. Így van ez főleg a granulatio, granuloma, granulosa stb. kifejezésekkel. *Art*²⁾ pl. a chronicus blenorrhoeáról értekeztvén, többek között azt mondja, hogy ennél a betegségnél a kötőhártya zsugorodása nem következik be, ha csak az u. n. »granulatiók« ellen nem használunk erős causticus szereket és *Fick*³⁾ a trachomáról szóló fejezetben úgy találja, hogy ha a betegség későbbi stádiumában a folliculusok »granulatiók« által helyettesítettek, akkor oly kórkép jelentkezik, a melyet a chronicus blenorrhoeától

¹⁾ Müller: Erfahrungssätze über die contagiose Augenentzündung. Mainz, 1821. pag. 3.

²⁾ Die Krankheiten des Auges; für praktische Ärzte geschildert. Prag, 1851. I. k. pag. 32.

³⁾ Lehrbuch der Augenheilkunde etc. Leipzig, 1894. pag. 198.

alig lehet megkülönböztetni, míg *Vossiusnál*¹⁾ ugyancsak a trachomáról, illetve a conj. granulosáról értekező fejezetben azt olvashatjuk, hogy a »granulatiókról« egyáltalában csak akkor szabad szólni, ha a »folliculusok« a felső szemhéj kötőhártyáján is megtalálhatók. *Arlt* tehát a chronicus blenorrhoeánál beszél granulatiókról, a szemészek egy nagy része pedig éppen abban különbözteti meg a chronicus blenorrhoeát a trachomától, hogy az előbbinél granulatiók vagy granulomák nincsenek, az utóbbinál ellenben vannak; *Fick* azt találja, hogy a trachománál a szerinte folliculusoknak nevezett képletek tönkrementése után granulatiók fejlődnek és akkor azután a trachomát már nem lehet a chronicus blenorrhoeától megkülönböztetni, mely utóbbinak azonban, mások szerint, éppen az képezi a jellegzetes kriteriumát, hogy granulatiók ott nincsenek; *Vossius* ellenben a felső szemhéjon található granulatiókat éppen a trachomára és nem a chronicus blenorrhoeára tartja jellegzeteseknek. Látni való, hogy *Arlt* és *Fick* a granulatio elnevezést a papillaris túltengés jelölésére használják fel, *Vossius* ellenben és vele együtt *mások* azoknak a képleteknek megjelölésére, melyeket mi trachomaszemcséknek nevezünk. Igaz ugyan, hogy *Arlt*²⁾ 1851-ben megjelent tankönyvében már igen kívánatosnak mondja, hogy a granulatio elnevezés teljesen elhagyassék, mert ezeknek a granulatióknak a sebgranulatiókhöz semmi közük nincsen és az elnevezés mindig a megszokott slendriánra fog alkalmat szolgáltatni, hogy ezek a hypertrophizált papillák úgy kezeltessenek, mint a sarjadozó sebgranulatiók; mindazonáltal látjuk, hogy ma is éppen úgy divik az elnevezés, mint 45 évvel ezelőtt, sőt ma azt különböző kórképek jelölésére használják.

Nézetem szerint a »granulatio« elnevezést el lehet, sőt el kell ejteni; a »granularis« vagy »granulare« jelzőt azonban a trachomaszemcsék megjelölésére megtartandónak vélem. Erre később még rátérünk.

A következőkben, abstrahálva a sok elnevezéstől, mindig csak trachomáról fogunk szólni, jöllehet másokkal együtt pl. *Knies*³⁾ is, a ki különben a trachoma nomenclaturáját az eddigelé senki

1) Grundriss der Augenheilkunde. Leipzig und Wien, 1888. pag. 153.

2) L. c. pag. 32.

3) Grundriss der Augenheilkunde. Wiesbaden, 1888. pag. 119.

által nem használt »follicularis blenorrhoea« elnevezéssel gazdagította, a trachoma nevet nem tartja helyesnek, mert az nem jelent mást, mint érdességet. Ez ugyan igaz, de azért mégis sokkal jobbnak tartom a trachoma elnevezést, mint bármely mást — akár a conj. follicularis, akár a conj. granularis, akár a follicularis blenorrhoea elnevezést — mert a mikor trachomáról szólok, akkor tudom, hogy mindenki tisztában van azzal, hogy a veszélyes, fertőző kötőhártyai megbetegedésről van szó, míg ha conj. granularis vagy follicularisról beszélek vagy olvasok, soha sem tudhatom, hogy más mit ért az alatt. Hogy a trachoma elnevezés nem jellegzi épen kellőleg a kórképet, a mennyiben nem jelent mást, mint »aspiritudot«, azt egészen alárendelt értékű körülménynek tartom; hiszen egészen jól beletörödtünk abba is, hogy a közellátóságot myopiának nevezzük, ennek a szónak pedig a fénytörési rendellenességhez semmi köze nincsen, a mennyiben μων igéből származik, a mi annyit tesz, mint pislogni. Igaz, hogy magas-fokban közellátó szemeknél láthatjuk a pislogást — mert a rövidlátó ezáltal szemrését kisebbiteni s így a rendesen tágabb pupillát a tisztább látás kedvéért részben eltakarni igyekszik — de azért ez a tünet absolute nem jellegzetes a rövidlátó szemre; aránytalanul jellegzetesebb még a kötőhártya érdes volta a trachománál.

Ha mindjárt röviden is, de érintenünk kell majd az u. n. conjunctivitis follicularist is; arról »folliculosis conjunctivae« néven fogok megemlékezni és pedig azért, mert a conjunctiva hurutja vagy gyuladása éppen nem jellegzetes kriteriuma ennek a bajnak, a mennyiben a folliculusok hurut és gyuladás nélkül fejlődhetnek, állhatnak fenn és tűnhetnek el.

Ezek után áttérek előadásom tulajdonképeni tárgyára: a trachoma és a chronicus kötőhártyai blenorrhoea között levő viszony kérdésére.

*Arlt*¹⁾ a conjunctivitis trachomatosa, vagyis a trachomát régebben szintén más megbetegedésnek tartotta, mint a conjunctiva chronicus blenorrhoeáját, a mennyiben a trachomát nem fertőző jellegűnek, a chronicus blenorrhoeát ellenben fertőző természetűnek mondotta.

¹⁾ L. c. I. Bd. pag. 107.

Különbséget talált a két megbetegedés között — a melyet, úgymond, annyiszor összetévesztenek egymással, illetve egymemű megbetegedésnek tartanak — még abban is, hogy a kötőhártyának zsugorodása a chronicus blenorrhoea mellett még akkor sem következik be, ha az éveken keresztül áll is fenn. Megjegyzem azonban, hogy már akkor is concedálja a szerző, hogy a chronicus blenorrhoeánál a papillákra rakódott exsudatum, ha fel nem szivódik, mindinkább organizálódik, midőn azután a rendes kötőhártya helyébe hegszövet kerül és pedig kisebb vagy nagyobb kiterjedésben és mélységben. A hegszövet simának, inszerűnek, lénylőnek, ezüst-, vagy kékesfehérnek látszik és lapszerűleg, vagy csikyszerűleg terjeszkedik ki.

Harmincz évi, bizonyára bő tapasztalatai után azonban *Arlt* maga is arra a meggyőződésre jutott, hogy ez a felfogása helytelen, úgy, hogy 1881-ben megjelent könyvében¹⁾ a trachoma elnevezést már teljesen elejti és csak chronicus blenorrhoeáról beszél, sőt a figyelmet régebbi tévedésére felhívja, kijelentvén azt, hogy előbb azokat az eseteket, a melyeknél világos granulomák — szemcsék — voltak a kötőhártyába beágyazva és a melyek relative csekély secretióval jártak, a többi esetektől, melyek kizárólag vagy túlnyomólag papillaris túltengést és rendszerint erősebb secretiót mutattak, elkülönítendőknak vélte és trachoma elnevezéssel illette. Miután azonban azóta a blenorrhoeát különböző alakjában és phasisában főleg a katonaságnál ismételten észlelte és infectiót oly eseteknél is ismételten látott, melyeket előbb nem tartott infectiosus jellegűeknek, arra a meggyőződésre jutott, hogy a trachoma épen olyan infectiosus betegség, mint a chronicus blenorrhoea. Miután még arra is ráutal, hogy azóta a chronicus blenorrhoea után is ismételten látta a kötőhártya kiterjedt zsugorodását, kifejti a többi okokat is, melyek őt arra birták, hogy nem választja el többé a conj. granulósát, vagyis a trachomát attól a megbetegedéstől, a melyet rendszeren chronicus blenorrhoeának szoktak nevezni.

*Arlt*ra itt két okból hivatkozom; először azért, mert már akkor is, a mikor a trachomát a blenorrhoeától főleg azért tartja

¹⁾ Klinische Darstellung der Krankheiten des Auges etc. Wien, 1881. pag. 46.

elkülönítendőnek, mert az előbbinél zsugorodások keletkeznek, az utóbbinál ellenben nem: concedálja azt, hogy a blenorrhoeánál is jöhetnek létre hegedések, és pedig különböző kiterjedésben és mélységben; másodszer meg azért hivatkozom reá, mert feltehető, hogy csak alapos és biztos megfigyelések után szakított előbbi nézetével és igazítja helyre azt a tévedést, hogy a chronicus blenorrhoea után kiterjedt kötőhártyai zsugorodások nem jöhetnek létre. *Arlt* ezáltal maga az akkor és részben most is az egész szemészeti világban használt trachoma verum *Arltii* elnevezést, mint teljesen fölöslegest, törülendőnek nyilvánította.

Ezzel kapcsolatban mindjárt fel kell említenem azt, hogy azok a szemészek, a kik a trachomát a chronicus blenorrhoeától minden tekintetben el akarják választani, főleg arra hivatkoznak, hogy a trachoma mindig hegedéssel és zsugorodással, a chronicus blenorrhoea pedig a nélkül gyógyul.

Schmidt Rimpler,¹⁾ a ki tankönyvében e két megbetegedésről, a melyeket klinikailag és boncztanilag is egymástól szigorúan elkülönítendőknak tart, bővebben értekezik, a következőket találja:

A blenorrhoea boncztanilag főleg a conjunctivalis papillák túltengése által van jellegezve. Ezek a papillák néha tetemes nagyságot érnek el, úgy, hogy a kötőhártya niveauja fölé szemölesszerűleg kidagadnak és a kötőhártyának egyenetlen, néha vérvörös küllemet kölcsönöznek. A kötőhártya felhámja túltengett és lymphtestecsekkel van beszűrődve. A felhám alatt lymphoid sejtekkel beszűrődött réteg található; a beszűrődés diffus elrendezést mutat és nem egyes szemcsékbe való összeállást. A visszafejlődési stadiumban többnyire nem képződik kötőszövet, vagy ha igen, csak csekély mennyiségben. Ha heg keletkezik, az rendszerint lapszerű kiterjedést mutat.

A trachománál sajátzerű új képletek találhatók, az u. n. trachomaszemcsék vagy trachoma folliculusok. Ezek gömbölyű vagy ovalis szemcsék, melyek a kötőhártya adenoid szövetében fészkelnek és sárgásan, sárgás szürkén vagy kékes szürkén áttetszenek. A szemcsék lymphoid sejtek összehalmozódásából állanak és úgy vannak elrendezve, hogy a szemcse középi részeiben fekvők nagyobbak, a kerület felé fekvők ellenben kisebbek. Utóbbiak tehát mintegy ha-

¹⁾ Augenhëilkunde und Ophthalmoskopie. Braunschweig, 1885. pag. 393.

tárréteget képeznek a szomszédos szövet felé. (*Jakobson* jun.) De ez csak fiatalabb trachomaszemcséknél van így, a régebben lenn-állóknak mindig kötőszöveti burkolatuk van. (*Mandelstamm, Rählmann*) A szemcse sejtjei között finom rostok és vérerek foglaltnak. A granulatiók tartalma pépszerűen széteshetik, de meg is keményedhetik úgy, hogy megvastagodott kötőszöveti rostok járják át a burkolatból kiindulólág a granulatiós üreget. Hegyszövet képződéséhez nagy a hajlam. Az egyes trachomaszemcsék között a kötőszövetben lymphsejtek találhatóak, melyek részben diffus, részben fészekszerű elrendezést mutatnak. A papillaris túltengés eleinte csekély, később azonban mindig kisebb-nagyobb mértékben megtalálható. Sokszor kitékelyedés folytán a felhám is kikopik és kiterjedt felületes hegedés következik be. A blenorrhoea és a trachoma azonban egymás mellett is megtalálható. Ha a blenorrhoea chronicus lesz, nem ritkán azt látjuk, hogy itt-ott egyes folliculusok mutatkoznak, főleg a szemzugokban, de oly csekély számban, hogy a blenorrhoea klinikai képét nem mossák el.

Másképen áll a dolog a trachománál. Ha ehhez később a papillaris test túltengése csatlakozik, akkor a papillák vörös színükkel és szemölcszerű kiemelkedésükkel a granulomákat eltakarhatják; rendszerint azonban ilyenkor is gömbölyded, körülírt alakok kiemelkedésén és sárgás színezet áttetszésén az eredeti megbetegedést fel lehet ismerni.

Boneztani vizsgálataim erről a két megbetegedésről nem egyeznek meg egészen *Schmidt-Rimpler* vizsgálataival. Mindenekelőtt abban ütnek el egymástól, hogy nem olyan ritkán találtam a kötőhártya hegesedését az u. n. chronicus blenorrhoea mellett, mint ő, úgy, hogy nem mondhatom azt, hogy kötőszövet csak ritkán képződik és ha igen, csak csekély mennyiségben. A kötőszövet képződésének kiterjedése és mélysége első sorban a sejtes beszűrődés kiterjedésétől és mélységétől függ és csak másodsorban a beszűrődés elrendezésétől – hogy t. i. diffus vagy szemcsékké összeálló-e? Ha a sejtes beszűrődés mély és sűrű, akkor kiterjedt hegesedés következik be, akár a chronicus blenorrhoea, akár a trachoma klinikai képe alatt állott fenn a megbetegedés. Hogy pedig mind a két megbetegedésnek közös ismertető jele az adenoid szövetbe való sejtes beszűrődés, mely azután igen sokszor még a helytelenül szem-

héjporcznak elnevezett sűrű, merev kötőszövetbe is behatol és ennek hegesedését és alakváltozásait vonja maga után: azt tagadásba venni alig lehet.

Továbbá azt sem irhatom alá, hogy a blenorrhoeánál a túltengett felhámréteg alatt a sejtes beszűrődés egy rétege található, hanem a leletet helyesebben úgy kell formulázni, hogy a túltengett lymphoid testecsekkel beszűrődött, sokszor tetemesen megvastagodott epithelréteg alatt az adenoid szövet kisebb-nagyobb mélységben, sűrűbb vagy kevésbé sűrű sejtes beszűrődést tüntet fel, mely beszűrődés rendszeren ugyan diffus elrendezést mutat, nem épen ritkán azonban nagyobb szemcsékké való összeállást, a mint azt *Sch. Rimpler* csak az u. n. trachoma folliculare-jánál találja. Végül csak feltételesen érthetek egyet vele abban, hogy akkor, a mikor a blenorrhoea chronicus lesz, nem ritkán azt látjuk, hogy itt-ott egyes folliculusok mutatkoznak, főleg a szemzugokban, de oly csekély számban, hogy azok a blenorrhoea klinikai képét nem mossák el, a mennyiben én ezeket a folliculusokat, a melyeket ő a trachomára tart jellegzeteseknek, igen sok blenorrhoeás kötőhártyában megtaláltam, még akkor is, a midőn egészen frissen inficiált, acut ophthalmoblenorrhoeával álltam szemben. Azután itt önkénytelenül még az a kérdés merül fel, hogy mit keresnek ezek a szerinte éppen trachomára jellegzetes szemcsék az előbb teljesen egészséges és gonorrhoeás váladékkal csak az imént fertőzött conjunctivában. Mert hogy régebben fennálló trachomához a szemölcstest túltengése hozzájárul: az még csak érthető; de hogy miért található a blenorrhoeás kötőhártyában oly gyakran ezek a trachomára jellegzetes szemcsék, a mikor a blenorrhoeának a trachomához köze nincsen, azt már nehezebben lehet megmagyarázni, ha csak úgy nem, hogy itt minden esetben később trachomainfectio következett be, mely annál könnyebben jöhetett létre, mert a kötőhártya már is beteg volt és így az újabb infectio annál alkalmasabb talajt talált. Eltekintve attól, hogy ez az okoskodás, melyet sokan osztanak, meggyőző logika nélkül szükölködik, még az utóbbi, látszólag plausibilis érv sem állja meg a helyet, a mennyiben *Piringer*¹⁾ vizsgálatai kiderítették, hogy a kötőhártya infectioja annál könnyebben következik

¹⁾ Piringer: Die Blenorrhoe am Menschenauge. Prag. 1841.

be, azaz a kötőhártya annál fogékonyabb az infectiora, mennél egészségesebb; ellenben az infectio annál nehezebben fogamzik, minél súlyosabban afficiált már valamely kötőhártya.

Találkoztam azután olyan esetekkel is, a hol a blenorrhoeás conjunctivában esomók nem voltak láthatók görcső alatt sem és mégis kiterjedt hegesedés következett be. Ilyen eseteknél is azt mondják, hogy okvetlenül trachomának kellett fennállania; az indokolás pedig egyszerűen az: »mert a chronicus blenorrhoeánál vagy semmi, vagy nagyon kevés és inkább csak felületes hegesedés következik be«. Miután azonban a hegesedés kiterjedése és mélysége — a mint azt már említettem, — első sorban a sejtes beszűrődés kiterjedésétől és mélységétől függ és ez a sejtes beszűrődés úgy a chronicus blenorrhoeánál, mint a trachománál megtalálható: nem fogadható el az, hogy a blenorrhoeánál csak akkor jó létre kiterjedtebb hegesedés, ha ahoz — a mindjárt ki nem mutatható — trachoma csatlakozik. Azt azonban nem lehet tagadni, hogy az esetek nagyobb többségében a sejtes infiltratio nem terjed oly mélyre, ha a kötőhártyában a chronicus blenorrhoea tünetei vannak túlsúlyban, mint akkor, ha a granulomaképződés uralja inkább a körképet.

Hogy azonban kiterjedtebb hegesedés nemcsak chronicus blenorrhoea, hanem még acut ophthalmoblenorrhoea után is felléphet — a melynél különben az infiltratio rendszeren nem is terjed túlságosan mélyen és a szemhéji kötőszövetet (szemhéjporczot) majdnem mindig egészen érintetlenül hagyja és a mely megbetegedés főleg a felhám réteg túltergése, a papillák nagymérvű duzzadása és dagadása, a conjunctivalis vérerek tágulása és a kötőhártyának genysejtekkel való beszűrődése által van kiválóan jellegezve, — azt többek között *Goldzieher*¹⁾ esete bizonyítja, a ki egy előbb teljesen egészséges kötőhártyával bíró szemben acut ophthalmoblenorrhoeát látott (vaginalis gonorrhoea fertőzés), a melynek lefolyása után oly kiterjedt hegesedés mutatkozott, a melyet csak igen súlyos és hosszantartó trachoma után lehet rendszeren észlelni.

Röviden összegezve az elmondottakat én részemről nem fogadhatom el sem azt, hogy a chronicus blenorrhoea után egy-

¹⁾ Levélbeli közlés.

általában nem jönnek létre kiterjedtebb hegesedések, sem pedig azt, hogy akkor, ha chronicus blenorrhoea után kiterjedtebb hegesedések mutatkoznak, az csak annak a következtében történhetett meg, hogy a blenorrhoeához trachoma járult; egy szóval *differential diagnostikai értékűnek azt a körülményt, hogy itt hegesedés képződne, amott pedig nem -- semmiképen sem ismerhetem el.*

Hogy a hegesedés elmaradása nincsen feltétlenül a betegség klinikai külleméhez kötve, a mellett az is bizonyít, hogy még azok az autorok is, a kik a granulósát főleg a hegesedésre való hajlama miatt különböztetik meg a chronicus blenorrhoeától, azt mondják, hogy a trachománál is restitutio ad integrum következik be. Igy pl. *Schmidt-Rimpler*¹⁾ azt találja, hogy a chronicus granulatiók hónapokon, sőt éveken keresztül is fennállhatnak, spontán gyógyulásuk ritka, de kitartó orvoslás mellett teljes resorptio és restitutio érhető el. *Stellwag*²⁾ is aként nyilatkozik, hogy a trachoma minden alakja spontán meggyógyulhat. A gyógyulás útja a granulák részéről a resorptio és soha az elgenyedés, a papillaris és a diffus granulatiók részéről pedig a telületes epithelialis stratumoknak folytonos leválása és a kötőhártya parenchymájában ujonnan képződött elemeknek felszívata. Ily értelemben több szerző nyilatkozik.

Miután részemről a hegesedést egyrészt, a restitutiot másrészt éppen csak a diffus beszűrődés mélységétől és sem a papillaris túltengéstől, sem pedig a granulomáktól feltételezettnek, illetve teljesen lüggőnek nem tartom: ezt a leletet azzal a megtoldással fogadom el, hogy a teljes restitutio tényleg trachomás kötőhártyára nézve bizonyára ritka és inkább csak makroszkopikus restitutioról lehet szó az esetek nagy többségében.

Az anatómiai elváltozások, — a mint én azokat igen nagy számú kimetszett átmeneti redőben találtam, tekintet nélkül arra, hogy a megbetegedett kötőhártya tisztán a chronicus blenorrhoea, vagy majdnem kizárólag a trachoma granulare klinikai körképét mutatta, illetve rajta ezt a két megbetegedést egymás mellett fennállónak lehetett constataálni — mindig a következők voltak: A con-

¹⁾ l. c. pag. 414.

²⁾ Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde 4. Auflage Wien 1870. pag. 458.

junctionalis felhám csak a legkritikább esetekben tüntet fel csekély elváltozásokat, hanem többnyire kisebb vagy nagyobb mérvben megvastagodottnak mutatkozik. A kötőhártya túltengett és különböző alakú, magasságú és szélességű ránczokban emelkedik ki. Papillaris túltengés. A papillákat képező kötőszövet sűrűn, sejtesen beszűrődött. A kötőhártya saját szövetében ugyancsak minden esetben diffus, sűrű, sejtes beszűrődés áll fenn, mely a kötőhártyát egész vastagságában kitöltheti, sőt a szemhéjak támaszát képező sűrű, merev kötőszövetbe — tarsusba — is behatol és azt egész vastagságában ellepetheti. E mellett a sűrű diffus sejtes infiltratio mellett még egy másik circumscript beszűrődés is található, azaz a lymphoid sejtek kisebb vagy nagyobb számú, különböző nagyságú gömbölyded, ellipsis, esetleg rendetlen küllemű alakokká tömörülnek össze. Ezek a trachomaszemcsék vagy trachomacsomók, a melyek szintén a kötőhártya egész vastagságában megtalálhatók.

Ha a lennt említett papillaris túltengés és epithel megvastagodás van előtérben, akkor chronicus blenorrhoearól, ha ellenben a gömbölyded szemecskékké összeállott lymphoid beszűrődés jut túlsúlyba, trachomáról szólnak. Mind a két elváltozás azonban jóformán mindig megtalálható egymás mellett és hogy mindkető a még aránylag egészen friss blenorrhoea eseteiben is fennáll, ezt többek között a második tábla *I. sz. ábrája* is mutatja, melyre később még rátérünk. A trachomacsomók a szomszédos beszűrődött szövet felé meglehetősen élesen vannak elkülönítve; hogy régebben fennálló csomókat mindig kötőszöveti burok venne körül, amint azt *Jakobson* és *Rachimann* állítja, azt én nem találtam; vagy egyáltalában semmiféle burkot, vagy csak részlegest és hiányost találtam. Ha a diffus beszűrődés huzamosabb időn keresztül állott fenn, akkor a gömbölyded lymphoid-sejtek egy része orsó-alakú sejtekké, majd folytatólagosan kötőszöveti rostokká alakul át; az adenoid infiltratio tehát mindig heges, zsugorodó kötőszövevé alakul át. Ez az átváltozás analog kb. azzal, a melyet cirrhosis hepatisnál találunk, a midőn szintén a gyuladásos beszűrődésből keletkezett kötőszövet zsugorodik (*Fuchs*,¹⁾ *Goldzieher*²⁾ és *mások*).

¹⁾ Lehrbuch der Augenheilkunde Leipzig und Wien 1889 pag. 86.

²⁾ Goldzieher: Die chronisch-infectösen Bindehauterkrankungen. Klinische Zeit- u. Streitfragen. II. Band. 7. Heft. pag. 250.

Mennél sűrűbb és mélyebb az infiltratio, annál kiterjedtebb és mélyebb lesz a kötőhártya hegesedése és megfordítva.

Fentebb leírt vizsgálataim értelmében tehát semmi oly jellegzetes elváltozást nem találtam, a mely után ezt a két megbetegedést boncztanilag egymástól el lehetne választani, illeőleg egymástól stricte meg lehetne különböztetni.

Nagyon természetes, hogy a boncztani elváltozásoknak egyöntetű és valamennyi esetre illő leírását adni teljesen lehetetlen. Igen helyesen jegyzi meg erre nézve *Goldzieher* már citált értekezésében, melynek elolvasását mindenkinek, a ki ezzel a tárggyal foglalkozik, melegen ajánlom, hogy rövid és minden esetnek megfelelő typicus képet már csak azért sem lehet adni, mert ezek a chronikus fertőző kötőhártyai betegségek nemcsak évekig állhatnak fenn, hanem — hogy egész őszinték legyünk — határtalan ideig is eltarthatnak és azalatt az idő alatt a szöveti elváltozások sem szűnhetnek.

Részben talán ebből is magyarázhatók a sok tekintetben ellentétes nézetek: az egyik frisebb, a másik régebben fennálló eseteket dolgozott fel stb.

Nézzük már most a két megbetegedés *kóroktanát*. Az u. n. chronicus ophthalmoblenorrhoea fertőző jellegét sohasem vonták kétségbe és hogy a trachoma is fertőző természetű, az iránt — azt hiszem — ma éppen oly kevésbé lehet kétség, mint az iránt, hogy a fertőzés csak direkt contagium, de soha a levegő útján nem jöhet létre. Igaz ugyan, hogy nem is olyan régen a trachomát egyáltalában nem tartották fertőző betegségnek; hisz a mint látjuk *Arlt* is nagy súlyt fektet arra, hogy a chronicus blenorrhoea a trachomától abban is különbözik, hogy az utóbbi nem infectiosus betegség. Ennek a régebben általánosabban, sőt még ma is sok helyről hangoztatott felfogásnak okát — nézetem szerint — főleg az akkor domináló francia szemorvosokban kell keresni, a kik a trachomát, a mely, a mint tudjuk, a század elején az Egyiptomban küzdő francia hadseregben dühöngött és rövid idő alatt a 32,000 emberből álló hadseregnek jótormán minden egyes katonáját megtámadta: egyáltalában nem tartották fertőző jellegűnek, hanem ellenkezőleg ártatlan betegségnek, valami fokozódott kötőhártyai hurutnak. Ők u. i. sehogy sem akarták concedálni azt, hogy a trachomát, mely

előbb csak sporadice fordult elő Európában, ide a francia és a vele együtt harezoló olasz hadsereg importálta. Ők az akkor fellépet epidemiát azokra a kedvezőtlen befolyásokra vezették vissza, melynek a katona szeme hadjárat alkalmával egyáltalában ki van téve, a mihez ebben a specialis esetben még a gyors hőmérsékleti változások, a sivatag homokjának vakító reflexe, a homok izgató hatása stb. járult. Még máskülömben egészen komolyan vehető szemorvosok is a legképtelenebb okokat hozták fel a baj keletkezésére nézve; így pl. azt, hogy a katonák szűk nyakravalója a vérkeringést a fejtől megakadályozza, ezáltal conjunctivális hyperaemia, majd gyuladás keletkezik: továbbá, hogy a tisztító paszta pora, melylyel a katonák felszerelésük fémrészeit tisztítják, izgatja annyira a conjunctivát és annak gyuladását eredményezi. A francia orvosokkal szemben az angol és olasz katonaorvosok, kiknek akkor szintén kijutott az epidemia észleléséből, azt határozottan súlyos fertőző betegségnak tartották. A német, belga és osztrák katonaorvosok között a nézetek meg voltak osztva.

De még a legújabb időkig volt és van szemorvos, a ki a granulósát egyáltalában nem, vagy csak feltételeesen tartja fertőző képességűnek. Így pl. *Sichel* azt állítja, hogy a trachomaváladék egészséges, erőteljes embernél conjunctivitist eredményezhet ugyan, de sohasem trachomát, míg 100 gyenge, satnya egyénnél az infectio 99 esetben valódi trachomához fog vezetni. *Saemisch*, *Adelmann*, *Nettleship* a lapályos, mocsaras vidékeket, *Mathis* a lakások minőségét, a poros, füstös levegőt tekinti aetiologiai momentumnak stb.

Még abban is megoszlanak a vélemények, vajjon a megbetegedés csak direct contagium vagy a levegő útján is terjedhet. *Arlt*, *Förster* és *mások* az utóbbi mellett; *Stellwag*, *Fuchs* és *mások* ellene nyilatkoznak; én azt hiszem, hogy a levegő útján való fertőzés lehetőségét teljesen kizártnak tekinthetjük.

A mi már most a contagium természetét, honnévalóságát illeti: a fölött is nagyon eltérők a nézetek. Így *Hirsch*¹⁾ azt véli, hogy a betegség tulajdonképeni oka oly contagiumban keresendő, mely főleg Afrika éjszaki részében honos; ezt az Aegyptomból

¹⁾ Geschichte der Ophthalmologie. Handbuch der gesammten Augenheilkunde. Graefe-Saemisch. 7. Band. pag. 423.

hazatérő katonák importálták Európába Itt a contagium folytonos reproductio által fenntartotta magát és oly viszonyok mellett, a melyek továbbterjedésére előnyös befolyással voltak, a betegségnek a katonaság és lakosságnál való epidemias és endemias fellépését okozta. Ez a felfogás azonban nem állja meg a helyet, mert történetileg bebizonyítható, hogy a granulosa Európában már régebben ismert betegség volt; epidemicus és endemicus azonban tényleg csak az aegyptomi hadjárat után lett és egész pontossággal kimutatható, mint hurczolta be a beteg katonaság a megbetegedést Francia-, Olasz-, Spanyol-, Német-, Angol-, Oroszországba, Belgiumba, hozzánk stb.¹⁾

Mások azt állítják, hogy a trachomát specifikus mikroorganizmus okozza; ennek a mikroorganizmusnak biológiai, morfológiai és egyéb tulajdonságaira nézve azonban a legellentétebb felfogásokkal találkozunk. Legalább 12 egymástól minden tekintetben különböző specifikus trachoma-mikroorganizmusról tudunk.

Sattler ²⁾ a heidelbergi ophthalmológiai társaság 1881-ben, majd 1882-ben tartott ülésében a trachoma mikroorganizmusára nézve végzett vizsgálatairól számolt be. Ezen vizsgálatok értelmében a trachoma specifikus mikroorganizmusa egy körkörös kokkus, mely a blenorhoea mikrokokkusánál valamivel kisebb. A kokkusok rendszeren párosával, továbbá hármassal vagy négyesével akként vannak elrendezve, hogy egy kb. egyenoldalú három vagy négyszög szögeinek megfelelőleg helyezkednek el; az egész csoportot nyálkaburok zárja el. A mikroorganizmusnak gelatinon és más tenyésztő talajon való magatartásáról nem szölok és csak azt jegyzem meg, hogy sem *Krause* ³⁾ sem *Kucharsky* ⁴⁾ ezt a mikroorganizmust nem találták.

¹⁾ Hirsch, Burkard Eble: „Die s. g. contagiöse oder aegyptische Augenentzündung.“ Joh Nep Rust: „Die aegyptische Augenentzündung unter der preuss. Besatzung in Mainz“ Müller. Rählmann, Jäger, Wotypka és mások.

²⁾ Über die Natur des Trachoms und einiger anderer Bindehautkrankheiten. Bericht über die 13. Versammlung der ophthalmolog. Gesellschaft. 1881 pag. 18. — Weitere Untersuchungen über das Trachom nebst Bemerkungen über die Entstehung der Blenorhoea u. über Therapie l. c. 1882 pag. 45.

³⁾ Die Mikrokokken der Blenorhoea neonatorum. Centralbl. f. prakt. Aug. Maiheft. 1882. pag. 138.

⁴⁾ Bakteriologisches über Trachom. Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1887. Augustheft. pag. 226.

Kucharsky oly trachomakokkust talált, mely szilárd tenyésztő talajon 30 - 35 C^o mellett nő és pedig fehér, könnyen összefolyó foltok alakjában. A peptongelatint elhigítja és ennek felületén lehéres színű, nyúlós, resistens hártya képződik. A mikroorganizmus kulturái hasonlítanak a staphylokokkus pyogenes albus és egyéb a levegőben előforduló mikrokokkusok kulturáihoz. Oltási kísérletek negatív eredményre vezettek.

*Michel*¹⁾ trachomaepidemia alkalmával zsemlyealakú diplokokkust talált, mely igen apró, valamennyi lugos anilinfesték által megfesthető, önálló mozgása nincs, a gelatint nem hígítja el stb. *Michel* trachomakokkusának tehát más tulajdonságai vannak, mint *Sattler*ének és *Kucharsky*ének.

Erről a mikroorganizmusról azonban *Kartulis*²⁾ nem ismeri el, hogy ez a trachoma specificus mikroorganizmusa volna, mert úgy ő, mint *Koch* és *Gaffky*³⁾ is mindig csak olyan mikroorganizmust találtak a trachománál, mely a xerosis bacillusához feltűnően hasonlít ugyan, de vele nem identikus. A *Michel*-féle diplokokkust *Baumgarten* és *Vossius* nem, *Goldschmid* ellenben megtalálta, valamint *Staderini* is, kinek az oltási kísérletek is sikerültek.

*Noiszweszký*⁴⁾ bakteriologiai vizsgálatainak eredménye lényegesen elüt minden tekintetben az előbbi vizsgálatoktól; egészen más tulajdonságokkal bíró trachoma-mikroorganizmust talált, a melyvel az oltási kísérletek pozitív eredményre vezettek. A többi vizsgálónak azonban az ő mikrosporon trachomatosumát soha sem sikerült megtalálni. *Shongolovicz*⁵⁾ a trachoma mikroorganizmusát

1) Ueber den Mikroorganismus bei der s. g. aegyptischen Augenentzündung. Archiv für Augenheilkunde.

2) Zur Aethiologie der aegypt. catarrhal. conjunctivitis. Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasiten-Kunde. Jena I pag. 289 Excerpt. Nagel-Michel Jahresbericht etc. 1887. pag. 205.

3) Bericht über die Thätigkeit der zur Erforschung der Cholera im Jahre 1883 nach Aegypten und Indien entsendten Commission. Nagel-Michel Jahresbericht 1885 pag. 205.

4) Der Mikroorganismus des Trachom, Mikrosporon trachomatosum. Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. 1891 Märzheft. pag. 65.

5) Zur Frage von den Mikroorganismen des Trachoms. St. Petersburger med. Wochenschrift. Nro 28—30 Refer. aus Baumgartens Jahresbericht von Vossius.

illetőleg végzett figyelemre méltó munkájának eredményét a következőkben foglalja össze:

Trachománál az elváltozott szövetben mindig egy kis rövid pálczikát találtam, mely valamennyi ismert pathogen és nem pathogen bakteriumtól bizonyos morfológiai és biológiai tulajdonságok által különbözik.

A kulturáknak macskák és házi nyúlak kötőhártyájába végzett oltásainál néha sikerül a trachomához hasonló betegséget előidézni.

Valamennyi megvizsgált esetben megtalálható volt a bakterium.

A bacillusnak azon sajátos magatartásából, hogy vagy egyik, vagy mindkét polusán a fényt erősebben törí és élénkebb festést vesz fel, valószínűséggel megmagyarázható az, hogy az előbbi autorok a trachomásan elváltozott szövetben miért találtak mikrokoccusokat, de bacillusokat nem.

A bacillus alakú mikroorganizmusoknak a trachomás kötőhártyában való állandó jelenléte arra a feltevésre jogosít, hogy a trachomát nem kokkusok, hanem rövid bacillusok okozzák.

Látnivaló, hogy *Shongolovicz* trachomabacillusának ismét lényegesen más tulajdonságai vannak, mint a többi autor által talált trachomamikroorganizmusnak.

Adamück a kimetszett trachomás kötőhártyában több ízben tuberkulosis-bacillust is talált.

Magam is, a ki 7 esztendőn keresztül nagyobb trachoma-betegosztály élén álltam és ez alatt az idő alatt 2545 trachomás beteget kezeltem, *Kunze E.* ezredorvos barátommal éveken át foglalkoztam a trachoma kérdésével, melynek klinikai és histológiai részén nagyrészt én, bakteriológiai részén pedig ő dolgozott. Vizsgálataink azonban — hogy őszinték legyünk — nemesak hogy pozitív eredményre nem vezettek, hanem az eredmény még negative is alig értékesíthető. Részemről abban a meggyőződésben vagyok, hogy a trachomás szövetben és váladékban mindig csak vagy a valóságos *Neisser*-léle gonokokkust vagy annak kissé modificált alakját lehet megtalálni, a mint azt *Kartulis* is minden olyan esetben meglegelte, a melyben a chronicus blenorhoea azután trachomába (?) ment át.

Vizsgálataink röviden összefoglalva a következőket derítették ki:

A bakteriológiai vizsgálathoz mindig azokat a kóralakokat választottam ki, a melyeknél a kötőhártya a tiszta granulosát mutatta

vagy legalább a papilláris túltengés (mely régebben fennálló trachománál alig hiányzik) a szemcsképződés mellett egészen háttérbe szorult. A kötőhártyát abban az esetben, ha az átmeneti redőt vagy annak kisebb-nagyobb részét kimetszettem, először sterilizált cocainoldat becsepegtetésével, esetleg az oldatnak befecskendezésével érzéstelenítettem, azután a szemet 1 : 3000—5000 sublimátoldattal irrigáltam és kimostam, majd azután a kötőhártyából sterilizált eszközökkel kisebb-nagyobb darabot kimetszettem, mely azonnal a készen tartott kémcsőbe, illetve alkoholba került. Ugyanily kautelák között vettük a vizsgálatra kerülő váladékot is.

A vizsgálatoknak csak egy sorozatát közlöm kivonatossan, *Kunze E.* följegyzései nyomán.

I-ső kísérlet. Váladék az átmeneti redőből, agarlemezen 37 C° és kocsonyalemezen szoba hőmérsék mellett tartva. Két nappal később az agarlemez fehér, fénylő, kb. lencsemekkoraságú, kiemelkedő, élesen határolt, felületes koloniákkal van ellepve. Ezek közép nagyságú csoportokban, néhol láncszerűleg formált közép nagyságú kokkusok tiszta kulturáiból állanak. Az ezekből készült felszínes, vonalas kultúra 37 C° mellett vastag, bágyadt szürke színű lepedéket képez. A kokkusok *Gram* szerint festhetők. A kocsonyalemezen nem jelentkezik elváltozás.

II-ik kísérlet. A kimetszett trachomás átmeneti redő glicerin-agarra szélesztve. Negyedik nap 37 C° mellett csekély számú, lencse nagyságú kolonia fejlődik, melyek nagyobb, vastos kokkusokból állanak. *Gram* szerint nem festhetők.

III-ik kísérlet. Kimetszett trachomás átmeneti redő. Az agarlemezen két nappal később ugyanoly koloniák fejlődnek, mint az első számú kísérletnél, a kokkusok is ugyanolyanok.

IV-ik kísérlet. Kimetszett átmeneti redő, két napig 37 C° mellett gelatinban; azután egy platinkacsával agarra. Hetednapra a lemezen gombostüfej nagyságú, kevésbé promináló, sárgásfehér, élesen határolt, granulált kulturák képződnek, melyek csillaghoz hasonló elrendezést mutatnak. A mélyebb telepek apróbbak, tojásdad alakúak, sötétsárga színűek, kettesével és tetradokká összeálló kokkusokból állanak, a melyek hosszú kásák és kocsonyaszerű tokjuk van. A kokkusok *Gram* szerint festődnek, úgyszintén igen könnyen anilinfestékekkel.

V-ik kísérlet. A kötőhártya váladékából két agarlemez. Másnap 37 C° mellett mákszem mekkoraságú, fehér, élesen határolt, granulált, homogén maggal bíró kolóniák fejlődnek. A kokkusok tetradokban és csoportokban vannak elhelyezve, melyekben a páros szám praevaléal. A szurt kolónia gelatinon, szoba hőmérsék mellett kifejlődik, a gelatint kúpszerűleg elhigítja és azon borvirághoz hasonló lepedék képződik. A kokkusok *Gram* szerint festődnek.

VI-ik kísérlet. A trachomaváladékból két agarlemez szélesztve. 37° mellett két nap alatt éppen oly kolóniák fejlődnek, mint az V-ik kísérletnél.

VII-ik kísérlet. A trachomás váladékból két agarlemez, 37 C° mellett. Harmadnapra mákszem nagyságú, gömbölyű, élesen határolt, durván szemcsézett kolóniák képződnek, melyek közép nagyságú, *Gram* szerint festhető kokkusokból állanak, azonkívül kevés szürkés-fehér színű, szemcsézett, sokkal áttetszőbb kolónia.

VIII. kísérlet. A váladék egy része glicerínagarra szélesztve, másik része költő hőmérséklet mellett húislevesre. Másnap a bouillon elhomályosodott, tejszerű küllemű. A függő cseppben kétféle kokkus látható: csoportban álló nagyobb — és élénk mozgású apró diplokokkusok. Az előbbieket megegyeznek az I. alatt leirtakkal, *Gram* szerint festődnek, az utóbbiak nem. A bouillonból szélesztett agarlemezen ugyanazok a kolóniák jelentkeznek, mint az I-ső kísérletnél. Ezeknek a kokkusoknak szurt kolóniái gelatinon szobahőmérsék mellett is kifejlődnek, a gelatin elhígul, közel a felszínhez légkölyök képződik.

IX-ik kísérlet. Trachomás váladék. Az agarlemezre helyezett pehely negyednapra szemcsézést mutat, mely 100-szoros nagyítás mellett sárgásbarna, kerekded, a felületen 1—2 mm-re kiterjeszkedő kolóniának bizonyul. Ez közép nagyságú kokkusokból áll, melyek többnyire párosával vannak elrendezve és csekély mozgást mutatnak. *Gram* szerint jól festődnek.

X-ik kísérlet. Trachomás váladék. Felszínes, vonalas kulturák bouillonban és agarlemezen 37 C° mellett. A lemezen négy nap alatt egészen apró fehér, fényes izolált pontocskák keletkeznek; ezek függő cseppben megvizsgálva mozdulatlan, sodort, meglehetősen nagy bacillusoknak (8 μ .) látszanak, melyek láncszemmódra fűzött kokkusokból vannak alkotva.

XI-ik kísérlet. Átmeneti redő; egy része bouillonba, másik része

glycerin-agarra kerül, 37 C° mellett tartva. Ugy a bouillonban, valamint az agaron is kolóniák keletkeznek, melyek az I-ső és VIII-ik számú kísérleteknél talált kokkusokkal analog kokkusokból állanak.

XII-ik kísérlet. Átmeneti redő. Bouillon és glycerinagar kulturák 37 C° mellett. Másnap tiszta kulturák keletkeznek, melyeknek kokkusai azonosak az I—VIII. és XI. számú kísérleteknél találtakkal. A XI. és XII. sz. kísérlethez használt trachomás átmeneti redő egy részéből készült és gyenge lúgos methylenkék oldattal festett histológiai praeparatumok megvizsgálásánál a tipikus trachomacsomókban és azok között helyet foglaló, intensive festett, csekély nagyítás mellett homogeneknek látszó rögök találhatók, melyek immersioval való vizsgálásnál kokkusrakásoknak bizonyulnak.

Az említett bakteriologiai vizsgálatok azonban még nem az összesek, melyeket a trachoma mikroorganizmusát illetőleg végeztek, de azt hiszem elégségesek, hogy lássuk, miszerint erre a kérdésre vonatkozólag mily differálók a nézetek és a vizsgálatok eredményei.

Egy harmadik, nem éppen nagy része a szemészeknek — és ezek között magam is — azt állítja, hogy a trachoma valamennyi alakjának kórokozója az urethralis gonorrhoea váladéka: a tripper-secretum. Hogy ez a váladék okozza az acut ophthalmoblenorrhoea gonorrhoeicat, az iránt egyáltalában nem főrog lenn kétség. Ha acut vagy subacut gonorrhoeás váladék jut a szembe, acut ophthalmoblenorrhoeára — trachoma papillare — vezet, ennek a váladéka egy másik szemben trachoma granularet eredményez, melynek secretuma tovább oltva újból chronicus blenorrhoeat vagy pedig granularis trachomát eredményez és így tovább; egy szóval utolsó sorban a contagiumot mégis csak a tripperváladék szolgáltatja; sőt a chronicus urethralis gonorrhoea váladéka egyenesen trachomát okozhat.

Hogy az tényleg így van, azt mindenek előtt és minden kétségen felül *Piringer* kísérletei bizonyítják, de azután számtalan klinikai tapasztalás és észlelés is.

Melyek azok a híressé vált és mindeddig senki által meg nem czáfolt *Piringer*-féle kísérletek? *P. experimentumaival*, melyeket nagyrészt megvakult emberek szemein végzett, kimutatta mindenekelőtt azt, hogy a gonorrhoeás váladék emberi köthártyán acut és chronicus blenorrhoeát éppen úgy hozhat létre, mint trachomát;

kimutatta továbbá azt, hogy egy és ugyanazon kötőhártya által termelt váladék az egyik egyénnél chronicus ophthalmoblenorrhoeára, a másikon pedig trachomára vezetett, sőt egy esetben ugyanazon egyénnél, ugyanazon váladékkal való oltás az egyik szemén chronicus blenorhoeat, a másikon ellenben trachomát idézett elő. Olyan esetet, a hol az egyik szemén chronicus blenorhoea, a másik szemén pedig a tiszta granularis trachoma képe állott fenn, magam is *hármat* láttam. Két esetben az infectio és pedig szándékos autoinfectio az egyén saját chronicus tripperváladékával történt, a mint azt az illetők bevallották; a harmadik esetben az infectio valószínűleg ugyanily módon történt, csak hogy a beteg azt tagadta. Továbbá észleltem egy esetet, a midőn egy acut urethralis gonorrhoeában szenvedő férfi a váladékkal a jobb szemét inficiálta, a melyen igen heves ophthalmoblenorrhoea gonorrhoeica lépett fel, mely széli szaruhártyai fekélyhez vezetett és ez sűrű cornealis heg hátrahagyásával gyógyult. Az infectiót követő napon a beteg osztályomra került, egészen izoláltatott, külön ápolót kapott, az egészséges bal szemét védő kötés alá helyeztem. Az urethralis, valamint a kötőhártyai váladékban *Neisser-téle* gonokokkusokat nagy számban lehetett kimutatni. A fulminans gyuladási tünetek lassan visszafejlődtek és a jobb szemén a chronicus ophthalmoblenorrhoea tipikus képe maradt vissza. Ennek a szemnek alsó átmeneti redőjéből egy darabot kimetszettem, melynek mikroszkopiai praeparatumát a II. *tábla 1-ső ábrája* mutatja.

Három hétre a megbetegedés kezdete után a reggeli beteglátogatásnál, a védőkötés változtatása alkalmával a bal szemét, mely előbb teljesen rendes volt, injiciálnak, kivörösödöttnek és könnyezőnek találtam, a palpebralis kötőhártyát csekélyebb mérvben duzzadtnak és kivörösödöttnek. A beteg azt vallotta, hogy az előző napon, a védő kötés változtatása után, valami bántotta a bal szemét és ő úgy érezte, mintha kötő gyapotonál került volna ebbe a szemébe; ezért a sparadrapkorongot leválasztotta és jobb kezének mutató-ujjával kissé megdörzsölte a szemét; a kellemetlen érzés ezután megszűnt, de az éj folyamán újból jelentkezett. Én a védőkötést elhagytam s a szemnek $\frac{1}{2}\%$ kal. hypermang. oldattal való szorgalmas kimosását rendeltem el és a kötőhártyát 2% lapolisoldattal ecseteltem. Következő napon a szem erősebben secernált, a se-

rosus váladékban sok genycafatot és ezekben *Neisser* féle gonokokkusokat lehetett találni (I. II. tábla, 3. ábra.)

Mialatt azután a gyuladásos tünetek mind a két szemem mindinkább visszafejlődtek, a jobb szem kötőhártyáján a chronicus blenorrhoea képe maradt fenn, míg a bal szemem a tiszta granularis trachoma klinikai képe mutatkozott. Ennek a szemnek alsó átmeneti redőjéből szintén kimetszettem egy darabot; mikroszkopiai praeparatumát a II. tábla 2. ábrája mutatja.

Ebben az esetben tehát a tripperváladékkal való infectio az egyik szemem közvetve chronicus blenorrhoeát, a másik szemem pedig tiszta granularis trachomát eredményezett. Annak a lehetőségét, hogy az infectio a bal szemem más oldalról jöhetett volna, a beteg teljes izolálása, külön ágynemű használata, külön ápoló stb, jóformán kizárják.

Goldzieher a budapesti vakok intézetében egy trachoma-epidemiának volt tanuja, mely epidemia alkalmával a chronicus blenorrhoea éppen úgy, mint a tiszta granularis trachoma, képviselve volt, valamint a két kórképet egymás mellett is lehetett látni; az epidemiát egy fiú okozta, a ki acut ophthalmoblenorrhoeában szenvedett és ennek következtében mind a két szemén meg is vakult.

Sattler egy esetet látott, a melynél virulens vaginalis folyásban megbetegett nő újszülött gyermeke acut ophthalmoblenorrhoeában szenvedett; az anya azután a gyermek útján inficiálódott és nála a tiszta granularis trachoma lépett fel. Az egész vidéken nem volt trachomás megbetegedés.

*Fuchs*¹⁾ a következő esetet említi: 1887. őszén két nővért vettek fel klinikájára; az öregebb leánynak mindkét szemén acut ophthalmoblenorrhoea gonorrhoea volt, az infectiot az ennél a betegnél fennálló vaginalis fluor eszközölte; a fiatalabb leány szeméit nővére szeméinek secretuma inficiálta és itt szintén blenorrhoea acuta mutatkozott, jóllehet enyhébb. A mikor az utóbbi betegnél a léghevesebb tünetek visszafejlődtek, az átmeneti redőben feltűnő nagy számban trachoma-szemcséket, tehát tiszta granularis trachomát lehetett látni. *Fuchs* ezen kívül még számos esetet észlelt, a hol az acut blenorrhoea után granulosa fejlődött ki, de még szá-

¹⁾ Lehrbuch der Augenheilkunde. Leipzig und Wien 1889 pag. 88.

mosabb esetben mutatta ki ezt górcsövi vizsgálat által, kimetszett kötőhártyai részeken.

*Ottava*¹⁾ szintén 5 igen érdekes esetet látott és közölt, a hol mindannyiszor a genitáliák gonorrhoeás váladéka az egyik egyénnél blenorrhoeat, a másikon ellenben trachomát idézett elő. Az első esetben a férfi urethralis gonorrhoeájával viselő feleségét inficiálta; a született fiu ophthalmia neonatorumban betegedett meg, az azt ápoló anya inficiálta magát a gyermektől és trachomát kapott. A második esetben fluor albusban szenvedő nő újszülötte ophthalmoblenorrhoea neonatorumban szenvedett; a gyermeknek 3%-os borsavas borogatások lettek rendelve; a négy éves nővér a borogatásokat — utánzásai vágyból — saját szeméire is alkalmazta és trachomába esett, melyet azután tőle apja, anyja és valamennyi testvére megkapott. A harmadik esetben egy varró leány heves gonorrhoeat aquiralt és a váladékkal bal szemét inficiálta. A cornea elpusztult, a bulbus atrophias lett. Hetek múlva azután inficiálta eddig teljesen egészséges jobb szemét is, melyen igen kifejezett trachoma fejlődött ki. A negyedik esetben egy vaginitisben szenvedő leány mindkét szemét fertőzte és azokon acut ophthalmoblenorrhoea lépett fel, melynek lezajlása után az átmeneti redőben trachomacsomók voltak láthatók. Végre az 5 ik esetben egy 35 éves mérnök idült urethralis gonorrhoeájának váladékával fertőzte szeméit, melyeken a legkifejlettebb trachoma jelentkezett.

Ezekon kívül még több klinikai tapasztalatot hozhatnék fel, de azt vélem, hogy azokból is, melyeket szerencsém volt megemlíteni, eléggé kitűnik, hogy a gonorrhoeás váladék egyik esetben közvetlenül vagy közvetve chronicus ophthalmoblenorrhoeát, a másik esetben pedig trachomát eredményez. Hogy itt az egyéni constitutio vagy pedig esetleg a kötőhártya localis bonczani viszonyai (talán az adenoid szövet elrendezése [*Goldzieher*]) játszik közre, azt nem tudjuk, *de annyi bizonyosnak látszik, hogy az u. n. chronicus blenorrhoeának és a trachomának kórokozója egy és ugyanaz*

Végül még a két megbetegedésnek klinikai részére is kell terjeszkednünk és pedig arra, hogy milyen a két betegség klinikai kórképe, lefolyása, melyek a complicatiói, utókövetkezményei és mi-

¹⁾ Tanulmány a trachomás szemgyuladásról. Budapest, 1891. 31. old.

lyen orvoslásuk. Egyöntetű leírást erről a két megbetegedésről nem igen találunk, minek az oka főleg abban keresendő, hogy ez a két megbetegedés az esetek túlnyomó nagy többségében éppen csak egymás mellett található; ez szintén a mellett bizonyít, hogy tulajdonképpen csak egy megbetegésről van szó.

Az egyik és a másik megbetegedést is — röviden — nagyrészt *Schmidt-Rimpler* nyomán írom le, mert ő szigorúan elválasztja a két betegséget egymástól, azután az ő könyve egyike a legjobb szemészeti tankönyveknek.

Szerinte a chronicus ophthalmoblenorrhoeát a conjunctivalis papillák túltengése jellegzi; ezek sokszor tetemes nagyságot érnek el és szemölesszerűleg, esetleg karfiol vagy kakastaréj alakjában kiemelkednek a vér- vagy vérvörösen elszínesedett kötőhártya fölé. A váladék tömegesebb, mint a hurutnál és genyszerű. Ha a baj húzamosabb időn keresztül áll fenn, akkor nem ritkán főleg a szemzugokban egyes folliculusok keletkeznek, de nem oly nagy számban, hogy az eredeti körképet felismerhetlenné tennék. A baj lefolyása chronicus, visszaesésekre és exacerbálásokra nagy a hajlam. A visszafejlődési stádiumban rendszeren csak kevés hegszövet képződik és ha heg keletkezik, ennek rendszeren lapszerű kiterjedése van. A complicatiók közt megemlítendők a szaruhártya apró infiltrátumai és kifelégyedései, továbbá a pannus; az orvoslás a baj kezdeti stádiumában argent. nitr. oldattal való ecsetelésekben áll, majd cupr. sulf. jegecczel való kenésben, továbbá ha pannus is van a *Guthrie*-féle kenőcs alkalmazásában stb. stb.

A chronicus granulatiók — vagyis a trachoma — a conjunctivába beágyazott, gombostülej egészen köles nagyságú, szürkés-sárga, kevéssé áttetsző szemcsék alakjában mutatkozik; azonkívül a kötőhártya többé-kevésbé kifejezett papillaris túltengést mutat; a papillák néha oly csekély mértékben emelkednek ki, hogy a kötőhártyának a nyírott vörösbársony küllemét kölesönzik, máskor meg szemölcs vagy pallisádszerűleg dagadnak ki, a mikor azután jól oda kell nézni, hogy a folliculusok el ne kerüljék figyelmünket. A váladék lehet csekély, de fokozódott is és a blenorrhoeás váladékhoz hasonló, tehát genyszerű. A baj lefolyása eminens chronicus, exacerbatiókra nagy a hajlam; spontan gyógyulása ritka, kellő orvoslás mellett teljes resorptio következhetik be, máskor kiterjedt

hegesedésre vezet, mely entropiumot, trichiasist, symblepharont stb. eredményez. A complicatiók között apró cornealis infiltratumok és fekélyek, továbbá a pannus említendő. A kezelés azonos a chronicus blenorrhoea kezelésével.

Az itt vázoltakból, — melyek oly szerzők nyomán vannak felhozva, kik a két megbetegedést egymástól megkülönböztetik — kétségen kívül a következők derülnek ki: mindenekelőtt az, hogy az esetek túlnyomó nagy többségében a blenorrhoeára jellegzetes papillaris túltengés mellett szemcséket — és viszont a trachomára jellegzetes szemcsék mellett papillaris túltengést lehet találni; azután az, hogy a két megbetegedés lefolyása teljesen azonos, a mennyiben mind a kettő eminens chronicus jellegű és exacerbálásokra mind a kettőnek nagy a hajlandósága, a váladék úgy az egyik, mint a másiknál genyszerű lehet, továbbá az orvoslás is ugyanaz és végre mind a kettő egyaránt cornealis fekélyekhez, infiltratumokhoz és pannushoz szokott vezetni. Különösen kiemelendőnek tartom azt a körülményt, hogy mind a két megbetegedésnél egyaránt cornealis pannussal találkozunk. A pannus *Rachlmann* vizsgálatai szerint nem más, mint a trachomás folyamatnak a palpebralis és bulbaris kötőhártyáról a cornealis kötőhártyára (epithel és Bowman féle szövet), lymphoid beszűrődés alakjában való áttérése. Ha a chronicus blenorrhoeánál csak papillaris túltengéssel volna dolgunk, akkor a pannusképződés elmaradna; hiszen látjuk, hogy a conjunctiva chronicus hurutja, azután az u. n. hypertrophizáló kötőhártya hurut pannust sohasem szokott eredményezni.

Elüt azonban a két megbetegedés a fent elmondottak szerint abban, hogy míg az egyiknél, t. i. a chronicus blenorrhoeánál hegedés és zsugorodás csak ritkán jó létre és ha igen, nem mélyre terjedő és lapszerű, addig az a trachománál leggyakrabban bekövetkezik és az említett utókövetkezményekre vezet (trichiasis, entropium stb.) melyek ezek szerint a chronicus ophthalmoblenorrhoeánál rendszeren vagy mindig elmaradnak.

Miután azonban — a mint azt fent már kifejtettem — a hegesedés kiterjedése és mélysége a diffus beszűrődés kiterjedésétől és mélységétől függ — és ez közös mind a két megbetegedésnél — és miután példákkal is illusztráltam, hogy még acut ophthalmoblenorrhoea után is kiterjedt hegesedés jöhet létre: azt a felfogást nem fogadhatom el.

Mindezek után tekintettel arra, hogy — tapasztalataim szerint — mind a chronicus blenorrhoea, mind a trachoma egyaránt a kötőhártya hegesedésére és zsugorodására vezethet; tekintettel arra, hogy jellegzetes bonczani különbségek a két megbetegedés között nincsenek, ellenkezőleg a bonczani elváltozások megegyeznek; tekintettel továbbá arra, hogy mind a két betegség lefolyása és az azok mellett fellépő complicatiók ugyanazok, a gyógykezelés is egy; tekintettel végre és főleg arra, hogy a két megbetegedés kóroktana is teljesen azonos: *én a két megbetegedést egymástól elválaszthatónak nem ismerem el, hanem azokat teljesen analog megbetegedéseknek tartom.*

És most még csak röviden körvonalozom a trachomát illető nézetemet. *Nézetem szerint csak egy fertőző, chronicus kötőhártya megbetegedés létezik — ez a trachoma.*

A trachoma azonban két alakban léphet fel, nevezetesen, mint: *trachoma blenorrhoicum s. papillare* és mint: *trachoma granulare s. folliculare*. Hangsúlyoznom kell azonban azt, hogy az esetek aránytalan nagy többségében mind a két alak (klinikailag és boncztanilag is), egymás mellett áll fenn és hol a papillaris túltengés praevaleal, hol pedig a szemcsék képződése lép inkább előtérbe. A trachomának tehát mintegy paradigmája a kevert trachoma [*trachoma mixtum (Stellwag)*].

A trachoma papillare s. blenorrhoicum — a mint az elnevezés is már jelzi — egyrészt a nagyobb mennyiségben producált nyálkás-gennyes, tehát blenorrhoeás váladék, másrészt pedig a kötőhártya tarsalis részének papillaris túltengése által van jellegezve. Az u. n. papillaris túltengések ujonnan képződött ecescentiák, melyek hol egyenletesen és csak csekély mértékben emelkednek ki, a midőn a kötőhártyának egyszerűen érdes, esetleg cserepezett küllemet kölcsönöznek, hol meg egyenlőtlenül nyúlnak meg és erősebben prominálnak, a midőn a kötőhártya szederszerű vagy karfiolszerű küllemű lesz. Az átmeneti vagy áthajlási redők dúzzadtak, dagadtak és sokszor úgy látszik, hogy 2—3 hosszirányban haladó, mély barázda által ugyanannyi részre vannak osztva. A kötőhártya felületén, valamint az ecescentiákon és azok között, úgyszintén a barázdákban kisebb-nagyobb mennyiségű gennyyszerű váladék található. A szemhéjak rendszeren megvastagodottaknak látszanak, külö-

nösen a felső; a megvastagodás foka a mély diffus beszűrődés mennyiségétől függ.

Ez a trachoma tiszta blenorrhoeás alakja. Aránytalanul gyakoribb azonban, hogy a papillaris túltengések között kisebb számban, az átmeneti redőkben ellenben nagyobb számban áttetsző, szürkés, szürke-sárga színű szemcséket lehet látni, sokszor sorban egymás mellett elrendezve.

A trachoma granularet vagy follicularet a trachomaszemcséknek nagyobb számban való fellépése karakterizálja. Ezek a trachomaszemcsék szürkés, sárga, szürkés-sárga, kevésbé áttetsző, ovális, vagy kerek alakú szemcsék, melyek gombostűfej vagy kölesmekkoraságúak; sokszor még nagyobbak is lehetnek. A szemcsék kedvencz székhelye a felső és alsó átmeneti redő, főleg a felső, a melyben gyakran két-három sorban találhatók egymás mellett elrendezve. A tarsalis conjunctivában szintén megelhetők, itt azonban csak sárga, vagy lehéres-sárga, kisebb-nagyobb pettyek alakjában mutatkoznak, miután itt a szemese az alapjához (tarsushoz), erősebben odarögzített kötőhártyát nem emelheti annyira fel. Megtalálhatók azonkívül — jöllehet aránytalanul ritkábban — a bulbáris kötőhártyában és a félhold alakú redőben is. A conjunctiva, valamint a szemhéjak sokszor megvastagodottak, a felső szemhéj gyakran lelog; ez a kiterjedt és mély (a porczra is kiterjedő), diffus, adenoid infiltratio következménye. A váladék rendszeren csekélyebb és nem gennyszerű; a felhám- és papillaris-túltengés vagy hiányzik, vagy csak csekély.

Ez a trachoma tiszta granularis alakja.

Az esetek nagy többségében azonban ily tiszta körképet nem látunk, hanem a trachomaszemcsék mellett a fennebb leirt papillaris túltengés többé-kevésbé kifejezve megtalálható, a váladék is fokozódott és sokszor gennyszerű.

A betegség mindkét alakjára jellegzetes adenoid infiltratio, a betegség további stádiumában fibrillaris kötőszövevé alakul át; a kötőhártya tehát heges lesz és zsugorodik.

A trachoma complicatioiról (fekélyek, infiltratumok, pannus trachomatosus), lefolyásáról, az utóbajokról (trichiasis, distichiasis, entropium stb.), a gyógykezelésről stb. már megemlékeztünk, azokkal bővebben foglalkozni ennek az értekezésnek keretén kívül esik.

A mi a trachoma két kóralakjának elnevezését illeti, az első alakot kizárólag *trachoma papillarenak*, az utóbbit *trachoma granularenak* kell elnevezni; a trachoma blenorrhoicum nevet főleg azért tartom elejtendőnek, hogy a chronicus blenorrhoeára való vonatkoztatás még a kifejezésben is elkerültsék; a trachoma folliculare nevet meg azért, hogy kitessék, hogy a trachoma ezen alakja a catarrhus vagy conjunctivitis follicularissal (mely utóbbi elnevezést sokan a trachomára foglalták le), semmitéle összefüggésben nincsen.

Csak még néhány szót a conjunctivitis s. catarrhus follicularisnak elnevezett kötőhártya elváltozásról, melyre a *folliculosis conjunctivae* elnevezést tartom megfelelőbbnek, mert a kötőhártyán sem hurutnak, sem gyuladásnak nem kell okvetlenül fennállani a folliculusok eruptioja mellett. A trachoma granulare s. follicularehoz ez a megbetegedés vagy elváltozás csak abban hasonlít, hogy mind a kettőnél szemcséket vagy folliculusokat találunk, minden egyébben azonban lényegesen eltér ez a két betegség egymástól és csak ritkák azok az esetek, a melyeknél nem határozhatjuk meg azonnal, hogy trachomával vagy folliculosával van-e dolgunk.

A folliculosis conjunctivae-nél boncztanilag apró, kerek vagy hosszirányban tojásdad alakú szemcséket találunk, a melyek a conjunctivában rendszeren csak felületesen székelnek; a szemcsék lymphoid sejtek összeállásából keletkeznek, kötőszöveti burkolatuk vagy van, vagy nincs. A conjunctivalis felhámréteg elváltozást nem mutat, a kötőhártya adenoid szövetének diffus beszűrődése nem található, a tarsus szövete minden esetben teljesen ép és változatlan. Ezeket a nemleges tulajdonságokat azért emelem ki, mert boncztanilag éppen ezekben különbözik a folliculosis conjunctivae a trachomától.

Klinikailag a folliculosánál apró hólyagesákat vagy szabályos alakú tüszőket látunk. A tüszők oválisak, kb. 1—1.5 mm. hosszúak, 0.5—1.0 mm. szélesek, a kötőhártya fölé kissé kiemelkednek; színük halványsárga vagy halványpiros, áttetszők, kedvencz székhelyük a szemzugok és az áthajlási redő, a tarsalis kötőhártyában vagy egészen hiányzanak vagy csak gyéren vannak. A folliculusok a hurut képe között jelen lehetnek és fennállhatnak, de azért a kötőhártya catarrhalis affectioja teljesen hiányozhatik és annak sem objectív, sem subjectív tüneteivel nem találkozunk.

Jóllehet a folliculusok néha sok időn keresztül változatlanul megmaradnak, a kötőhártya hegesedésére és zsugorodására egy esetben sem vezetnek, még akkor sem, ha éveken át tartanak. A folliculusok resorptió útján tűnnek el. Szaruhártya complicatiókat, nevezetesen cornealis pannust soha sem okoznak és ha széli sarló alakú fekélyek mutatkoznak, akkor azok a bajtól függetlenül, vagy járulékos alakban fennálló hurut által vannak feltételezve; hiszen egyszerű conjunctivalis hurut mellett is találunk ilyen széli, sarló alakú catarrhalis fekélyeket.

A kötőhártyai elváltozás valószínűleg miasmatikus eredetű, bár infectiosus eredetét teljesen kizárni nem lehet, de bebizonyítani sem. Leggyakrabban iskolás gyermekeknél található és olyan egyéneknél, kik poros, füstös, rosszul szellőztetett helyiségekben tartózkodnak. Előfordul azután anaemiás gyermekeknél és törési rendellenességek mellett mutakozó asthenopiás bajoknál.

A trachomától a folliculosis conjunctivae a következőkben különbözik: a folliculusok kisebbek, mint a trachomaszemcsék, számuk is mindig sokkal csekélyebb, azután átlátszóbbak, nem oly sárgásszürke színűek, nem is oly tömör külleműek. A felső szemhéjon rendszeren hiányzanak, míg a trachomaszemcsék ott rendszeren nagyobb számban találhatók meg. A folliculosánál papillaris hypertrophia soha sem szokott jelentkezni, a mély sejtes beszűrődés teljesen hiányzik és éppen azért heggedés és zsugorodás soha sem következik be, cornealis complicatiókra, nevezetesen pannusra sohasem vezet.

Azt hiszem, hogy ez oly lényeges különbség, mely a folliculosának a trachomától minden tekintetben való megkülönböztetését feltétlenül megkívánja.

Felhasználom végül az alkalmat, hogy *Horner*, *Vossius* és *Kniess* egy-egy idevágó nézetére kitérjek, mely saját tapasztalataimmal is merőben ellenkezik.

*Vossius*¹⁾ u. i. azt állítja, hogy trachoma follicularet (vagy a mint ő mondja »granulatiókat«) csakis akkor szabad diagnosztizálni, ha a folliculusok a felső szemhéjon is főnnállanak, mindaddig, míg csak az alsó szemhéj kötőhártyájában találhatók, pathognomiás jel-

¹⁾ L. c. pag. 154.

legük nincs. Ez teljesen indokolatlan állítás. Én elég oly esetet láttam, a hol a felső szemhéj kötőhártyája teljesen ép volt, az alsó szemhéjon pedig exquisit trachoma volt, mely azután hetek vagy hónapok múlva a felső szemhéj kötőhártyájára is áttért. Mi volt tehát a megbetegedés mindaddig, míg a felső szemhéjra át nem tért, ha nem volt trachoma?

Rachmann,¹⁾ a kinek a trachoma terén igen bő tapasztalatok állanak rendelkezésére, éppen az ellenkezőt találta, mint *Vossius*, t. i. azt, hogy a trachomaszemcsék feltűnő gyakran csupán az alsó szemhéjra maradnak reducálva. 42 erre való tekintettel megvizsgált szemnél 32 esetben a trachomaszemcsék kizárólag az alsó szemhéj kötőhártyájában voltak megtalálhatók, 9 esetben úgy a felső, mint az alsó szemhéjon és egy esetben csak a felső szemhéjon. Én ugyan nem találtam meg ilyen arányban kizárólag az alsó szemhéj megbetegedését, mindazáltal *Vossius* állítása távolról sem felel meg tapasztalataimnak.

Ép oly kevésbé találom beigazoltnak *Kniessnek*²⁾ azt a maximumát, hogy a trachoma (vagy a hogyan ő nevezi, a follicularis blenorrhoea) csakis ott otthonos, a hol a conjunctiva follicularis degenerálása endemicus és *Horner*-nek azt a nézetét, hogy a conjunctiva folliculosisa mintegy első stadiuma a trachomának, mert én nagyon sok esetben megtaláltam iskolás gyermekeknél a conjunctiva folliculosisát, oly falvakban, a melyeknek egész környékében a trachomának nyoma sem volt és százakban láttam folliculosát, melyből trachoma soha sem lett, hanem akadálytalanul és nyom nélkül meggyógyult.

¹⁾ Ueber Trachom Volkmanns Sammlungen klinischer Vorträge. Nr. 263 pag. 2447

²⁾ L. c. pag. 119.

A redukáló anyagok kiválasztása betegeknél.

Urbanetz Ede dr.-tól.

A redukáló anyagok épélettani kiválasztására vonatkozólag a phosphorwolframsavas módszer segélyével nyert és eddig rendelkezésre álló adatok ¹⁾ még nem elégségesek arra, hogy ezek alapján a redukáló anyagoknak szervezeti forrását és a kiválasztásukban mutatkozó szakaszos ingadozásnak okát biztosan megjelölhessük. Annyit azonban mindenesetre szabad ezen adatokból is már következtetni, hogy különösen férfiaknál, — kikre vonatkozólag a végzett meghatározások száma a legnagyobb — a redukáló anyagoknak épélettani kiválasztása milyen határok között szokott ingadozni s épügy ezen adatokból már is meg lehet állapítani a szakaszos ingadozásnak általános jellegét.

Ezek alapján érdeklő bír annak kutatása, hogy a redukáló anyagoknak kiválasztása kóros viszonyok között miként alakul. Az egyes betegcsoportoknak ilyen irányú tanulmányozását annyiból is kívánatosnak kell jelezni, mert valószínű, hogy a beteg ember vizelete redukáló képességének figyelemmel kíséréséből nyerhető következtetések — természetesen bizonyos fenntartással — az épélettani viszonyokra vonatkozó egy és más még megvilágítatlan kérdés megoldásánál is értékesíthetők lesznek.

A phosphorwolframsavas módszer könnyű szerrel enged betekintést abba, hogy a vizelet redukáló képességének értékében mekkora részszer szerepelnek egyrészt a húgysav és a kreatinin, másrészt pedig a phosphorwolframsavval le nem csapható, szénhidrátszerű testek. Ezen anyagok kiválasztásában kóros viszonyok között várható megváltozás nem egyjelentőségű, miután könnyen érthetőleg ezen vegyületek a szervezet anyagforgalmában is más-más sorsra vannak utalva.

¹⁾ L. ezen Értesítő 1894. évf. 99—192 lapjain.

A húgysav és kreatinin kiválasztásának kóros megváltozására vonatkozólag, az eddigi tekintélyes számú megfigyelések eredménye röviden abban foglalható össze, hogy ezen két vegyületnek kiválasztása általában véve párhuzamosan emelkedik és süllyed az anyagforgalom fokozódásával és csökkenésével s kiválasztásuk különösen akkor öregbedik igen tetemesen, ha a szervezetben fehérje nagyobb mennyiségben esik szét. A húgysavra nézve azonkívül tudjuk még azt is, hogy annak kiválasztása főleg olyan esetekben emelkedik igen tekintélyes értékekre, a mikor a fehér vérszövetek a vérben nagyobb mennyiségben vannak jelen s egyszersmind a rendesnél nagyobb mértékben pusztulnak el. A kreatininre nézve pedig tudjuk azt, hogy az különösen lázzal járó betegségeknel és olyan esetekben kerül nagyobb mennyiségben kiválasztásra, a mikor a szervezetben valamilyen okból izomállomány tömegesebben tönkre megy.

Ezen két vegyület kiválasztási értékeinek tanulmányozása, a vizelet redukáló képességének a phosphorwolframsavas módszerrel eszközölt meghatározása közben főleg annyiból bír érdeklődéssel, a mennyiben megismerni engedi azt, hogy a vizelet redukáló képességének teljességében e két anyag, a szénhydrátszerű redukáló vegyületekkel szemben mekkora értéket képvisel. Ezen utóbbi anyagoknak kiválasztása kóros viszonyok között eddig tüzetesen még nem tanulmányoztatott. Csakis *Moritz*¹⁾ végzett néhány meghatározást olyképen, hogy a vizelet teljes redukáló képességét az általa kidolgozott módszer segítségével megállapítva, külön-külön meghatározta egyes esetekben az illető vizeletrészlet nitrogéntartalmát. Más néhány esetben pedig külön módszer segítségével meghatározván a húgysav és kreatinin mennyiségét, ezen vegyületeknek rézoxidot redukáló képessége alapján kiszámította a vizelet teljes redukáló képességéből reájuk eső részt, s evvel természetesen megtudta azt is, hogy az illető vizeletrészletben a húgysavval és kreatinnal szemben a szénhydrátszerű testek mekkora redukáló értéket képviselnek. Az efféle meghatározások azonban annyira körülményesek, hogy ily úton a napszaki ingadozásokra is kiterjeszkedő kísérletsorozatokat alig lehetséges végezni. *Moritz* adatai is jórészt csak a vizelet 24 órai mennyiségére vonatkoznak.

Az irodalomban fellelhető többi hasonló irányú vizsgálatok sok egyéb tekintet mellett különösen azért nem értékesíthetők e célra,

¹⁾ Archiv für klinische Medicin XLVI. k. 217. l.

mert valamennyiöknél csakis a vizelet teljes redukáló képessége hátróztatván meg, — megoldatlanul maradt azon kérdés, hogy a szénhydrátszerű anyagok kiválasztása az adott esetekben miként alakult.

Mindezen viszonyokra tekintettel készséggel követtem *Udránszky* tanár úrnak felszólítását, hogy a vizelet redukáló képességét s annak szakaszos ingadozását különféle betegségek eseteiben a phosphorwolframsavas módszer segélyével megfigyeljem.

A vizelet gyűjtése és feldolgozása az élettani viszonyok tanulmányozása közben követett eljárás szerint történt. Oly esetekben, midőn az illető vizeletrészlet fehérjét nyomoknál nagyobb mennyiségben tartalmazott, a vizelet teljes redukáló képességének meghatározása előtt azt a vizeletből natriumszulfát hozzáadása és ecetsavval forralás segélyével eltávolítottam. A phosphorwolframsavval kezelés után megmaradó redukáló képesség meghatározása céljából nem kellett eseteimben a vizeletet előzőleg fehérjétől mentessé tenni, miután a vizelet egyszer sem tartalmazott 0,3%-nál több fehérjét. A vizeletnek ekkora, sőt még ennél nagyobb fehérjetartalma mellett ugyanis tapasztalatilag a phosphorwolframsav és sósav hozzáadása a vizelethez egymagában véve elégséges arra, hogy a redukáló képesség meghatározásához fehérjétől teljesen mentes filtratumot nyerhessünk.

A vizsgálatokhoz szükséges anyagot az egyetemi belklinika betegeitől nyertem. Kedves kötelességemnek ismerem ezért és a megfelelő kórtörténetek szives átengedéséért *Purjesz* tanár úrnak e helytt hálás köszönetemet leróni.

A következőkben közlöm az egyes eseteket illetőleg nyert adataimat, a kórtörténeteknek idevonatkozólag legfontosabb följegyzéseivel együtt:

I Anaemia post epistaxim.

M. N. földműves.

Vizelet. *Aug. 3.* dél. e. 7 ó. 500 cm.³, fs. 1,008, l. trk. 0,157% (0,785 gr. sze.)
rk. 0,114% (0,627 gr. sze.) v. 20,13%*).

*) s. = savi, l. = lúgos kémhatású. trk. = teljes redukáló képesség, sze. = szőlőcukoregyenérték, tseé. = 1 kgr. testsúlyra vonatkoztatott szőlőcukoregyenérték, rk. = redukáló képesség a phosphorwolframsavas kezelés után, v. = a teljes redukáló képességben a phosphorwolframsavas kezelés által okozott veszteség.

- E. 7 ó. — éjf. 450 cm.³, fs. 1,009, l. trk. 0,141% (0,6345 gr. sze.) rk. 0,083%
(0,373 gr. sze.) v. 41,12%.
- Aug. 4.** éjf. — r. 7 ó. 430 cm.³, fs. 1,008, l. trk. 0,104% (0,447 gr. sze.) rk. 0,067%
(0,2881 gr. sze.) v. 35,55%.
- R. 7 ó. — dél. 550 cm.³, fs. 1,009, l. trk. 0,127% (0,6985 gr. sze.) rk. 0,08%
(0,44 gr. sze.) v. 36,99%.
- Dél. — e. 7 ó. 410 cm.³, fs. 1,004, s. trk. 0,135% (0,5535 gr., sze) rk. 0,089%
(0,3659 gr. sze.) v. 33,89%.
- E. 7 ó. — éjf. 600 cm.³, fs. 1,003, s. trk. 0,075% (0,45 gr. sze.) rk. 0,046%
(0,276 gr. sze.) v. 38,67%.
- Aug. 5.** éjf. — r. 7 ó. 310 cm.³, fs. 1,002, s. trk. 0,087% (0,2697 gr. sze.) rk. 0,063%
(0,1953 gr. sze.) v. 27,59%.
- R. 7 ó. — dél. 240 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,116% (0,2784 gr. sze.) rk. 0,071%
(0,1704 gr. sze.) v. 38,79%.
- Dél. — e. 7 ó. 560 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,111% (0,6216 gr. sze.) rk. 0,059%
(0,3304 gr. sze.) v. 46,85%.
- E. 7 ó. — éjf. 650 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,083% (0,5395 gr. sze.) rk. 0,043%
(0,2795 gr. sze.) v. 48,38%.
- Aug. 6.** éjf. — r. 7 ó. 360 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,098% (0,3528 gr. sze.) rk. 0,048%
(0,1728 gr. sze.) v. 51,02%.
- R. 7 ó. — dél. 325 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,119% (0,3868 gr. sze.) rk. 0,07%
(0,2245 gr. sze.) v. 41,96%.
- Dél. — e. 7 ó. 775 cm.³, fs. 1,009, l. trk. 0,08% (0,62 gr. sze.) rk. 0,049%
(0,3796 gr. sze.) v. 38,77%.
- E. 7 ó. — éjf. 760 cm.³, fs. 1,009, l. trk. 0,087% (0,6612 gr. sze.) rk. 0,051%
(0,3876 gr. sze.) v. 41,38%.
- Aug. 7.** éjf. — r. 7 ó. 620 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,104% (0,6448 gr. sze.) rk. 0,056%
(0,3472 gr. sze.) v. 46,15%.
- R. 7 ó. — dél. 270 cm.³, fs. 1,012, s. trk. 0,114% (0,3078 gr. sze.) rk. 0,065%
(0,1755 gr. sze.) v. 42,98%.
- Dél. — e. 7 ó. 450 cm.³, fs. 1,007, l. trk. 0,119% (0,5355 gr. sze.) rk. 0,082%
(0,369 gr. sze.) v. 31,09%.
- E. 7 ó. — éjf. 640 cm.³, fs. 1,006, l. trk. 0,069% (0,4416 gr. sze.) rk. 0,044%
(0,2816 gr. sze.) v. 36,23%.
- Aug. 8.** éjf. — r. 7 ó. 350 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,08% (0,28 gr. sze.) rk. 0,061%
(0,2135 gr. sze.) v. 23,75%.
- R. 7 ó. — dél. 280 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,104% (0,2912 gr. sze.) rk. 0,069%
(0,1932 gr. sze.) v. 33,65%.
- Dél. — e. 7 ó. 510 cm.³, fs. 1,008, l. trk. 0,102% (0,5202 gr. sze.) rk. 0,076%
(0,3876 gr. sze.) v. 25,49%.
- E. 7 ó. — éjf. 820 cm.³, fs. 1,006, l. trk. 0,051% (0,4182 gr. sze.)
- Aug. 9.** éjf. — r. 7 ó. 610 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,053% (0,3233 gr. sze.)
- R. 7 ó. — dél. 630 cm.³, fs. 1,007, s. trk. 0,065% (0,4095 gr. sze.) rk. 0,056%
(0,3528 gr. sze.) v. 13,85%.

- Dél. — e. 7 ó. 825 cm.³, fs. 1,010, l. trk. 0,108⁰/₀ (0,891 gr. sze.) rk. 0,064⁰/₀ (0,528 gr. sze.) v. 40,71⁰/₀.
- E. 7 ó. — éjf. 820 cm.³, fs. 1,007, s. trk. 0,059⁰/₀ (0,4838 gr. sze.)
- Aug. 10.** éjf. — r. 7 ó. 700 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,099⁰/₀ (0,693 gr. sze.) rk. 0,059⁰/₀ (0,413 gr. sze.) v. 40,4⁰/₀.
- R. 7 ó. — dél. 330 cm.³, fs. 1,012, s. trk. 0,118⁰/₀ (0,3894 gr. sze.) rk. 0,063⁰/₀ (0,2079 gr. sze.) v. 46,66⁰/₀.
- Dél. — e. 7 ó. 625 cm.³, fs. 1,008. l. trk. 0,063⁰/₀ (0,3938 gr. sze.) rk. 0,042⁰/₀ (0,2625 gr. sze.) v. 33,34⁰/₀.
- E. 7 ó. — éjf. 800 cm.³, fs. 1,009. l. trk. 0,065⁰/₀ (0,52 gr. sze.) rk. 0,049⁰/₀ (0,392 gr. sze.) v. 24,62⁰/₀.
- Aug. 11.** éjf. — r. 7 ó. 650 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,046⁰/₀ (0,299 gr. sze.)
- R. 7 ó. — dél. 425 cm.³, fs. 1,011, s. trk. 0,076⁰/₀ (0,323 gr. sze.)

A redukáló anyagoknak 24 órái kiválasztása a nyolcz észlelési napon ezek szerint a következőleg alakult:

A vizelet teljes redukáló képességének megfelelő szőlőcukoregységek mennyisége volt aug. 3. dél. — aug. 4. dél. 2,565 gr., aug. 4. dél. — aug. 5. dél. 1,5516 gr., aug. 5. dél. — aug. 6. dél. 1,9007 gr., aug. 6. dél. — aug. 7. dél. 2,2338 gr., aug. 7. dél. — aug. 8. dél. 1,5483 gr., aug. 8. dél. — aug. 9. dél. 1,6712 gr., aug. 9. dél. — aug. 10. dél. 2,4572 gr., aug. 10. dél. — aug. 11. dél. 1,5358 gr.; a nyolcz észlelési nap középértékében tehát 1,9329 gr.

A phosphorwolframsavas kezelés után megmaradt redukáló képességnek megfelelő szőlőcukoregységek mennyisége volt az első észlelési napon 1,9287 gr., a másodikon 1,0076 gr., a harmadikon 1,0072 gr., a negyediken 1,2899 gr., az ötödiken 1,0573 gr., az öt első észlelési nap középértékében tehát 1,2581 gr.

A vizelet teljes redukáló képességében a phosphorwolframsavas kezelés által okozott veszteség volt az első észlelési napon 24,81⁰/₀, a másodikon 35,06⁰/₀, a harmadikon 47,01⁰/₀, a negyediken 42,25⁰/₀, az ötödiken 31,71⁰/₀; az öt első észlelési nap középértékében tehát 36,17⁰/₀.

A vizelet 24 órái mennyisége volt az első észlelési napon 1930 cm.³, a másodikon 1560 cm.³, a harmadikon 1895 cm.³, a negyediken 2425 cm.³, az ötödiken 1720 cm.³, a hatodikon 2570 cm.³, a hetedikon 2675 cm.³ és a nyolczadikon 2500 cm.³; a nyolcz észlelési nap középértékében tehát 2159,37 cm.³.

Ezen esetben, miután a beteg a vizelet feldolgozásának egész tartama alatt mindvégig láztalan volt és a körlefolyasban valamint a gyógykezelésben sem volt lényeges változás, az egyes napokon nyert értékek egymással közvetlenül összehasonlíthatók.

A vizelet általában véve alacsony fajsúlyú volt s ennek megfelelően mennyisége az épelettaninál mindvégig jóval tekintélyesebb értéket képviselt. A vizelet 24 órái mennyiségének nemcsak középértéke, de sőt minimuma is nagyobb volt, mint a vizelet 24 órái

mennyiségének élettani középértéke. Ezzel szemben a redukáló anyagok általában véve az épélettaniál jóval kisebb mennyiségben kerültek kiválasztásra. A teljes redukáló képességnek megfelelő szőlőcukoregységek 24 órás mennyiségének középértéke kisebb volt, mint a megfelelő élettani értékek minimuma, az észlelt maximum pedig az élettani középértéknél csak 0,5 gr.-al volt nagyobb. A phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességnek megfelelő szőlőcukoregységek 24 órás mennyisége az épélettani viszonyokkal szemben szintén tetemesen megcsökkent ugyan, de jóval kevésbé, mint a teljes redukáló képességé. Ennek megfelelően a phosphorwolframsavas kezelés által a vizelet teljes redukáló képességében okozott veszteség az élettani értéknél általában véve jóval kisebb volt.

Lényegileg hasonló viszonyokat találunk, ha nem a 24 órára, hanem az egyes napszakokra vonatkozólag nyert adatokat tekintjük át. A napszaki értékek mind igen kicsinyek voltak. A napszaki ingadozás jellege az épélettanihoz általában véve hasonló ugyan, de az este 7 órától éjfélig terjedő kiválasztás tekintélyesebb volt, mint az éjféltől reggel 7 óráig terjedő, holott élettani viszonyok közt az épen fordítva szokott lenni. Különösen kicsiny értékeket mutat a phosphorwolframsavas kezelés által a vizelet teljes redukáló képességében okozott veszteség. Egy esetben a reggel 7 órától délig gyűjtött vizeletrészletnél csakis 13,85%-t tett ki, tehát oly csekély értékre esett le, mint a milyent élettani viszonyok között észlelni eddig egyszer se lehetett.

Mindezen adatok a mellett szólnak, hogy a betegnél a redukáló anyagok általában véve a rendesnél jóval kisebb mennyiségben kerültek kiválasztásra. A megfogyás főleg a húgysavra és kreatininre vonatkozott, azonban a phosphorwolframsavval le nem csapható redukáló anyagok kiválasztása is a rendesnél kisebb s egyáltalán igen szabálytalan volt.

Még más tekintetből is lehetett egyébként a rendes viszonyoktól eltérést látni. A vizelet napszaki, valamint 24 órás mennyiségének megfelelő redukáló képesség sem mutatott oly arányosságot, mint a hogy azt bizonyos határig élettani viszonyok közt észlelni lehet. Főleg a vizelet teljes redukáló képessége, tehát az, melyben a húgysav és kreatinin is szereppel bír, a vizelet mennyiségével

nem állott arányos összetűgűgűben. Ép ily szabálytalan volt a vizelet fajsűlyűa és a teljes redukáló képűesség, valamint a phosphorwolframsavval kezelűs után megmaradó redukáló képűesség kűzűtűti viszony.

II. *Cirrhosis hepatis, tumor lienis malaricus.*

T. M. 18 éves szolga. Három év elűtűt s 1893. nyarán is, 3—4 hétig tartó mindennapos malariás rohamokban szenvedett; 7 év elűtűt verekedűs kűzűben hasát erűsen megtűporták. Korához képest gyengűn fejlett, rosszűl tűp-lűlt. Fűlvetelkor nagyfokű hasvízkor és bűrvizenyű van jelen, műjtompulat valamivel kisebb, lűptompulat megnagyobbodott. Szűkletűt rendes; testsűlyű 53 kgr. Vizeleűben fehűrie nem mutatható ki.

Oktűber 19. Hű d. e. 36.4°C., d. u. 36.9°C. Ther.: 0,1 gr. Calomel naponta hűromszor.

Vizelet. Dél. — e. 7 ó. 360 cm.³, fs. 1,017, l. trk. 0,143^o/_o, (0,5198 gr. sze., 0,0097 gr. tseű.) rk. 0,087^o/_o, (0,0612 gr. sze., 0,0012 gr. tseű.) v. 88,11^o/_o.

E. 7 ó. — éjf. 370 cm.³, fs. 1,023 l. trk. 0,2^o/_o, (0,74 gr. sze., 0,014 gr. tseű.) rk. 0,125^o/_o, (0,4615 gr. sze., 0,0087 gr. tseű.) v. 37,57^o/_o.

Okt. 20. Hű d. e. 36.5°C., d. u. 37.0°C. Ther. et status idem.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 385 cm.³, fs. 1,013 s. trk. 0,091^o/_o, (0,3504 gr. sze., 0,0066 gr. tseű.) rk. 0,053^o/_o, (0,2041 gr. sze., 0,0039 gr. tseű.) v. 41,75^o/_o.

R. 7 ó. — dél. 280 cm.³, fs. 1,018 s. trk. 0,182^o/_o, (0,5096 gr. sze., 0,0096 gr. tseű.) rk. 0,108^o/_o, (0,3024 gr. sze., 0,0057 gr. tseű.) v. 40,66^o/_o.

Dél. — e. 7 ó. 335 cm.³, fs. 1,021 l. trk. 0,172^o/_o, (0,5762 gr. sze., 0,010 gr. tseű.) rk. 0,111^o/_o, (0,3719 gr. sze., 0,007 gr. tseű.) v. 35,46^o/_o.

E. 7 ó. — éjf. 460 cm.³, fs. 1,013 l. trk. 0,1^o/_o, (0,46 gr. sze., 0,0087 gr. tseű.) rk. 0,051^o/_o, (0,234 gr. sze., 0,0044 gr. tseű.) v. 49,13^o/_o.

Okt. 21. Hű d. e. 36.8°C., d. u. 37.3°C. A stomatitis miatt calomel elhagyatűk; e helyett 2 óránként egy evűkanálnyi kal. acet. 5: 150.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 400 cm.³, fs. 1,014, s. trk. 0,083^o/_o, (0,332 gr. sze., 0,0063 gr. tseű.) rk. 0,049^o/_o, (0,196 gr. sze., 0,0037 gr. tseű.) v. 40,96^o/_o.

R. 7 ó. — dél. 330 cm.³, fs. 1,017 s. trk. 0,125^o/_o, (0,4125 gr. sze., 0,0078 gr. tseű.) rk. 0,076^o/_o, (0,2503 gr. sze., 0,0047 gr. tseű.) v. 39,2^o/_o.

Dél. — e. 7 ó. 410 cm.³, fs. 1,018 l. trk. 0,182^o/_o, (0,7462 gr. sze., 0,0141 gr. tseű.) rk. 0,104^o/_o, (0,4264 gr. sze., 0,008 gr. tseű.) v. 42,86^o/_o.

E. 7 ó. — éjf. 420 cm.³, fs. 1,012, s. trk. 0,087^o/_o, (0,3554 gr. sze., 0,0069 gr. tseű.) rk. 0,047^o/_o, (0,1974 gr. sze., 0,0037 gr. tseű.) v. 45,98^o/_o.

Okt. 22. Hű d. e. 36,8°C., d. u. 37,4°C. A bűrvizenyű majdnem egészen el-tűnt, cyanosis csűkkent, a beteg nyugodtabban lűgzik. Ther.: mint elűzű napon.

Vizelet: Éjf. — r. 7 ó. 375 cm.³, fs. 1,013, s. trk. 0,095^o/_o, (0,3563 gr. sze., 0,0067 gr. tseű.) rk. 0,057^o/_o, (0,2138 gr. sze., 0,004 gr. tseű.) v. 39,99^o/_o.

- R. 7 ó. — dél. 395 cm.³, fs. 1,016 s. trk. 0,132^o/_o, (0,5214 gr. sze., 0,0098 gr. tseé), rk. 0,083^o/_o, (0,3279 gr. sze., 0,0032 gr. tseé.), v. 37,11^o/_o.
- Dél. — e. 7 ó. 640 cm.³, fs. 1,009 s. trk. 0,083^o/_o, (0,5312 gr. sze., 0,01 gr. tseé.), rk. 0,049^o/_o, (0,3136 gr. sze., 0,0059 gr. tseé.), v. 40,96^o/_o.
- E. 7 ó. — éjf. 560 cm.³, fs. 1,016 l. trk. 0,111^o/_o, (0,6216 gr. sze., 0,0117 gr. tseé.), rk. 0,067^o/_o, (0,3752 gr. sze., 0,0071 gr. tseé.), v. 39,96^o/_o.
- Okt. 23.** Hő d. e. 36,9^oC., d. u. 37,4^oC., Ther. et status idem.
- Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. — 760 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,053^o/_o, (0,4028 gr. sze., 0,0076 gr. tseé.).
- R. 7 ó. — dél. 330 cm.³, fs. 1,017, s. trk. 0,178^o/_o, (0,5874 gr. sze., 0,0111 gr. tseé.), rk. 0,108^o/_o, (0,3564 gr. sze. 0,0067 gr. tseé.), v. 39,33^o/_o.
- Dél. — e. 7 ó. 775 cm.³, fs. 1,007, l. trk. 0,067^o/_o, (0,5193 gr. sze., 0,0098 gr. tseé.).
- E. 7 ó. — éjf. 425 cm.³, fs. 1,019 l. trk. 0,2^o/_o, (0,85 gr. sze., 0,016 gr. tseé.), rk. 0,074^o/_o, (0,3145 gr. sze., 0,0059 gr. tseé.), v. 63^o/_o.
- Okt. 24.** Hő d. e. 36,7^oC., d. u. 37,3^oC. Ther. et status idem.
- Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 555 cm.³, fs. 1,010 s. trk. 0,069^o/_o, (0,383 gr. sze., 0,0078 gr. tseé.).
- R. 7 ó. — dél. 650 cm.³, fs. 1,016 s. trk. 0,087^o/_o, (0,5655 gr. sze., 0,0107 gr. tseé.), rk. 0,047^o/_o, (0,3055 gr. sze., 0,0058 gr. tseé.), v. 49,95^o/_o.
- Dél. — e. 7 ó. 420 cm.³, fs., 1,014 l. trk. 0,125^o/_o, (0,525 gr. sze., 0,0099 gr. tseé.), rk. 0,065^o/_o, (0,273 gr. sze., 0,0052 gr. tseé.), v. 48^o/_o.
- E. 7 ó. — éjf. 320 cm.³, fs. 1,021 l. trk. 0,167^o/_o, (0,5344 gr. sze., 0,0108 gr. tseé.), rk. 0,091^o/_o, (0,2912 gr. sze., 0,0055 gr. tseé.), v. 45,5^o/_o.
- Okt. 25.** Hő d. e. 36,6^oC., d. u. 37,1^oC. Hasvízkór csökkent, stomatitis javult. Ther.: Natr. bicarb. 3: 150.
- Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 305 cm.³, fs. 1,020, s. trk. 0,238^o/_o, (0,7259 gr. sze., 0,0137 gr. tseé.), rk. 0,125^o/_o, (0,4813 gr. sze., 0,0091 gr. tseé.), v. 33,68^o/_o.
- R. 7 ó. — dél. 430 cm.³, fs. 1,015 l. trk. 0,119^o/_o, (0,5108 gr. sze., 0,0096 gr. tseé.), rk. 0,095^o/_o, (0,4085 gr. sze., 0,0077 gr. tseé.), v. 20,03^o/_o.
- Dél. — e. 7 ó. 405 cm.³, fs. 1,017 l. trk. 0,125^o/_o, (0,5063 gr. sze., 0,0096 gr. tseé.), rk. 0,074^o/_o, (0,2297 gr. sze., 0,0043 gr. tseé.), v. 54,65^o/_o.
- E. 7 ó. — éjf. 415 cm.³, fs. 1,010 l. trk. 0,116^o/_o, (0,4814 gr. sze., 0,0091 gr. tseé.), rk. 0,067^o/_o, (0,2781 gr. sze., 0,0052 gr. tseé.), v. 42,23^o/_o.
- Okt. 26.** Hő d. e. 36,7^oC., d. u. 37,3^oC. Ther. et status idem.
- Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 450 cm.³, fs. 1,012, l. trk. 0,122^o/_o, (0,549 gr. sze., 0,0103 gr. tseé.), rk. 0,071^o/_o, (0,3195 gr. sze., 0,006 gr. tseé.), v. 41,8^o/_o.
- R. 7 ó. — dél. 285 cm.³, fs. 1,021 s. trk. 0,25^o/_o, (0,725 gr. sze., 0,0134 gr. tseé.), rk. 0,125^o/_o, (0,3563 gr. sze., 0,0067 gr. tseé.), v. 49,98^o/_o.
- Dél. — e. 7 ó. 260 cm.³, fs. 1,023 s. trk. 0,286^o/_o, (0,7436 gr. sze., 0,014 gr. tseé.), rk. 0,182^o/_o, (0,4732 gr. sze., 0,0089 gr. tseé.), v. 36,36^o/_o.
- E. 7 ó. — éjf. 385 cm.³, fs. 1,012, l. trk. 0,125^o/_o, (0,4813 gr. sze., 0,0091 gr. tseé.), rk. 0,071^o/_o, (0,2734 gr. sze., 0,0052 gr. tseé.), v. 43,2^o/_o.
- Okt. 27.** Hő d. e. 36,8^oC., d. u. 37,5^oC. Ther. et status idem.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 355 cm.³, fs. 1,010 s. trk. 0,076⁰/₀, (0,4615 gr. sze. 0,0087 gr. tseé.), rk. 0,056⁰/₀, (0,1988 gr. sze., 0,0038 gr. tseé.) v. 56,92⁰/₀.
R. 7 ó. — dél. 385 cm.³, fs. 1,020 s. trk. 0,222⁰/₀, (0,8547 gr. sze., 0,0161 gr. tseé.), rk. 0,167⁰/₀ (0,643 gr. sze., 0,0122 gr. tseé.), v. 24,76⁰/₀.

A redukáló anyagoknak 24 órai kiválasztása a nyolcz észlelési napon, ezek szerint a következőleg alakult:

A vizelet teljes redukáló képességének megfelelő szőlőcukoregyenértékek mennyisége volt okt. 19. dél — okt. 20. dél 2,1148 gr., okt. 20. dél — okt. 21. dél 1,7807 gr., okt. 21. dél — okt. 22. dél. 1,9893 gr., okt. 24. dél. — okt. 25. dél. 2,2961 gr., okt. 25. dél — okt. 26. dél. 2,2492 gr., okt. 26. dél — okt. 27. dél. 2,5411 gr.; a hat teljes észlelési nap középértékében tehát 2,1619 gr.

1 kgr. testsúlyra vonatkoztatva ezen értékek a következőleg alakulnak: az első észlelési napon 0,0399 gr., a másodikon 0,0336 gr., a harmadikon 0,0375 gr., a hatodikon 0,0433 gr., a hetedikon 0,0424 gr., a nyolczadikon 0,0479 gr.; a hat teljes észlelési nap középértékében tehát 0,0408 gr.

A phosphorwolframsavas kezelés után megmaradt redukáló képességnek megfelelő szőlőcukoregyenértékek mennyisége volt: az első észlelési napon 1,0302 gr., a másodikon 1,0527 gr., a harmadikon 1,1655 gr., a hatodikon 1,4540 gr., a hetedikon 1,1836 gr., a nyolczadikon 1,5884 gr., a hat teljes észlelési nap középértékében tehát 1,2457 gr. 1 kgr. testsúlyra vonatkoztatva ezen értékek a következőleg alakulnak: az első észlelési napon 0,0194 gr., a másodikon 0,0199 gr., a harmadikon 0,022 gr., a hatodikon 0,0274 gr., a hetedikon 0,0223 gr. és a nyolczadikon 0,03 gr.; a hat teljes észlelési nap középértékében tehát: 0,0235 gr.

A vizelet teljes redukáló képességében a phosphorwolframsavas kezelés által okozott veszteség volt az első észlelési napon: 51,29⁰/₀, a másodikon 40,88⁰/₀, a harmadikon 41,41⁰/₀, a hatodikon 36,68⁰/₀, a hetedikon 47,38⁰/₀, a nyolczadikon 37,49⁰/₀; a hat teljes észlelési nap középértékében tehát 42,52⁰/₀.

A vizelet 24 órai mennyisége volt az első észlelési napon 1395 cm.³, a másodikon 1525 cm.³, a harmadikon 1600 cm.³, a negyedikon 2290 cm.³, az ötödiken 2405 cm.³, a hatodikon 1475 cm.³, a hetedikon 1555 cm.³, a nyolczadikon 1385 cm.³; a nyolcz észlelési nap középértékében tehát: 1703,75 cm.³.

A beteg vizeletének 24 órai mennyisége különösen az észlelés 4—6-ik napján a rendesnél tehát jóval nagyobb volt, a mit egyébként a húgyhajtó szerek alkalmazása teljesen megfejt. Ezeknek kihagyása után is oly értékeket mutatott azonban, a melyek a beteg korát és testsúlyát számba véve, mindenesetre még mindig magasak.

Ezen bőséges diuresissal szemben a redukáló anyagoknak kiválasztása nem emelkedett oly mértékben az élettani középérték fölé, a mily mértékben a rendesnél nagyobb volt a vizelet mennyisége. Úgy a teljes redukáló képességnek, mint a phosphorwolfram-

savas kezelés után megmaradó redukáló képességnek megfelelő szőlőcukoregységértékek 24 órás mennyisége középértékben az élettani középérték alatt maradt nemcsak, de sőt különösen az előbbi, az egészséges embereknél észlelt minimumnál alig volt valamivel nagyobb.

Ha az adatokat egy kgr. testsúlyra átszámítva tekintjük át, úgy az eltérés az épelettani középértéktől kisebb ugyan, de azért még így is a teljes redukáló képességre nézve észlelt maximum csak akkora, mint az élettani középérték, a phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességre vonatkozólag észlelt maximum pedig az élettani középértéknél csak valamivel nagyobb. Mindkét kiválasztási érték maximuma az utolsó észlelési napra, tehát akkorra esett, a mikor a beteg húgyhajtó szert már nem vett.

A vizelet mennyisége és a redukáló anyagok kiválasztása közötti viszony sokkalta szabálytalanabb volt, a mint azt egészséges embereknél észlelni lehet, másrészt pedig a redukáló anyagok általában véve a rendesnél kisebb mennyiségben kerültek kiválasztásra. Hasonlóképen szabálytalan volt a vizelet fajsúlya és a vizelet redukáló képessége közötti összefüggés. Ha azt kutatjuk, hogy a redukáló anyagok kiválasztásának ezen megcsökkenése a húgysav és kreatinin, avagy pedig a szénhidrátszerű redukáló testek kiválasztásában mutatkozó fogyásra vezetendő-e vissza, úgy azt tapasztaljuk, hogy a 24 órás mennyiségek középértékében a húgysav és kreatinin kiválasztása az épelettani értékekkel szemben tekintélyesebb csökkenést mutatott, mint a szénhidrátszerű redukáló testeké. Két napszakban azonban a vizelet redukáló képességében a phosphorwolframsavas kezeléssel okozott veszteség az élettani középértéknél magasabb volt, sőt egyszer, az első észlelési napon, déltől este 7 óráig gyűjtött vizelet részletnél 8^s,11%-ra, tehát akkora értékre emelkedett, a mely az egészséges férfiaknál észlelt maximumot jóval meghaladja.

Ezen viszonyoknak megfelelően a redukáló anyagok kiválasztásának napszaki ingadozása az értékeknek általában csekély volta mellett, a jellegzetes épelettani szakaszossággal nem bírt.

III. Cholelithiasis.

Özv. Z. A 66 éves születő. Két év óta májtáji fájdalmai vannak. Egy évvel ezelőtt öt hétig feküdt sárgaságban, az erre következő hét hónapban

fájdalmai aránylag ritkábban jelentkeztek; 1894 szeptember hó 15-ike óta állapota ismét rosszabbodott. A középstermetű jól fejlett, de gyengén táplált női betegnél a klinikára felvétele idején a sárgaság összes jelei jól kifejezettek; közérzete májtáji fájdalmai miatt lehangolt. A verőerek fala megvastagodott, az A. aorta II-ik hangja az A. pulmonaliséhoz viszonyítva kissé ékeltebb; a pulsus középnagy, gyors és feszes. A nyelv szennyes-sárgás lepedékkel bevont; étvágy nincs. A máj tompulata kissé megnagyobbodott, a székletét formált, szürkés, agyagszerűen fénylő. A vizeletben epefesték mellett mintegy 0,5% fehérje. A vizelet elemzésének megkezdéséig, 1894 szept. 24-éig a főleg karlsbadi víz ivásából és beöntésekből álló gyógykezelés a beteg állapotában lényeges javulást idézett elő; sárgasága kisebbedett, májtáji fájdalmai csökkentek, kólikaszerű rohamai meggyérültek, a vizeletből a fehérje eltűnt stb.

Szept. 24. Hő d. e. 36,8°C., d. u 37,3°C. Ther.: Reggel $\frac{1}{2}$ liter meleg karlsbadi víz, napközben 2 óránként egy-egy evőkanál 1% Ac. muriat. oldat, este pedig két literes beöntés állott vízzel.

Vizelet: dél. — e. 7 ó. 285 cm.³, fs. 1,015, s. trk. 0,189% (0,5387 gr. sze.), rk. 0,076% (0,2161 gr. sze.), v. 59,88%.

E. 7 ó. — éjf. 120 cm.³, fs. 1,011, s. trk. 0,152% (0,1824 gr. sze.), rk. 0,059% (0,0708 gr. sze.), v. 61,18%.

Szept. 25. Hő d. e. 36,1°C., d. u. 36,9°C. A sárgaság kis mértékben fokozódott. Ther.: mint előbb.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 365 cm.³, fs. 1,007, l. trk. 0,127% (0,4636 gr. sze.) rk. 0,057% (0,2081 gr. sze.), v. 55,33%.

R. 7 ó. — dél. 190 cm.³, fs. 1,014, s. trk. 0,278% (0,5282 gr. sze.), rk. 0,154% (0,2926 gr. sze.), v. 44,6%.

Dél. — e. 7 ó. 145 cm.³, fs. 1,018, s. trk. 0,263% (0,3814 gr. sze.), rk. 0,172% (0,2494 gr. sze.), v. 34,61%.

E. 7 ó. — éjf. 275 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,137% (0,3768 gr. sze.), rk. 0,064% (0,176 gr. sze.), v. 53,29%.

Szept. 26. Hő d. e. 36,7°C., d. u. 37,0°C. Betegnek d. u. 4 órától este 8 óráig tartó kólikaszerű rohama volt s azután kevés sárgás nyákot hányt. Ther.: mint előbb.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 105 cm.³, fs. 1,014, s. trk. 0,286% (0,3003 gr. sze.), rk. 0,147% (0,1544 gr. sze.), v. 48,58%.

R. 7 ó. — dél. 205 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,208% (0,4264 gr. sze.), rk. 0,089% (0,1825 gr. sze.), v. 57,2%.

Szept. 27. Hő d. e. 36,8°C., d. u. 37,5°C. Ther.: mint előbb.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 120 cm.³, fs. 1,020, s. trk. 0,435% (0,552 gr. sze.), rk. 0,2% (0,24 gr. sze.), v. 54,02%.

R. 7 ó. — dél. 145 cm.³, fs. 1,013, s. trk. 0,27% (0,3915 gr. sze.).

Szept. 30. Hő d. e. 37,0°C., d. u. 37,0°C. Betegnek tegnap este rázó hideg által megelőzött kólikaszerű rohama volt, mely alatt hőmérséke 40,4°C-ra emelkedett. Ma valamivel jobban érzi magát. Ther.: az előbbieken kívül reggel 200 gr. Ol. olivarum.

Vizelet: dél. — e. 7 ó. 230 cm.³, fs. 1,015, l. trk. 0,232% (0,5336 gr. sze.), rk. 0,127% (0,921 gr. sze.), v. 45,26%.

E. 7 ó. — éjf. 225 cm.³, fs. 1,009, l. trk. 0,167% (0,3758 gr. sze.), rk. 0,089% (0,2063 gr. sze.), v. 45,1%.

Okt. 1. Hő d. e. 36,4°C., d. u. 36,8°C. Ol. olivarium kimarad, egyébként therap. ugyanaz.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 175 cm.³, fs. 1,011, l. trk. 0,27% (0,4725 gr. sze.), rk. 0,154% (0,2695 gr. sze.), v. 42,9%.

R. 7 ó. — dél. 250 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,227% (0,5675 gr. sze.), rk. 0,116% (0,29 gr. sze.), v. 48,89%.

Dél. — e. 7 ó. 265 cm.³, fs. 1,018, l. trk. 0,344% (0,9116 gr. sze.), rk. 0,111% (0,2942 gr. sze.), v. 67,73%.

E. 7 ó. — éjf. 175 cm.³, fs. 1,015, l. trk. 0,371% (0,6493 gr. sze.), rk. 0,217% (0,3798 gr. sze.), v. 41,35%.

Okt. 2. Hő d. e. 36,7°C., d. u. 36,7°C. Ther.: idem.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 50 cm.³, l. trk. 0,555% (0,278 gr. sze.), rk. 0,238% (0,119 gr. sze.), v. 57,19%.

R. 7 ó. — dél. 140 cm.³, fs. 1,005, s. trk. 0,303% (0,4242 gr. sze.), rk. 0,175% (0,245 gr. sze.), v. 42,24%.

Dél. — e. 7 ó. 175 cm.³, fs. 1,020, l. trk. 0,5% (0,875 gr. sze.), rk. 0,263% (0,4603 gr. sze.), v. 47,39%.

E. 7 ó. — éjf. 170 cm.³, fs. 1,020, l. trk. 0,371% (0,6307 gr. sze.), rk. 0,217% (0,3689 gr. sze.), v. 41,51%.

Okt. 3. Hő d. e. 36,6°C., d. u. 36,6°C. Ther.: Reggel karlsbadi víz melegen, este két literes beöntés állott vízzel.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 280 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,227% (0,6356 gr. sze.), rk. 0,104% (0,2912 gr. sze.), v. 54,19%.

R. 7 ó. — dél. 200 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,2% (0,4 gr. sze.), rk. 0,089% (0,178 gr. sze.), v. 55,5%.

Dél. — e. 7 ó. 155 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,277% (0,4294 gr. sze.), rk. 0,111% (0,1721 gr. sze.), v. 59,94%.

E. 7 ó. — éjf. 200 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,27% (0,54 gr. sze.), rk. 0,172% (0,344 gr. sze.), v. 36,3%.

Okt. 4. Hő d. e. 36,4°C., d. u. 36,9°C. A sárgaság már alig észrevehető, a beteg bőrvizsketésről panaszol. Ther.: idem.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 130 cm.³, fs. 1,015, s. trk. 0,526% (0,6838 gr. sze.), rk. 0,263% (0,3419 gr. sze.), v. 50%.

R. 7 ó. — dél. 115 cm.³, fs. 1,011, s. trk. 0,286% (0,3289 gr. sze.), rk. 0,2% (0,23 gr. sze.), v. 30,07%.

Dél. — e. 7 ó. 250 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,2% (0,5 gr. sze.), rk. 0,125% (0,3125 gr. sze.), v. 37,5%.

E. 7 ó. — éjf. 130 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,333% (0,4329 gr. sze.), rk. 0,2% (0,26 gr. sze.), v. 39,94%.

Okt. 5. Hő d. e. 36,5°C., d. u. 37,0°C. Status et ther.: idem.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 128 cm.³, fs 1,011, s. trk. 0,384% (0,4915 gr. sze.), rk. 0,2% (0,256 gr. sze.), v. 47,91%.

A redukáló anyagoknak 24 órai kiválasztása a hat teljes észlelési napon ezek szerint a következőleg alakult:

A vizelet teljes redukáló képességének megfelelő szőlőcukoregyenértékek mennyisége volt szept. 24. dél. — 25. dél. 1,7129 gr., szept. 25. dél. — 26. dél. 1,4849 gr., szept. 30. dél. — okt. 1. dél. 1,9494 gr., okt. 1. dél. — okt. 2. dél. 2,2631 gr., okt. 2. dél. — okt. 3. dél. 2,5413 gr., okt. 3. dél. — okt. 4. dél. 1,9321 gr.

A phosphorwolframsavas kezelés után megmaradt redukáló képességnek megfelelő szőlőcukoregyenértékek mennyisége volt az első teljes észlelési napon 0,7876 gr., a másodikon 0,7623 gr., a harmadikon 1,0579 gr., a negyediken 1,038 gr., az ötödiken 1,2984 gr. és a hatodikon 1,088 gr.

A vizelet teljes redukáló képességében a phosphorwolframsavas kezelés által okozott veszteség volt az első teljes észlelési napon 54,03%, a másodikon 48,66%, a harmadikon 45,73%, a negyediken 54,92%, az ötödiken 48,91% és a hatodikon 45,11%.

A vizelet 24 órai mennyisége volt az első teljes észlelési napon 960 cm.³, a másodikon 730 cm.³, a harmadikon 880 cm.³, a negyediken 630 cm.³, az ötödiken 825 cm.³ és a hatodikon 600 cm.³.

Ezen esetben a vizelet 24 órai mennyisége az egészséges nőknél észlelt középértéknél nemcsak, de sőt az élettani viszonyok közt észlelt minimumnál is kisebb volt. Talán a beteg kora is oka volt némileg a csekélyebb vizeletválasztásnak.

A redukáló anyagok általában véve a rendesnél kisebb mennyiségben kerültek kiválasztásra. A vizelet teljes redukáló képességének megfelelő szőlőcukoregyenértékek 24 órai mennyisége csakis egy észlelési napon haladta meg az egészséges nőknél észlelt középértéket. A phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességnek megfelelő szőlőcukoregyenértékek 24 órai mennyisége pedig állandóan az élettani középértéknél csekélyebb volt.

A napszaki ingadozás lényegileg hasonlított ugyan az élettani jelleghez, de egyes napszakokban olyannyira csekély értékek is voltak észlelhetők, hogy ennek folytán az egyes észlelési napok közötti különbségek igen éleseké váltak.

A redukáló anyagok kiválasztásában október 1-én és 2-án mutatkozott emelkedés és a betegnek szept. 29-én föllépett, rázóhidegtől és utána tetemes hőemelkedéstől kísért cholelithiaticus rohama közt biztos összefüggést kimutatni nem lehet. Mindenesetre följegyzésre méltó, hogy október 1-én, a mikor a beteg hőmérséke

már teljesen rendes volt, a déltől este 7 óráig terjedő napszakban a vizelet redukáló képessége főleg azért emelkedett, mert a szén-hidrátyszerű redukáló testekkel szemben a húgysav és kreatinin különösen nagy mennyiségben kerültek kiválasztásra.

A beteg vizeletének teljes redukáló képessége százalékszámokban kifejezve többször igen magas volt, így pl. az október 4-én éjjeltől reggel 7 óráig gyűjtött vizeletrészlet úgy redukálta a lúgos rézoldatot, mint egy 0,526%-os szőlőcukoroldat, október 2-án a hason napszakban gyűjtött vizeletrészlet pedig ekkora redukáló képességgel bírt, mint egy 0,556%-os szőlőcukoroldat. A betegnél egyébként a redukáló anyagok, mint a fentiekből is kitetszik, a rendesnél kisebb mennyiségben kerültek kiválasztásra, tehát olyanlajta anyagforgalmi zavarról, a mely a diabetes mellitus értékével birna, szó sem lehetett.

E példa is mutatja, hogy czélszerűtlen azon felfogáshoz csatlakozni, miszerint minden olyan esetben, a mikor a vizelet redukáló képessége 0,5% szőlőcukoroldaténál nem kisebb, glycosuriáról van jogunk szólni. Ép így jól illusztrálja e példa azt is, hogy a vizelet redukáló képességének százalékszámokban kifejezése nem döntő. Csakis a vizelet mennyiségének együttes számbavételével a szőlőcukoregyenértékek azok, a melyek nyomán az adott esetben biztosan eligazodni lehet.

IV. *Malaria quotidiana.*

D. Z. 23 éves tanítójelölt, középtermetű; csont- és izomrendszere jól fejlett, testsúlya a felvételnél 47,5 kgr., bőrszíne feltűnő halvány. 1894. június hó 24-én betegedett meg; az nap, valamint június hó 26.- és 28-ikán, azóta pedig naponként malariás lázrohama volt.

A klinikai felvétel napján, 1894. július 5-ikén, hőmérsék r. 36,0°C., d. 12 ó. 36,5°C., 2 ó. 36,5°C., 4 ó. 36,5°C., 6 ó. 40,4°C., 8 ó. 40,4°C., 10 ó. 40,1°C. A vérben plasmodiumok. Ther.: Ac. phosph.

Jul. 6. Hő r. 6 ó. 36,0°C., 8 ó. 36,0°C., 10 ó. 36,0°C., d. 12 ó. 36,1°C., 2 ó. 36,3°C., 4 ó. 36,3°C., 6 ó. 39,0°C., 8 ó. 40,0°C., 10 ó. 39,5°C., 12 ó. 38,5°C.

D. u. 5³/₄ órákor egy óra hosszant tartó rázó hideg. Ther.: Ac. phosph. Vizelet: Dél. — e. 7 ó. 680 cm.³, fs. 1,014, s. trk. 0,169% (1,1492 gr. sze. 0,0241 gr. tsecé.) rk. 0,03% (0,204 gr. sze. 0,0044 gr. tsecé.) v. 82,24%.

E. 7 ó. — éjf. 430 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,145% (0,6235 gr. sze. 0,0134 gr. tsecé.), rk. 0,015% (0,0645 gr. sze., 0,0014 gr. tsecé.), v. 89,65%.

Jul. 7. Hő r. 6 ó. 36,0°C., 8 ó. 36,0°C., 10 ó. 36,4°C., d. 12 ó. 36,5°C., 2 ó. 36,7°C., 4 ó. 37,9°C., 6 ó. 40,5°C., 8 ó. 39,9°C., 10 ó. 39,7°C., 12 ó. 39,3°C.

D. u. 4 óraker egy óra hosszant tartó rázó hideg. Ther.: d. u. 2 $\frac{1}{2}$, 3, 3 $\frac{1}{2}$ és 4 óraker 0,5—0,5 gr. Chinin. bisulf.

- Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 562 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,175⁰/₀ (0,9835 gr. sze. 0,021 gr. tseé.) rk. 0,03⁰/₀ (0,1686 gr. sze.; 0,033 gr. tseé.) v. 82,85⁰/₀.
 R. 7 ó. — dél. 180 cm.³, fs. 1,016, s. trk. 0,25⁰/₀ (0,45 gr. sze. 0,0097 gr. tseé.) rk. 0,075⁰/₀ (0,135 gr. sze., 0,0029 gr. tseé.) v. 70⁰/₀.
 Dél. — e. 7 ó. 375 cm.³, fs. 1,015, s. trk. 0,246⁰/₀ (0,9225 gr. sze. 0,0201 gr. tseé.) rk. 0,06⁰/₀ (0,225 gr. sze., 0,0049 gr. tseé.) v. 75,85⁰/₀.
 E. 7 ó. — éjf. 275 cm.³, fs. 1,013, s. trk. 0,277⁰/₀ (0,7617 gr. sze. 0,0165 gr. tseé.) rk. 0,09⁰/₀ (0,2475 gr. sze., 0,0054 gr. tseé.) v. 67,51⁰/₀.

Jul. 8. Hő r. 6 ó. 36,0°C., 8 ó. 35,6°C., 10 ó. 36,0°C., d. 12 ó. 36,1°C., 2 ó. 36,5°C., 4 ó. 35,8°C., 6 ó. 35,7°C., 8 ó. 35,6°C., 10 ó. 36,0°C., 12 ó. 36,0°C., Ther.: d. 11, 11 $\frac{1}{2}$, 12 és 12 $\frac{1}{2}$ óraker 0,5—0,5 gr. Chinin bisulf.

- Vizelet. éjf. — r. 7 ó. 530 cm.³, fs. 1,009. s. trk. 0,166⁰/₀ (0,8798 gr. sze. 0,19 gr. tseé.) rk. 0,04⁰/₀ (0,212 gr. sze., 0,0046 gr. tseé.) v. 75,9⁰/₀.
 R. 7 ó. — dél. 330 cm.³, fs. 1,016, s. trk. 0,256⁰/₀ (0,8448 gr. sze., 0,0183 gr. tseé.) rk. 0,16⁰/₀ (0,528 gr. sze., 0,0114 gr. tseé.) v. 37,5⁰/₀.
 Dél. — e. 7 ó. 130 cm.³, fs. 1,021, s. trk. 0,217⁰/₀ (0,2821 gr. sze., 0,0061 gr. tseé.) rk. 0,06⁰/₀ (0,078 gr. sze., 0,0017 gr. tseé.) v. 72,35⁰/₀.
 E. 7 ó. — éjf. 180 cm.³, fs. 1,015, s. trk. 0,196⁰/₀ (0,3528 gr. sze., 0,0076 gr. tseé.) rk. 0,06⁰/₀ (0,108 gr. sze., 0,0023 gr. tseé.) v. 69,38⁰/₀.

Jul. 9. Hő r. 6 ó. 35,7°C., 8 ó. 35,9°C., 10 ó. 35,7°C., d. 12 ó. 36,0°C. Ther.: d. 11 és 11 $\frac{1}{2}$ óraker 0,5, 0,5 gr. Chinin. bisulf. Testsúly 46,2 kgr.

- Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 275 cm.³, fs. 1,017, s. trk. 0,238⁰/₀ (0,6545 gr. sze. 0,0142 gr. tseé.) rk. 0,065⁰/₀ (0,1787 gr. sze. 0,0039 gr. tseé.) v. 72,69⁰/₀.
 R. 7 ó. — dél. 160 cm.³, fs. 1,018, s. trk. 0,285⁰/₀ (0,456 gr. sze., 0,0099 gr. tseé.) rk. 0,145⁰/₀ (0,232 gr. sze., 0,005 gr. tseé.) v. 49,12⁰/₀.

A redukáló anyagoknak 24 órai kiválasztása a három észlelési napon ezek szerint a következőleg alakult:

A vizelet teljes redukáló képességének megfelelő szőlőcukoregyenértékek mennyisége volt, jul. 6. dél. — jul. 7. dél. 3,2062 gr., jul. 7. dél. — jul. 8. dél. 3,4088 gr., jul. 8. dél. — jul. 9. dél. 1,7454 gr.; 1 kgr. testsúlyra vonatkoztatva 0,0694 gr. 0,0738 gr., illetve 0,0378 gr.

A phosphorwolframsavas kezelés után megmaradt redukáló képességnek megfelelő szőlőcukoregyenértékek mennyisége volt az első észlelési napon 0,5271 gr., a másodikon 1 2125 gr., a harmadikon 0,5967 gr.; 1 kgr. testsúlyra vonatkoztatva 0,0124 gr., 0,0262 gr., illetve 0,0129 gr.

A vizelet teljes redukáló képességében a phosphorwolframsavas kezelés által okozott veszteség volt az első észlelési napon 2,15⁰/₀, a másodikon 64,43⁰/₀, a harmadikon 65,81⁰/₀.

A vizelet 24 órai mennyisége volt az első észlelési napon 1852 cm.³, a másodikon 1510 cm.³, a harmadikon 845 cm.³.

Az egyes napszakokban kiválasztott vizeletrészletek teljes redukálóképességének, valamint a phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességnek százalékszámokban és szőlőcukor-egyenértékekben kifejezett értékei tehát általában véve az épélettni határok között ingadoztak. Ha azonban a phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességet a teljes redukáló képességgel összevetjük, úgy feltűnik, hogy a phosphorwolframsavas kezelés által okozott veszteség különösen az első észlelési napon, — a melyen a beteg antipyreticus kezelés nélkül maradt —, rendkívül nagy volt. Az első észlelési napon, 3 napszakon át, e veszteség, az egészséges férfiaknál észlelt megfelelő százalékszám maximumát jóval meghaladta, s a jul. 6-ikán est. 7 ó. — éjjelig bocsájtott, — nem is magas fajsúlyú vizeletben az összes redukáló anyagoknak körülbelül csak $\frac{1}{10}$ részét képviselték a szénhidrátszerű testek. A vizelet redukáló képességének fokozódását tehát javarészt a húgysav — és kreatinin kiválasztás megnagyobbodása okozta.

A phosphorwolframsavval le nem csapható redukáló anyagok kiválasztásának csekély értékei, különösen a 24 órás kiválasztás számainál tűnnek föl. A szénhidrátszerű redukáló anyagoknak 24 órás kiválasztása egyik észlelési napon sem ütötte meg az egészséges férfiaknál talált középértéket, sőt az első és harmadik észlelési napon oly csekély volt, mint a milyen kis értéket egészséges férfiaknál észlelni eddig egyáltalán nem lehetett.

E viszonyok még szembeötlőbbek, ha a számokat a testsúlyegységre vonatkoztatva elemezzük. A phosphorwolframsavas kezelés után visszamaradó redukáló képesség testsúlyegyenértékei, az egészséges férfiaknál észlelt szélső határok között ingadoztak ugyan, de azokat túl nem lépték, a teljes redukáló képesség testsúlyegyenértékei ellenben két napszakban, különösen pedig jul. 6. dél.—e. 7 ó.-ig az egészséges férfiaknál észlelt kiválasztás maximalis értékénél is tekintélyesebbek voltak. A 24 órás kiválasztást illetőleg a szénhidrátszerű anyagok kiválasztásának testsúlyegyenértékei az egészséges férfiaknál észlelt számok középértékét általában nem érték el, s az első és harmadik észlelési napon a kiválasztás értékei az egészséges férfiaknál észlelt minimalis értékekhez igen közel állottak. A teljes redukáló képességnek 24 órás testsúlyegyenértékei a két első, de különösen a második észlelési napon, jóval tetemesebbek voltak, mint a mekkora számot egészséges férfiaknál eddig észlelni lehetett.

A betegnél az egyes észlelési napokon nyert értékek természetesen más és más jelentőséggel bírnak, miután a kísérleti egyén szervezeti viszonyai is lényegesen változtak az egyes észlelési napok szerint.

Igen figyelemre méltó, hogy a vizelet teljes redukáló képessége, a mely a két első napon, — a mikor a beteg lázas volt — az épélettani értékek maximumánál is tetemesebb volt, a harmadik észlelési napon, a melyen a beteg malariás lázrohama a chinin hatása folytán elmaradt, a korábbi értékeknek mintegy felére süllyedt, s az épélettani ingadozás határai közé tért vissza. A szénhidrát-szerű redukáló anyagok kiválasztása lázas és láztalan napok között csak igen kis különbségeket mutatott; általában igen csekély volt.

Ha a lázas napszakok értékeit a láztalan napszakok értékeivel hasonlítjuk össze, úgy azt tapasztaljuk, hogy a különbség lényegileg a teljes redukáló képességre vonatkozik, melynek értéke az első két észlelési nap lázas óráiban igen tetemes volt, az utolsó észlelési nap megfelelő óráiban pedig felénél is jóval alacsonyabb értékre süllyedt.

A teljes redukáló képesség napszaki ingadozásának hullámozása a két első észlelési napon általában véve az épélettani jellegnek megfelelt, csakis a második napról lehetne annyit megjegyezni, hogy az egyes napszaki értékek közötti különbségek igen csekélyek voltak. A harmadik észlelési napon ellenben épen a dél.—e. 7 ó-ig terjedő napszakban, a melybe a napi maximum szokott esni, a kiválasztás a legcsekélyebb volt, s nem lehetetlen, hogy az épélettani típusnak ezen inversiója a láztalan napon arra vezetendő vissza, miszerint a beteg e napszak kezdetén 2 gr. chinin. bisulfuricumot vett be. A beteg lázas állapota tehát a teljes redukáló képesség napszaki ingadozásának épélettani jellegét nem változtatta meg, csakis az értékeket emelte magasabbra. A láznak mesterséges megszüntetése ellenben e jelleget megváltoztatni képes volt.

A szénhidrát-szerű redukáló anyagok kiválasztásának napszaki hullámozása teljesen jellegtelen volt; így különösen a harmadik s még inkább a második észlelési napon a r. 7 ó.—dél-ig terjedő időszakra esett a kiválasztás maximuma. Ez inversiónak okát biztosan adni nem lehet; a vizelet mennyisége és fajsúlya kellő felvilágosítást nem nyújtanak.

Általában véve tehát a betegnél feltűnt a szénhidrátszerű anyagok kiválasztásának rendetlen menete, a kiválasztási értékek csekély volta; evvel szemben a teljes redukáló képesség a lázas időszakban igen lényegesen emelkedett, vagyis más szóval a vizelet redukáló képességének e napszakokban észlelt tekintélyes fokozódása a huygsav- és kreatinin-kiválasztás megnagyobbodásában leli magyarázatát.

A vizelet mennyisége a lázas állapotnak megfelelően csekély volt; közötté és a redukáló anyagok kiválasztási értékei között az összefüggés általában véve az élettani viszonyoknak megfelelt. Csakis azon napszakok képeznek kivételt, melyekben a vizelet mennyisége 400 cm.³-nál több volt. Ezen esetekben főleg a szénhidrátszerű redukáló testek kiválasztása nem tartott lépést a vizelet mennyiségének emelkedésével. A vizelet fajsulya és redukáló képessége közötti arány csakis egy-két esetben tért el némileg az élettani középértéktől.

V. *Pneumonia crouposa.*

K. Gy. 50 éves, sütő. 1894. július hó 9-ikén betegedett meg; a hideg kirázta, azóta sokat köhög és ilyenkor heves nyilaló fájdalmakat érez jobb oldalán. A beteg középtermetű, jól fejlett csont- és izomrendszerrel. Mindkét tüdő alsó lebenyének megfelelőleg a kopogtatási hang tompa. A tompulatok fölött hörghi légzés mellett crepitatio és számos nagy hólyagesás szörtyözrej hallható; a teljes éles, nem dobos kopogtatási hangot adó tüdőrészetek felett a légzési zöreij kiterjedten érdes sejtes, számos szörtyözrejjel. A beteg köpetet nem ürít. Nyelve bevont, étvágya nincs, szomja fokozott. A vizeletben fehérje nyomai.

A klinikai felvétel napján 1894. július hó 12-ikén hő reggel 37,8°C., d. u. 38,9°C., Ther.: Inf rad. Ipecac. cum Liqueur. ammon. anisat. és vizes bor.

Jul. 13. Hő d. e. 38,3°C., d. u. 39,0°C. Status et ther. idem.

Vizelet. Dél. — e. 7 ó. 230 cm.³, fs. 1,021, l. trk. 0,333% (0,7659 gr. sze.) rk. 0,24% (0,552 gr. sze.) v. 27,93%.

E. 7 ó. — éjf. 170 cm.³, fs. 1,020, s. trk. 0,357% (0,6069 gr. sze.) rk. 0,245% (0,4165 gr. sze.) v. 31,37%.

Jul. 14. Hő d. e. 39,0°C, d. u. 39,2°C. Jobb oldalon a tompulat a középső lebenyre is áttért, a légzés itt is kifejezetten hörghi, bal oldalt a tompulat kevésbé kifejezett. Ther.: Inf. rad. Ipecac. és 0,5 gr. Coffein.

Vizelet. éjf. — r. 7 ó. 195 cm.³, fs. 1,020, s. trk. 0,37% (0,7215 gr. sze.) rk. 0,22% (0,429 gr. sze.) v. 40,54%.

R. 7 ó. — dél. 370 cm.³, fs. 1,017, s. trk. 0,344% (1,2728 gr. sze.) rk. 0,18% (0,666 gr. sze.) v. 47,67%.

Dél. — e. 7 ó. 270 cm.³, fs. 1,018, l. trk. 0,294% (0,7938 gr. sze.)

E. 7 ó. — éjf. 170 cm.³, fs. 1,019, l. trk. 0,303% (0,5151 gr. sze.)

Jul. 15. Hő d. e. 38,5°C., d. u. 39,2°C. Tompulat hátul mindkét oldalt feljebb terjedt. A beteg állapota egyébként is súlyosbodott, heves oldalszúrások-ról panaszol, a nyálkahártyák cyanosisosak, köpet szilvalészerű. Th.: Inf. rad. Ipecac., 0,5 gr. Coffein és 0,01 gr. Morph. muriat. subcutan.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 260 cm.³, fs. 1,019, l. trk. 0,327% (0,8502 gr. sze.).

R. 7 ó. — dél. 155 cm.³, fs. 1,018, s. trk. 0,312% (0,4836 gr. sze.)

Dél. — e. 7 ó. 275 cm.³, fs. 1,022, l. trk. 0,327% (0,5396 gr. sze.) rk. 0,075% (0,2062 gr. sze.) v. 61,79%.

E. 7 ó. — éjf. 110 cm.³, fs. 1,019, l. trk. 0,294% (0,3234 gr. sze.) rk. 0,057% (0,0627 gr. sze.) v. 83,70%.

Jul. 16. Hő d. e. 38,5°C., d. u. 38,7°C. A beteg arczkifejezése aggodalmas, d. e. 10 órától delirál; lélegzés felületes. A tompulati viszonyok nem változtak. Ther.: 0,01 gr. Morph. muriat. subcutan; este 8 órakor 0,1 gr. Camphor.

Vizelet. éjf. — r. 7 ó. 340 cm.³, fs. 1,021, l. trk. 0,303% (1,0302 gr. sze.), rk. 0,105% (0,357 gr. sze.) v. 65,35%.

R. 7 ó. — dél. 165 cm.³, fs. 1,018, s. trk. 0,333% (0,5494 gr. sze.) rk. 0,107% (0,1765 gr. sze.) v. 67,87%.

Dél. — e. 7 ó. 275 cm.³, fs. 1,019, l. trk. 0,35% (0,9625 gr. sze.)

E. 7 ó. — éjf. 285 cm.³, fs. 1,017, s. trk. 0,327% (0,9319 gr. sze.)

Jul. 17. Hő d. e. 38,1°C., d. u. 38,9°C. A delirium és dyspnoe folyton tart; a kopogtatási viszonyok nem változtak. Pulsus puha, kihagyó. Ther.; d. e. 9 órakor 0,1 gr. Camph. azután erős bor és cognac.

Vizelet. éjf. — r. 7 ó. 225 cm.³, fs. 1,015, s. trk. 0,327% (0,7358 gr. sze.)

R. 7 ó. — dél. 375 cm.³, fs. 1,013, s. trk. 0,317% (1,1887 gr. sze.).

Dél. — e. 7 ó. 510 cm.³, fs. 1,011, l. trk. 0,213% (1,0863 gr. sze.).

E. 7 ó. — éjf. 205 cm.³, fs. 1,012, l. trk. 0,247% (0,5064 gr. sze.).

Jul. 18. Hő d. e. 38,0°C., d. u. 38,3°C. A beteg sensoriuma valamivel tisztább de azért még sokszor delirál. Pulsus kicsiny, puha, kihagyó. Ther.: d. e. 1/3,9 órakor 0,1 gr. Camph. 9 ó. 150 cm.³ vér bocsáttatik ki venaesectióval. A nap folyamán folytatólag Camphora, bor és cognac. A beteg este 8 órakor, 5 perczig tartó agonia után meghalt.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 280 cm.³, fs. 1,014, s. trk. 0,229% (0,6412 gr. sze.).

R. 7 ó. — dél. 180 cm.³, fs. 1,017, s. trk. 0,303% (0,5454 gr. sze.).

A redukáló anyagoknak 24 órai kiválasztása az öt észlelési napon eszerint a következőleg alakult:

A teljes redukáló képességet képviselő szőlőcukoregyenértékek mennyisége volt jul. 13. dél. — jul. 14. dél. 3,3671 gr., jul. 14. dél. — jul. 15. dél. 2,4427 gr., jul. 15. dél. — jul. 16. dél. 2,4426 gr., jul. 16. dél. — jul. 17. dél. 3,8189 gr., jul. 17. dél. — jul. 18. dél. 2,7793 gr.

A phosphorwolframsavval kezelés után visszamaradó redukáló képességet képviselő szőlőcukoregyenértékek 24 órai mennyisége volt az első észlelési napon 2,0635 gr., a harmadikon 0,8024 gr.

A 24 órás kiválasztás értékében a phosphorwolframsavas kezelés által okozott veszteség az első észlelési napon 38,72%, a harmadikon pedig 67,15%-nak felelt meg.

A vizelet 24 órás mennyisége volt az első észlelési napon 965 cm.³, a másodikon 855 cm.³, a harmadikon 890 cm.³, a negyediken 1160 cm.³, és az ötödiken 1175 cm.³.

Az egyes napszakokban kiválasztott vizeletrészletek teljes redukáló képességének, valamint a phosphorwolframsavval kezelés után megmaradó redukáló képességnek százalékszámokban és szőlő-cukoregyenértékekben kifejezett értékei tehát általában véve az épelettani határok között ingadoztak. A phosphorwolframsavval kezelés által a teljes redukáló képességben okozott veszteség a 3-ik észlelési napon igen nagy volt, s a jul. 15. e. 7 ó.—éjfélig gyűjtött vizeletrészletben oly értékre emelkedett, mely az egészséges férfiaknál észlelt értékek maximumát is meghaladta.

A phosphorwolframsavas kezelés után visszamaradó redukáló képességnek meghatározását a 4. és 5-ik észlelési napon nem lehetett jól végezni, a mennyiben a vizelet titrálásánál határozott végreakciót egyáltalán nem lehetett kapni. Idő hiány miatt nem terjeszkedhettem ki annak tüzetes megállapítására, hogy a meghatározás ez akadályának mi volt az oka.

A 24 órás kiválasztási értékek tekintetéből csakis annyit kell felemlítenem, hogy a phosphorwolframsavval le nem csapható redukáló anyagoknak 24 órás kiválasztása a 3-ik észlelési napon az egészséges férfiaknál észlelt minimalis értéknél is kisebb volt; ugyane napon a phosphorwolframsavas kezelés által a teljes redukáló képességben okozott veszteség pedig az élettani maximalis értéket is meghaladta.

Miután a betegnél testsulymérést eszközölni nem lehetett s ennek folytán a nyert értékeknek a testsulyegységre vonatkoztatása nem eszközölhető, az imént felsorolt szabálytalan értékekhez sem szándékozom további következtetéseket fűzni. Csakis annyit kívánok még megjegyezni, hogy eltekintve attól, miszerint a phosphorwolframsavval le nem csapható redukáló anyagok 24 órás kiválasztásában az első és a harmadik észlelési nap között igen nagy eltérés mutatkozott, a redukáló anyagok kiválasztása egyik napról a másikra különös ingadozásokat nem mutatott.

A napszaki ingadozás jellege az élettani viszonyoktól több

tekintetből eltérő volt, amennyiben a teljes redukáló képességnek megfelelő szőlőcukoregyenértékek maximumai több észlelési napon a r. 7 ó—déli időre estek, holott egészséges férfiaknál a kiválasztás ilyenkor a legcsekélyebb szokott lenni. Ezen atypia a phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességre is vonatkozott. Minthogy azonban ezt csakis két napon keresztül figyeltem meg, arra különös sulyt nem fektethetek, s ép úgy nem bocsátkozhatom annak taglalásába, mennyiből lehetne talán a napszaki ingadozás typosának megzavarását magával a betegséggel, hőmenettel vagy a therapiával oki összefüggésbe hozni.

VI. Typhus abdominalis.

F. J. 19 éves napszámos. Betegsége körülbelül 1894 aug. 10—12-ike óta áll fenn. A beteg középtermetű, jól fejlett és táplált; bőrszíne halvány. Hasa meteoristicus, léptomulata megnagyobbodott, mélyebb légvételek alkalmazásával lépe ki is tapintható. Széke borsólészerű. Ther.: Acid. phosph.

Aug. 17. Hő d. e. 6 ó. 40,0°C., 8 ó. 40,3°C., 10 ó. 39,9°C., 12 ó. 39,8°C., 2 ó. 39,9°C., 4 ó. 39,4°C., 6 ó. 39,7°C., 8 ó. 39,9°C., 10 ó. 40,0°C.

Vizelet: e. 7 ó. — éjf. 170 cm.³, fs. 1,017. s. trk. 0,344% (0,5848 gr. sze.), rk. 0,169% (0,2873 gr. sze.), v. 59,42%.

Aug. 18. Hő d. e. 6 ó. 40,2°C., 8 ó. 40,1°C., 10 ó. 39,9°, 12 ó. 40,0°C., d. u. 2 ó. 38,2°C., 4 ó. 38,5°C., 6 ó. 38,7°C., 8 ó. 38,7°C., 10 ó. 38,9°C., Status et ther. idem.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 230 cm.³, fs. 1,017, s. trk. 0,333% (0,7659 gr. sze.), rk. 0,156% (0,3588 gr. sze.), v. 53,15%.

Aug. 21. Hő d. e. 37,4°C., d. u. 38,2°C. Beteg kissé aluszékony. Ther.: mint előbb. Este 9, 1/2 10 és 10 órakor 0,5—0,5 gr. chinin. bisulfuricumot kaptott, ugyanazon időben mérve hőmérséke 38,6, 38,2 és 38,0°C. volt.

Vizelet: dél. — e. 7 ó. 190 cm.³, fs. 1,020, l. trk. 0,185% (0,3515 gr. sze.), rk. 0,132% (0,2508 gr. sze.), v. 28,65%.

E. 7 ó. — éjf. 150 cm.³, fs. 1,012, l. trk. 0,086% (0,129 gr. sze.), rk. 0,053% (0,0815 gr. sze.), v. 36,82%.

Aug. 22. Hő d. e. 8 ó. 37,4°C., 12 ó. 36,6°C., d. u. 4 ó. 36,9°C., 8 ó. 37,0°C. Status et ther. idem.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 110 cm.³, fs. 1,021, l. trk. 0,154% (0,1694 gr. sze.), rk. 0,081% (0,0891 gr. sze.), v. 47,40%.

R. 7 ó. — dél. 180 cm.³, fs. 1,020, l. trk. 0,147% (0,2646 gr. sze.), rk. 0,07% (0,126 gr. sze.), v. 52,38%.

Aug. 24. Hő d. e. 8 ó. 37,4°C., 12 ó. 37,7°C., d. u. 4 ó. 37,1°C., 8 ó. 37,8°C. Ther.: Ac. phosph.

Vizelet: dél. — e. 7 ó. 240 cm.³, fs. 1,012, s. trk. 0,172% (0,4128 gr. sze.), rk. 0,071% (0,1704 gr. sze.), v. 58,72%.

E. 7 ó. — éjf. 350 cm.³, fs. 1,013, s. trk. 0,204⁰/₀ (0,714 gr. sze.), rk. 0,091⁰/₀ (0,3185 gr. sze.), v. 55,39⁰/₀.

Aug. 25. Hő d. e. 8 ó. 37,7⁰C., 12 ó. 37,8⁰C., d. u. 4 ó. 37,9⁰C., 8 ó. 37,5⁰C.
Status et ther. idem.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 180 cm.³, fs. 1,013, s. trk. 0,208⁰/₀ (0,3744 gr. sze.), rk. 0,104⁰/₀ (0,1872 gr. sze.), v. 50⁰/₀.

R. 7 ó. — dél. 600 cm.³, fs. 1,018, s. trk. 0,27⁰/₀ (1,62 gr. sze.), rk. 0,133⁰/₀ (0,798 gr. sze.), v. 59,74⁰/₀.

Dél. — e. 7 ó. 370 cm.³, fs. 1,013, s. trk. 0,185⁰/₀ (0,6845 gr. sze.), rk. 0,105⁰/₀ (0,3885 gr. sze.), v. 43,24⁰/₀.

E. 7 ó. — éjf. 330 cm.³, fs. 1,012, s. trk. 0,178⁰/₀ (0,5874 gr. sze.), rk. 0,08⁰/₀ (0,264 gr. sze.), v. 55,06⁰/₀.

A napszaki gyűjtések többszöri megszakítása miatt az észlelés egész tartama alatt csakis két ízben lehetett a teljes 24 órai kiválasztás értékei felől is tájékozást nyerni. A teljes redukáló képességnek megfelelő szőlőcukoregyenértékek 24 órai mennyisége volt aug. 21. dél. — 22. dél. 0,9145 gr., aug. 24. dél. — 25. dél. 3,1212 gr.; a phosphorwolframsavas kezelés után visszamaradó redukáló képességet képviselő szőlőcukoregyenértékek 24 órai mennyisége pedig az előbbi napon 0,5474 gr., az utóbbin 1,4741 gr.-nak felelt meg.

A vizelet teljes redukáló képességében a phosphorwolframsavas kezelés által okozott veszteség volt aug. 21. dél. — aug. 22. dél. 40,14⁰/₀, aug. 24. dél. — aug. 25. dél. 52,45⁰/₀. A vizelet 24 órai mennyisége volt az előbbi észlelési napon 630 cm.³, az utóbbin pedig 1370 cm.³.

Ez esetben figyelemre méltó mindenekelőtt a két teljes napi észlelés értékei között mutatkozó igen lényeges eltérés, s ép így feltűnő az is, hogy az aug. 21. dél.—22. délig terjedő időben úgy a phosphorwolframsavval le nem csapható, mint az összes redukáló anyagoknak kiválasztása sokkal csekélyebb értékeket mutatott, mint a milyen minimumokat egészséges férfiaknál eddig észlelni lehetett. A phosphorwolframsavas kezelés által a redukáló képességben okozott veszteség százalékszámja az élettani középértéknek jól megfelelt.

Az egyes napszaki értékek tekintetéből feltűnő, hogy a teljes redukáló képesség abszolút értékei rendkívül nagy ingadozásokat mutattak. Nemesak a minimum (aug. 21. e. 7 ó.—éjf.) kisebb, mint az észlelt élettani legkisebb érték, de egyúttal viszont a maximum (aug. 25. r. 7 ó.—dél.) nagyobb, mint az észlelt élettani legnagyobb érték. A phosphorwolframsavas kezelés után visszamaradó redukáló képesség szintén tetemes ingadozásokat mutatott az élettani határokon belül, de általában véve az élettani középértéknél csekélyebb volt.

Miután az észlelés ez esetben nem volt folytonos, a nyert elemzési adatok tekintetéből csakis arra szeretnék még utalni, hogy

úgy a teljes redukáló képességnek, mint a phosphorwolframsavas kezelés után visszamaradó redukáló képességnek maximalis napszaki értéke ez esetben is az élettani typustól eltérőleg a reg. 7 ó.— délig terjedő időre esett. A phosphorwolframsavas kezelés által a vizelet redukáló képességében okozott veszteségnek napszaki értékei jórészt a normalis közéérték körül ingadoztak.

VII. *Typhus abdominalis.*

K. J. 21 éves bognár. 1894. augusztus 10-ike óta beteg, s ugyan e hó 17-ikén vétetett fel a klinikára, a következő jelenállapottal: Beteg közép-termetű, jól fejlett és táplált. A hason néhány roseola látható. A beteg közérzete gyengesége és forrósága miatt lehangolt, ajkai és nyelve szárazak, utóbbi duzadt, fehér lepedékkel bevont és a fogak benyomásait mutatja. Szomj fokozott. A lép nem tapintható ki, ámbár tompulata kissé megnagyobbodott. Székletét igen gyakori s borsólészerű. A vizeletben minimalis mennyiségű fehérje. A beteg 1894. szept. 5-ikéig, midőn vizelete feldolgozás alá került, időközben catarrhalis pneumoniát állott ki. Mintegy 8 nap óta decubitusa van. Ther.: Decoct. Chinae. **Szept. 5.** Hő d. e. 35,5°C., d. u. 37,3°C. Beteg közérzete lehangolt, nyelve bevont, nedves. Lép nem tapintható, de tompulata megnagyobbodott. Székletét nem volt.

Vizelet. Dél. — e. 7 ó. 395 cm.³, fs. 1,016, l. trk. 0,104%, (0,41 gr. sze.), rk. 0,098%, (0,3874 gr. sze.), v. 5,51%.

E. 7 ó. — éjf. 315 cm.³, fs. 1,013 s. trk. 0,091%, (0,2867 gr. sze.), rk. 0,073%, (0,2299 gr. sze.), v. 19,81%.

Szept. 6. Hő d. e. 37,0°C., d. u. 37,7°C. A decubitus gyógyúl. Székletét nem volt. Ther.: Decoct. Chinae.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 380 cm.³, fs. 1,011, s. trk. 0,079%, (0,3002 gr. sze.), rk. 0,053%, (0,2014 gr. sze.), v. 32,91%.

R. 7 ó. — dél. 380 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,075%, (0,285 gr. sze.), rk. 0,049%, (0,1862 gr. sze.), v. 34,67%.

Dél. — e. 7 ó. 410 cm.³, fs. 1,005, l. trk. 0,056%, (0,2296 gr. sze.)

E. 7 ó. — éjf. 355 cm.³, fs. 1,007, l. trk. 0,095%, (0,3373 gr. sze.), rk. 0,061%, (0,2166 gr. sze.), v. 35,82%.

Szept. 7. Hő d. e. 37,1°C., d. u. 37,8°C. A beteg jobban érzi magát. Ther.: mint előző napon.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 325 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,112%, (0,364 gr. sze.), rk. 0,064%, (0,208 gr. sze.), v. 42,86%.

R. 7 ó. — dél. 455 cm.³, fs. 1,006, s. trk. 0,098%, (0,4459 gr. sze.), rk. 0,052%, (0,2356 gr. sze.), v. 47,16%.

Dél. — e. 7 ó. 420 cm.³, fs. 1,012, l. trk. 0,125%, (0,525 gr. sze.), rk. 0,091%, (0,3822 gr. sze.), v. 27,20%.

E. 7 ó. — éjf. 325 cm.³, fs. 1,007, s. trk. 0,091%, (0,2958 gr. sze.), rk. 0,083%, (0,2698 gr. sze.), v. 8,11%.

Szept. 8. Hő d. e. 37,1°C., d. u. 37,6°C. Ther. et status idem.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 310 cm.³, fs. 1,014, s. trk. 0,167⁰/₀, (0,5177 gr. sze.), rk. 0,059⁰/₀, (0,1829 gr. sze.), v. 64,67⁰/₀.

R. 7 ó. — dél. 165 cm.³, fs. 1,013, s. trk. 0,143⁰/₀, (0,236 gr. sze.), rk. 0,056⁰/₀, (0,0924 gr. sze.), v. 60,85⁰/₀.

E. 7 ó. — éjf. 375 cm.³, fs. 1,011, l. trk. 0,4763⁰/₀, (0,075 gr. sze.), rk. 0,075⁰/₀, (0,2813 gr. sze.), v. 40,94⁰/₀.

Szept. 9. Hő d. e. 36,7°C., d. u. 37,1°C. Változás nincs.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 505 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,117⁰/₀, (0,5909 gr. sze.), rk. 0,066⁰/₀, (0,3333 gr. sze.), v. 43,59⁰/₀.

R. 7 ó. — dél. 605 cm.³, fs. 1,006, s. trk. 0,083⁰/₀, (0,5022 gr. sze.), rk. 0,051⁰/₀, (0,3086 gr. sze.), v. 38,45⁰/₀.

Dél. — e. 7 ó. 845 cm.³, fs. 1,005, s. trk. 0,049⁰/₀, (0,4141 gr. sze.).

E. 7 ó. — éjf. 415 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,122⁰/₀, (0,5063 gr. sze.), rk. 0,077⁰/₀, (0,3196 gr. sze.), v. 36,87⁰/₀.

Szept. 10. Hő d. e. 36,7°C., d. u. 37,1°C. A beteg sokkal jobban érzi magát; a decubitus majdnem teljesen begyógyult. Léptompulat normális. Ther.: Decoct. Chinae.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 660 cm.³, fs. 1,004 s.

R. 7 ó. — dél. 410 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,117⁰/₀, (0,4797 gr. sze.), rk. 0,074⁰/₀, (0,3034 gr. sze.), v. 36,75⁰/₀.

Dél. — e. 7 ó. 740 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,093⁰/₀, (0,6882 gr. sze.), rk. 0,059⁰/₀, (0,4366 gr. sze.), v. 36,56⁰/₀.

E. 7 ó. — éjf. 540 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,103⁰/₀, (0,5562 gr. sze.), rk. 0,057⁰/₀, (0,3078 gr. sze.), v. 44,66⁰/₀.

Szept. 11. Hő d. e. 36,9°C., d. u. 37,4°C. Változás nincs.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 85 cm.³, fs. 1,016, s. trk. 0,164⁰/₀, (0,1394 gr. sze.).

R. 7 ó. — dél. 295 cm.³, fs. 1,011, s. trk. 0,122⁰/₀, (0,3599 gr. sze.), rk. 0,066⁰/₀, (0,1947 gr. sze.), v. 45,90⁰/₀.

Dél. — e. 7 ó. 790 cm.³, fs. 1,006, l. trk. 0,057⁰/₀, (0,4503 gr. sze.).

E. 7 ó. — éjf. 370 cm.³, fs. 1,008 s. trk. 0,079⁰/₀, (0,2923 gr. sze.), rk. 0,053⁰/₀, (0,1961 gr. sze.), v. 32,91⁰/₀.

Szept. 12. Hő d. e. 36,4°C., d. u. 37,0°C. Változás nincs.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 680 cm.³, fs. 1,005, s. trk. 0,053⁰/₀, (0,3604 gr. sze.).

R. 7 ó. dél. 420 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,114⁰/₀, (0,4789 gr. sze.), rk. 0,07⁰/₀, (0,294 gr. sze.), v. 38,67⁰/₀.

Dél. — e. 7 ó. 460 cm.³, fs. 1,009, l. trk. 0,098⁰/₀, (0,458 gr. sze.), rk. 0,065⁰/₀, (0,299 gr. sze.), v. 34,72⁰/₀.

E. 7 ó. — éjf. 370 cm.³, fs. 1,010, s. trk. 0,108⁰/₀, (0,3996 gr. sze.), rk. 0,083⁰/₀, (0,3071 gr. sze.), v. 23,14⁰/₀.

Szept. 13. Hő d. e. 36,0°C., d. u. 37,0°C. Ther.: Naponta háromszor 0,1—0,1 gr. Chinin Sulfit.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 520 cm.³, fs. 1,007, s. trk. 0,081⁰/₀, (0,4212 gr. sze.), rk. 0,051⁰/₀, (0,2652 gr. sze.), v. 37,04⁰/₀.

- R. 7 ó. — dél. 380 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,116%, (0,448 gr. sze.), rk. 0,065%,
(0,247 gr. sze.), v. 44,86%.
- Dél. — e. 7 ó. 760 cm.³, fs. 1,007, l. trk. 0,063%, (0,4788 gr. sze.), rk. 0,045%,
(0,328 gr. sze.), v. 31,49%.
- E. 7 ó. — éjf. 430 cm.³, fs. 1,008, l. trk. 0,075%, (0,3225 gr. sze.), rk. 0,050%,
(0,2193 gr. sze.), v. 32%.

Szept. 14. Hő d. e. 36,5°C., d. u. 36,7°C. Ther.: mint előbb.

Vizelet: Éjf. — r. 7 ó. 810 cm.³, fs. 1,004 s.

R. 7 ó. — dél. 490 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,081%, (0,3969 gr. sze.), rk. 0,059%,
(0,2891 gr. sze.), v. 27,16%.

Dél. — e. 7 ó. 325 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,089%, (0,2893 gr. sze.), rk. 0,059%,
(0,1913 gr. sze.), v. 34,12%.

E. 7 ó. — éjf. 730 cm.³, fs. 1,004 s. trk. 0,057%, (0,4161 gr. sze.).

Szept. 15. Hő d. e. 36,2°C., d. u. 36,6°C.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 540 cm.³, fs. 1,005, s. trk. 0,052% (0,288 gr. sze.).

R. 7 ó. — dél. 450 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,063% (0,2835 gr. sze.), rk. 0,047%
(0,2115 gr. sze.), v. 25,39%.

Dél. — e. 7 ó. 645 cm.³, fs. 1,006, s.

E. 7 ó. — éjf. 620 cm.³, fs. 1,005, s.

Szept. 16. Hő d. e. 36,1°C, d. u. 36,9°C.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 970 cm.³, fs. 1,007, l. trk. 0,082% (0,7954 gr. sze.).

R. 7 ó. — dél. 400 cm.³, fs. 1,007, l. trk. 0,091% (0,364 gr. sze.).

Dél. — e. 7 ó. 875 cm.³, fs. 1,007, l. trk. 0,06% (0,525 gr. sze.).

E. 7. ó. — éjf. 410 cm.³, fs. 1,004, s. trk. 0,069% (0,2829 gr. sze.), rk. 0,056%
(0,2296 gr. sze.), v. 18,84%.

Szept. 17. Hő d. e. 36,1°C., d. u. 36,8°C.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 770 cm.³, fs. 1,004, s.

R. 7 ó. — dél. 450 cm.³, fs. 1,008, s. trk. 0,083% (0,3735 gr. sze.), rk. 0,062%
(0,279 gr. sze.), v. 25,30%.

Dél. — e. 7 ó. 835 cm.³, fs. 1,007, l.

E. 7 ó. — éjf. 830 cm.³, fs. 1,008, l. trk. 0,105% (0,8715 gr. sze.), rk. 0,056%
(0,4648 gr. sze.), v. 46,67%.

Szept. 18 Hő d. e. 36,0°C., d. u. 36,3°C. A beteg teljesen jól érzi magát. A vizeletben fehérje nem mutatható ki.

Vizelet: éjf. — r. 7 ó. 610 cm.³, fs. 1,009, s. trk. 0,077% (0,4697 gr. sze.), rk. 0,049%
(0,2989 gr. sze.), v. 36,36%.

R. 7 ó. — dél. 595 cm.³, fs. 1,011, s. trk. 0,089% (0,5296 gr. sze.), rk. 0,054%
(0,3213 gr. sze.), v. 39,33%.

A vizelet teljes redukáló képességének megfelelő szőlőcukoregyenértékek mennyisége volt ezek szerint szept. 5. dél. — szept. 6. dél. 1,2819 gr., szept. 6. dél. — szept. 7. dél. 1,3768 gr., szept. 7. dél. — szept. 8. dél. 1,5745 gr., szept. 10. dél. — szept. 11. dél. 1,7437 gr., szept. 11. dél. — szept. 12. dél. 1,5819 gr. és szept. 12. dél. — szept. 13. dél. 1,7268 gr.

A phosphorwolframsavas kezelés után megmaradt redukáló képességeknek

megfelelő szőlőcukorkoregyenértékek mennyisége volt szept. 5. dél. — szept. 6. dél. 1,0049 gr., szept. 7. dél. — szept. 8. dél. 0,9273 gr., szept. 12. dél. — szept. 13. dél. 1,1183 gr.

A vizelet teljes redukáló képességében a phosphorwolframsavas kezelés által okozott veszteség tehát volt szept. 5. dél. — szept. 6. dél. 21,61⁰/₀, szept. 7. dél. — szept. 8. dél. 41,11⁰/₀ és szept. 12. dél. — szept. 13. dél. 35,24⁰/₀.

A vizelet 24 órái mennyisége volt az I. észlelési napon 1470 cm.³, a II. n. 1545 cm.³, a III. n. 1220 cm.³, az V. n. 2330 cm.³, a VI. n. 1660 cm.³, a VII. n. 2260 cm.³, a VIII. n. 1730 cm.³, a IX. n. 2490 cm.³, a X. n. 2045 cm.³, a XI. n. 2635 cm.³, a XII. n. 2505 cm.³ és a XIII. n. 2870 cm.³.

E betegnél, kinek hőmérséke a vizelet feldolgozásának első napjaiban még subfebrilis, azontúl pedig rendes volt, s ki különösen az észlelés második felében reconvalescensnek tekinthető, főleg a redukáló anyagok kiválasztásának igen csekély értékei tűnnek föl. A 24 órái értékek csekély volta különösen akkor válik szembeötlővé, ha azokat a vizelet napi mennyiségeivel hasonlítjuk össze, melyek általában véve a rendesnél jóval tekintélyesebbek voltak. A fokozott diuresis daczára tehát a redukáló anyagok a rendesnél kisebb mennyiségben kerültek kiválasztásra s e megfigyás főleg a phosphorwolframsavval lecsapható redukáló anyagokra vonatkozott. Ennek megfelelően a vizelet redukáló képességében a phosphorwolframsavval okozott veszteség általában véve igen csekély, az élettani középértéknél 1—2 napszakot kivéve általában véve jóval kisebb volt. A szeptember 5. déltől este 7 óráig gyűjtött vizeletrészletben pedig oly csekély értékre esett le, a mely az élettani viszonyok közt észlelt minimumnál is kisebb volt.

A redukáló anyagok kiválasztásának csekély értékei mellett feltűnő volt még a napszaki ingadozásnak teljes szabálytalansága.

VIII. Typhus abdominalis.

B. J. 21 éves kocsis. 1894 július hó 10—12-ike óta nagyon gyengének érezte magát, fej- és keresztstáji fájdalmai voltak s enni nem kívánt. Ugyane hó 18-án vétetett fel a klinikára a következő jelen állapottal. A középtermetű, elég jól fejlett csont- és izomrendszerű beteg bőrének színe halvány, tapintata forró, kissé száraz. A hasfalak bőrén néhány roseola látható. Pulsus dichrot. A kinyújtva remegő nyelv a fogak benyomásait mutatja és bevont. A has meteoristicus. A megnagyobbodott lép kitapintható. Székletét gyakori és híg ugyan, de nem jellegzetesen borsólészerű. A vizelet fehérjét csak nyomokban tartalmaz. Therapia: Ac. phosph.

Jul. 19. Hő d. e. 39,2°C., d. u. 39,7°C.

Vizelet. Dél. — e. 7 ó. 245 cm.³, fs. 1,022, s. trk. 0,351% (0,86 gr. sze.).

E. 7 ó. — éjf. 170 cm.³, fs. 1,020, s. trk. 0,339% (0,5763 gr. sze.).

Jul. 20. Hő d. e. 38,9°C., d. u. 39,8°C. A beteg soporosus, heves fejfájásról panaszol, nyelve száraz. A meteorismus fokozódott; megfelelő nyomással ileocecalis korgás váltható ki. A betegnek a nap folyamán kétszer volt majdnem borsólészerű széke. Ther.: Ac. phosph. és bor.

Vizelet. R. 7 ó. — dél. 305 cm.³ fs. 1,021, s. trk. 0,364% (1,1102 gr. sze.)

Dél. — e. 7 ó. 250 cm.³, fs. 1,021, s. trk. 0,371% (0,9275 gr. sze.).

E. 7 ó. — éjf. 185 cm.³, fs. 1,027, s. trk. 0,384% (0,7104 gr. sze.).

Jul. 21. Hő d. e. 39,1°C., d. u. 39,4°C. A betegnek négyszer volt híg széke. Ther.: mint ezelőtt és azonfelül eczetes lemosás.

Vizelet. R. 7 ó. — dél. 315 cm.³, fs. 1,019, s. trk. 0,327% (1,0301 gr. sze.).

Dél. — e. 7 ó. 280 cm.³, fs. 1,022, s. trk. 0,37% (1,036 gr. sze.).

E. 7 ó. — éjf. 190 cm.³, fs. 1,021, s. trk. 0,351% (0,6669 gr. sze.).

Jul. 22. Hő d. e. 38,4°C., d. u. 39,4°C. A beteg kissé nehezen hall, soporosus, álmából gyakran felrezzen; négyszer volt borsólészerű széke. Ther.: mint előbb.

Vizelet. E. 7 ó. — éjf. 350 cm.³, fs. 1,022, s. trk. 0,357% (1,2495 gr. sze.).

Jul. 23. Hő d. e. 38,0°C., d. u. 39,2°C. A meteorismus kissé csökkent; a lép még inkább megnagyobbodott és jobban kitapintható. A betegnek 6-szor volt borsólészerű széke. Ther.: mint előbb.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 150 cm.³, fs. 1,022, s. trk. 0,384% (0,576 gr. sze.).

R. 7 ó. — dél. 385 cm.³, fs. 1,020, s. trk. 0,408% (1,5708 gr. sze.).

Dél. — e. 7 ó. 115 cm.³, fs. 1,021, s. trk. 0,417% (0,4796 gr. sze.).

Jul. 24. Hő d. e. 37,3°C., d. u. 37,7°C. A beteg sensoriuma jóval tisztább, nyelve nedvesebb, de még bevont. A meteorismus kisebb. 3 híg székletét. Ther.: mint előbb és azonfelül este 1/8 és 8 órakor 0,5—0,5 gr. Chin. bisulf.

Vizelet. éjf. — r. 7 ó. 300 cm.³, fs. 1,021, s. trk. 0,435% (1,305 gr. sze.).

Dél. — e. 7 ó. 330 cm.³, fs. 1,021, s. trk. 0,27% (0,891 gr. sze.).

E. 7 ó. — éjf. 140 cm.³, fs. 1,020, s. trk. 0,417% (0,5838 gr. sze.).

Jul. 25. Hő d. e. 37,3°C., d. u. 38,1°C. A beteg sensoriuma egészen tiszta, pul-susa már nem dichrot. A lép valamivel puhább. Ther.: Ac. phosph. és eczetes lemosás.

Vizelet. R. 7 ó. — dél. 315 cm.³, fs. 1,020, s. trk. 0,476% (1,4994 gr. sze.).

E. 7 ó. — éjf. 185 cm.³, fs. 1,023, s. trk. 0,417% (0,7715 gr. sze.).

Jul. 26. Hő d. e. 38,0°C., d. u. 38,4°C. A has bőrén néhány új roseola, a nyelv még nedvesebb, székletét egyszer. Ther.: Ac. phosph. és eczetes lemosás.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 235 cm.³, fs. 1,022, s. trk. 0,455% (1,0695 gr. sze.).

Dél. — e. 7 ó. 185 cm.³, fs. 1,023, s. trk. 0,435% (0,8048 gr. sze.).

E. 7 ó. — éjf. 180 cm.³, fs. 1,019, s. trk. 0,392% (0,7056 gr. sze.).

Jul. 27. Hő d. e. 38,0°C., d. u. 38,3°C. Beteg állapotában csak annyiban van

változás, hogy a jobb proc. masteideus táján, nyomásra szerfelett fokozódó fájdalomról panaszol. Széke nem volt. Ther.: idem.

Vizelet. Éjf. — r. 7 ó. 250 cm.³, fs. 1,020, s. trk. 0,417%, (1,0425 gr. sze.).
R. 7 ó. dél. 240 cm.³, fs. 1,020, s. trk. 0,417%, (1,0008 gr. sze.).

Ezen adatok áttekintésénél különösen az ötlik fel, hogy a míg az egyes napszakokban kiválasztásra került vizeletrészletek mennyiség tekintetéből eléggé számbavehető ingadozásokat mutattak, addig a vizelet fajsulya az észlelésnek majdnem egész tartama alatt ugyanaz maradt.

Ez esetben egyedül a teljes redukáló képességnek meghatározására kellvén szoritkoznom, s a vizelet gyűjtésének folytonossága is ismételten és több napszakra terjedőleg megszakítást szenvedvén — a nyert elemzési adatokkal részletesebben nem foglalkozhatom. Csakis annyit tartok megemlítendőnek, hogy a vizelet teljes redukáló képességének úgy százalékszámokban, mint szőlőcukoregyenértékekben kifejezett értékei általában véve igen magasak voltak s az észlelt maximumok az egészséges férfiaknál észlelt maximalis értékeket erősen meghaladták. Amennyire a hézagos megfigyelési sorozatból következtetni szabad, a napszaki ingadozás menete ez esetben is az élettani jellegtől eltérő volt, amennyiben a r. 7 ó. — délig terjedő napszakra maximalis értékek jutottak s evvel szemben a déltől este 7 óráig terjedő időben alacsony kiválasztási értékekkel találkozunk, sőt az észlelt minimum szintén ilyen napszakra esett.¹⁾

Külső körülmények folytán e kísérleti sorozatot nem egészíthettem ki oly mértékben, hogy a gyűjtött adatokból összefoglaló értékű következtetéseket is vonni lehessen. A fentiekben felsorolt meghatározási eredmények ennél fogva egyelőre casuisticus jelleggel bírnak.

Különösen fontos volna cyclusos lázas megbetegedések esetei-

¹⁾ Könnyebb áttekinthetés kedvéért a napszaki elemzések főbb adatai mind a 8 esetre vonatkozólag a mellékelt táblában vannak összefoglalva.

ben a vizelet elemzését a betegség egész tartama alatt, de sőt még a reconvalescentia idején is végezhetni.

E tekintetből a három általam észlelt typhus eset is némileg útmutatást nyújt, miután az illető betegek a vizelet elemzésének idején a betegségnek igen különböző stádiumában voltak.

Kolozsvárt. A magy. kir. tud. egyetem élet- és kórvegytani intézetéből.

dél. — e. 7 ó.				e. 7 ó. — éjf.			
A vizelet redukáló képessége a phosphorwolframsavas kezelés után		A phosphorwolframsavas kezelés által a vizelet teljes redukáló képességében okozott veszteség százalékszámában	A vizeletnek Moritz szerint meghatározott teljes redukáló képessége		A vizelet redukáló képessége a phosphorwolframsavas kezelés után		A phosphorwolframsavas kezelés által a vizelet teljes redukáló képességében okozott veszteség százalékszámában
százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben		százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben	százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben	
%	gr.	%	%	gr.	%	gr.	%
0·0719	0·4063	33·78	0·0788	0·5186	0·0527	0·3317	38·42
0·0420	0·2625	20·13	0·0510	0·4182	0·0430	0·2760	24·62
0·1140	0·6270	46·85	0·1410	0·6612	0·0830	0·3920	48·38
0·0960	0·3070	49·49	0·1383	0·5668	0·0741	0·3032	45·82
0·0490	0·0612	35·46	0·0870	0·3654	0·0470	0·1974	37·57
0·1820	0·4732	88·11	0·2000	0·8500	0·1250	0·4615	63·00
0·0760	0·1721	34·61	0·1370	0·1824	0·0590	0·0708	36·30
0·2630	0·4603	67·73	0·3710	0·6493	0·2170	0·3798	61·18
0·0300	0·0780	72·35	0·1450	0·3528	0·0150	0·0645	67·51
0·0600	0·2250	82·24	0·2770	0·7617	0·0900	0·2475	89·65
0·0750	0·2062	27·93	0·2470	0·3151	0·0570	0·0627	31·37
0·2400	0·5520	61·79	0·3570	0·9319	0·2450	0·4165	83·70
0·0711	0·1704	28·65	0·0860	0·1290	0·0530	0·0815	36·82
0·1320	0·3885	58·72	0·3440	0·7140	0·1690	0·2873	59·42
0·0450	0·1913	5·51	0·0570	0·2829	0·0510	0·1961	8·11
0·0980	0·4366	36·56	0·1270	0·8715	0·0830	0·4648	46·67
—	—	—	0·3390	0·5763	—	—	—
—	—	—	0·4170	1·2495	—	—	—

N a p s z a k a

Kísérleti egység	N a p s z a k a																				
	éjf. — r. 7 ó.					r. 7 ó. — dél.					dél. — e. 7 ó.					e. 7 ó. — éjf.					
	A vizeletnek Moritz szerint meghatározott teljes redukáló képessége		A vizelet redukáló képessége a phosphor-wolframsavas kezelés után		A phosphor-wolframsavas kezelés által a vizelet teljes redukáló képességében okozott vesztesség százálszámában	A vizeletnek Moritz szerint meghatározott teljes redukáló képessége		A vizelet redukáló képessége a phosphor-wolframsavas kezelés után		A phosphor-wolframsavas kezelés által a vizelet teljes redukáló képességében okozott vesztesség százálszámában	A vizeletnek Moritz szerint meghatározott teljes redukáló képessége		A vizelet redukáló képessége a phosphor-wolframsavas kezelés után		A phosphor-wolframsavas kezelés által a vizelet teljes redukáló képességében okozott vesztesség százálszámában	A vizeletnek Moritz szerint meghatározott teljes redukáló képessége		A vizelet redukáló képessége a phosphor-wolframsavas kezelés után		A phosphor-wolframsavas kezelés által a vizelet teljes redukáló képességében okozott vesztesség százálszámában	
	százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben	százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben		százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben	százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben		százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben	százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben		százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben	százalék számb.	szőlőcz. egyenértékben		százalék számb.
% gr.		% gr.		%	% gr.		% gr.		%	% gr.		% gr.		%	% gr.		% gr.		%		
I.	Középértékben.....	0·0839	0·4137	0·0590	0·2718	37·41	0·1049	0·3856	0·0677	0·2520	36·41	0·1094	0·6160	0·0719	0·4063	33·78	0·0788	0·5186	0·0527	0·3317	38·42
"	Észlelt minimum.....	0·0460	0·2697	0·0480	0·1728	23·75	0·0650	0·2784	0·0560	0·1704	13·85	0·0630	0·3938	0·0420	0·2625	20·13	0·0510	0·4182	0·0430	0·2760	24·62
"	" maximum.....	0·1040	0·6930	0·0670	0·4130	46·15	0·1270	0·6985	0·0800	0·4400	46·66	0·1570	0·7850	0·1140	0·6270	46·85	0·1410	0·6612	0·0830	0·3920	48·38
II.	Középértékben.....	0·0934	0·4451	0·0685	0·2689	42·52	0·1619	0·5843	0·1011	0·3689	37·13	0·1479	0·5828	0·0960	0·3070	49·49	0·1383	0·5668	0·0741	0·3032	45·82
"	Észlelt minimum.....	0·0530	0·3320	0·0490	0·1960	33·68	0·0870	0·4125	0·0470	0·2508	20·03	0·0670	0·5063	0·0490	0·0612	35·46	0·0870	0·3654	0·0470	0·1974	37·57
"	" maximum.....	0·2380	0·7259	0·1250	0·4813	56·92	0·2500	0·8547	0·1670	0·6430	49·98	0·2860	0·7462	0·1820	0·4732	88·11	0·2000	0·8500	0·1250	0·4615	63·00
III.	" minimum.....	0·1270	0·2780	0·0570	0·1190	42·90	0·2000	0·3289	0·0890	0·1780	30·07	0·1890	0·3814	0·0760	0·1721	34·61	0·1370	0·1824	0·0590	0·0708	36·30
"	" maximum.....	0·5560	0·6838	0·2630	0·3419	57·19	0·3030	0·5675	0·2000	0·2926	57·20	0·5000	0·9116	0·2630	0·4603	67·73	0·3710	0·6493	0·2170	0·3798	61·18
IV.	" minimum.....	0·1660	0·6545	0·0300	0·1686	72·69	0·2500	0·2821	0·0750	0·1350	37·50	0·1690	0·2821	0·0300	0·0780	72·35	0·1450	0·3528	0·0150	0·0645	67·51
"	" maximum.....	0·2380	0·9835	0·0650	0·2120	82·85	0·2850	0·4560	0·1600	0·5380	70·00	0·2460	1·1490	0·0600	0·2250	82·24	0·2770	0·7617	0·0900	0·2475	89·65
V.	" minimum.....	0·2290	0·6412	0·1050	0·3570	40·54	0·3030	0·4836	0·1070	0·1765	47·67	0·2130	0·5396	0·0750	0·2062	27·93	0·2470	0·3151	0·0570	0·0627	31·37
"	" maximum.....	0·3700	1·0302	0·2200	0·4290	65·35	0·3440	1·2728	0·1800	0·6660	67·87	0·3500	1·0863	0·2400	0·5520	61·79	0·3570	0·9319	0·2450	0·4165	83·70
VI.	" minimum.....	0·1540	0·1694	0·0810	0·0891	47·40	0·1470	0·2646	0·0700	0·1260	50·74	0·1720	0·3515	0·0711	0·1704	28·65	0·0860	0·1290	0·0530	0·0815	36·82
"	" maximum.....	0·3330	0·7659	0·1560	0·3588	53·15	0·2700	1·6200	0·1330	0·7980	52·38	0·1850	0·6845	0·1320	0·3885	58·72	0·3440	0·7140	0·1690	0·2873	59·42
VII.	" minimum.....	0·0520	0·1394	0·0490	0·1829	32·91	0·0750	0·2360	0·0470	0·0924	25·30	0·0490	0·2296	0·0450	0·1913	5·51	0·0570	0·2829	0·0510	0·1961	8·11
"	" maximum.....	0·1670	0·7954	0·0660	0·3330	64·67	0·1430	0·5296	0·0740	0·3213	60·85	0·1250	0·6882	0·0980	0·4366	36·56	0·1270	0·8715	0·0830	0·4648	46·67
VIII.	" minimum.....	0·3840	0·5760	—	—	—	0·3270	1·0008	—	—	—	0·2700	0·4796	—	—	—	0·3390	0·5763	—	—	—
"	" maximum.....	0·4550	1·3050	—	—	—	0·4760	1·5708	—	—	—	0·4350	1·0360	—	—	—	0·4170	1·2495	—	—	—

A MAGYAR ORVOSI SZAKIRODALOM 1894-BEN.

Összeállította: *dr. Kenyeres Balázs*, e. ny. rk. tanár.

I. Folyóiratok.

Bába Kalauz. Szerk. dr. Dirner Gusztáv. I. évf. Havonként. (IV., Kosuth Lajos-utca 9.) Ára 2 frt.

A Dentista. Szerk. Süsmann Zsigmond. Kiadótulajd. Prohászka Henrik. IV. évf. Havonként (VII., király-utca 15. sz.) Ára 6 frt.

Egészség. Szerk. dr. Fodor József és dr. Csapodi István, kiadja az orsz. közegészségi egyesület. IX. évf. Kéthavonként. (IV., rózsater 1. sz.) Az egyesület tagjainak tagdíj fejében. (Alapító tag: 50 frt, rendes tag 3 frt, pártoló tag 1 frt.)

Egészségügyi Értesítő. Szerk. dr. Preysz Kornél, kiadja a m. kir. belügyminiszterium III. évf. Havonként 2-szer. (Belügyminiszterium.) Ára 2 frt.

Füldői lapok. Szerk. és kiadótulajd. dr. Bossányi Béla I. évf. Havonként 2-szer (VII., Andrásy-ut 33.) Ára 2 frt 50 kr.

Gyakorló orvos. Szerk. és kiadótulajd. dr. Róth. Adolf. V. évf. Havonként 3-szor, ingyen küldik.

Gyógyászat. Az orvostudomány hazai és külföldi fejlődésének, különösen az orvosi gyakorlatnak közlönye. Szerk. és kiadó dr. Schächter Miksa. Laptulajdonos dr. Kovács József e. tnr. Főmunkatárs dr. Szénássy Sándor. XXXIV. évf. Hetenként. (IV. Szervita-ter 4. sz.) Ára 10 frt; orvosnövendékeknek 5 frt.

Gyógyszerészi Értesítő. Szerk. és kiadótulajd. Lukács István. I. évf. Havonként 2-szer. (IV. Királyi Pál-utca 14. sz.) Díjtalanul küldik.

Gyógyszerészi Hetilap. A gyógyszerészeti tudományok fejlődésének és a „Magyarországi Gyógyszerész Egylet“ szakügyeinek közlönye. Szerk. és kiadótulajd. Schédy Sándor. Főmunkatárs: Mahler Gyula. XXXIII. évf. Hetenként. (IV., Sebestyén-ter 8. sz.) Ára 10 frt. A nyugdíjintézet tagjai számára 5 frt.

Gyógyszerészi közlöny. Tudományos és közérdekű gyógyszerészeti szaklap. Szerk. és kiadó. Karlovsky Geyza. Főmunkatárs dr. Winkler Lajos és dr. Muraközy Károly, Hetenként. X. évf. (IV., Királyi Pál-utca 16.) Ára 8 frt. Segédeknek és gyakornokoknak 4 frt.

Honvédorvos. A hazai katonai orvosi intézmény tudományos és társadalmi érdekeinek közlönye a m. kir. honvéd. miniszterium rendeleteivel. Szerk.

dr. Szénássy Sándor. Laptulajdonos: Kovács József tanár. VI. évf. A „Gyógyászat“ melléklete.

Jó egészség. Szerk. dr. Richtmann Mór. Havonként kétszer (Fiume) II. évf. Ára 3 frt.

Klinikai Füzetek. Szerk. dr. Donáth Gyula. Havonként. VI. évf. (V., Dorottya-utca 2. sz.) Ára 4 frt, orvosnövendékeknek 2 frt.

Közegészségügyi Kalauz. A magyar községi és körorvosok országos egyesületének hivatalos közlönye. Szerk. dr. Lőrinczi Ferencz XV. évf. Hetenként. (IV., Zöldfa-utca 43. sz.) Ára 6 frt.

Közegészségügy és Törvényszéki orvostan. Szerk. dr. Fodor József e. ny. r. tnr. Az „Orvosi Hetilap“ melléklete.

Magyar Orvosi Archivum. A nagyméltóságú m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszterium támogatásával szerkesztik: dr. Bókai Árpád, dr. Klug Nándor e. ny. r. és dr. Pertik Ottó egyet. ny. rk. tanárok. Hazai orvosi buvárlatok számára, melyek elméleti, laboratoriumi és klinikai huzamosabb kutatások eredményeit tartalmazzák. Megjelenik két külön kiadásban, a hazai orvosi közönség számára magyar, a külföld számára német-francia nyelven. Évenként 6 füzet. (IV., Kossuth Lajos-utca 2.) III. évf. Ára 10 frt.

Medikus. Az orvosi oktatás közlönye. Szerk. dr. Schächter Miksa. A „Gyógyászat“ melléklete. — II. évf.

Odontoskop. Magyar fogászati folyóirat, a fogtani társulat közlönye. Szerk. és tulajd. dr. Iszlay József. III. évf. (IV., Gizella-tér 2. sz.) Ára 2 frt.

Orvosi Hetilap. A hazai és külföldi gyógyászat és kórbuvárlat közlönye. Szerk. és kiadótulajdonos dr. Högyes Endre e. ny. r. tanár XXXVII. évf. Hetenként. (IV., Kalvin-tér 4. sz.) Ára 10 frt, orvos- és gyógyszerész hallgatók számára 5 frt.

Orvosi Hetiszemle. Folyóirat gyakorló orvosok számára. Szerk. és kiadó dr. Flesch Nándor és dr. Heltai Manó. IX. évf. (V., Alkotmány-utca 24. sz.) Hetenként. Ára 8 frt.

Orvosi Irodalmi Közölny. Szerk. dr. Pujesz Ignác. Kiadója Franke Pál könyvkereskedése. II. évf. (Mult évben orvos irodalmi értesítő címmel) Kéthavonként. (IV., Kossuth Lajos-utca 2 sz.) Ára 1 frt.

Orvos Természettudományi Értesítő. Az „Erdélyi Múzeum-Egylet“ orvostermészettudományi szakosztályának szaküléseiről és népszerű természetudományi estélyeiről szóló értesítője. Szerkesztő bizottság tagjai: Farkas Gyula, Koch Antal, Koch Ferencz, Szabó Dénes e. tanárok. Évente 3 orvosi, 3 természettudományi és a népszerű estélyekről kiadott, több füzetben. Kolozsvár. XVIII. évf. Ára helybeli szakosztályi tagoknak 3 frt, vidéki tagoknak 2 frt. A „Múzeum Egylet“ vagy ennek orvostermészettudományi szakosztályának tagjai a tagdíj fejében kapják.

Szemészet. Szerk. Schulek Vilmos e. tanár. Az „Orvosi Hetilap“ melléklete.

Szülésznök Lapja. Kiadótulajdonos dr. Temesváry Rezső. Szerk. dr. Breitenfeld Ferencz. II. évf. Havonként. (VII., Erzsébet-körút 32. sz.) Ára 2 frt.

Ujabb gyógyszerek és gyógmódok. Szerk. dr. Bókai Árpád e. ny. r. tanár. Az „Orvosi Hetilap” melléklete. I. évf.

Veterinarius. Állatorvosi havi folyóirat. Szerk. Hutya Ferencz dr. Kiadja a magyarországi állatorvos egyeslet. VIII., Rottenbiller-utca 2. sz.) XVII. évf. Havonként. Ára 6 frt; állatorvostanhallgatóknak 3 frt, egyleti tagoknak tagdíj fejében jár.

II. Naptárak, címjegyzékek, évkönyvek, jelentések, kimutatások.

Jó egészség naptára. Az országos közegészségi egyeslet megbízásából Bernát István, Csapodi István dr. és Gerlóczy Zsigmond dr. közreműködésével szerkesztette: Faragó Gyula dr. IV. évf. Ára 30 kr.

Orvosi Zsebnaptár az 1895. évre. Szerk. Faragó Gyula dr. XXIX. évf. Ára 1 frt 40 kr.

Orvosok Zsebnaptára. Szerk. Purjesz Zsigmond dr. XXIII. évf. Ára 1 frt 50 kr.

Budapest fő- és székváros orvosainak évkönyve és különleges címztára. Szerk. Pesti Alfréd. 114 oldal. Ára 1 frt 50 kr.

Magyarország orvosainak évkönyve és különl. címztára. Szerk. Pesti Alfréd. Ára 2 frt 50 kr.

A budapesti kir. orvosegyesület évkönyve. 1893. évre. Szerk. dr. Székács Béla titkár.

Budapest fő- és székváros közkörházainak évkönyve. Szerk. és kiadja a kórház-igazga'óság.

Bukovszky György dr. Budapest székes főváros központi fertőtlenítő intézetének évkönyve az 1892—93. évről.

A magyar szent-korona országai balneologiai egyesületének 1894-diki évkönyve. Szerk. Löw Sámuel dr.

Babarczy Schwartzter Ottó dr. A budapesti magán- és ideggyógyintézet értesítője. Magyar és német nyelven. Számos képpel.

Bäcker József dr. Kimutatás a Kézmárszky tanár igazgatása alatt álló I-ső szülő- és nőbeteg-klinika 1893. évi működéséről.

Benkő Lajos dr. és Lányi Benedek dr. Az aranyos-maróthi megyei közkörház mult évi kimutatása.

Berzenczei Kovács Sándor dr. A szolnok-dobokamegyei „Rudolf” kórház mult évi kimutatása.

Bókai János dr. Orvosi jelentés a Stefania pesti szegény gyermek-kórház 1893-ik évi működéséről. O. H. 26. sz.

Csatáry Lajos dr. Jelentés az országos közegészségi tanácsnak 1893. évi működéséről.

Doday Vilmos dr. Háromszék vármegyei „Ferencz-József” közkörház 1893. évi betegedési kimutatása.

Frater Imre dr. A biharmegyei közkörház mult évi működése.

Gallik Géza. Jelentés a kassai ipar- és kereskedelmi kamara chemiai laboratoriumának 1893—94. években teljesített működéséről. Gy. H. 49. sz.

Gebhardt Lajos dr. A tisztí főorvosi hivatal jelentése Budapest székes fővárosban 1893. év második felében fellépett choleraéről.

Grósz Emil dr. A budapesti kir. m. tud. egyetemi szemklinika működése az 1893/94-iki iskolai évben.

Hieronymi Károly belügyminiszteri jelentése a képviselőházban. Magyarország közegészségügye 1893-ban. O. H. 42. sz.

Högyes Endre dr. A budapesti Pasteur intézet első háromévi statisztikája 1890. április 15—1893. április 14-ig. E. É. 12. sz.

Hückl Ernő dr. Kimutatás a nagy-apponyi „Margit“ kórház 1893. évi beteg forgalmáról.

Magyary Károly dr. és Winkler Albert dr. Az alsó-fehérmegyei orvos-gyógyszerész egylet II. évkönyve 1891—93.

Marosy Kálmán dr. A maros-vásárhelyi országos kórház 1893. évi kimutatása.

Nuszer Lajos dr. XX. évi jelentés a Munkács-városi közkórház működéséről és beteg forgalmáról 1893. évben.

Pataky Luczid dr. és Grubicza Tádé dr. A pécsi irgalmasok betegápoló intézetének mult évi működése.

Sassy János dr. Közkórházaink működése. Évi jelentések alapján.

Szilágyi István dr. és Lengyel Simon dr. A mármarosmegyei közkórház 1893-ban.

Tenner Vilmos dr. A nagy-szent miklósi „Bertha“ kórház évi kimutatása.

Trajtler István dr. Batizfalvy Sámuel dr. a testgyógyászat m. tanárának orvossebészeti-testgyógyászati magángyógyintézete XXV-ik, az intézet önálló hidegvízgyógyászati osztályának VI-ik évi működéséről. O. H. 17. sz.

III. Közlemények az élettani tudományok köréből.

Boncztan, élettan, szövettan.

Onodi Adolf dr. Adatok a gége beidegzésének boncztanához, élet- és kórtanához 130 oldal. 2 frt.

Az orrüreg és melléküregei. Boncztani metszetek után 16 ábrában feltüntetve. II. bővített kiadás. 2 frt.

Thanhoffer Lajos dr. e. tanár. Szövettan és szövettani technika. I. rész. A Mikroszkop és alkalmazása az általános szövettani technika vezérfonala. 191 ábra, 370 oldal. Magy. orvosi könyvkiadó társulat. 3 frt 60 kr.

Chudovszky Móríz dr. Az ütőeres ág billentyűk. O. H. 2. sz. — Donogány Zakariás és Tibáld Miklós dr. Az alkohol befolyása a szervezet fehérje szétesésére. — M. O. A. 459. — Farkas Jenő dr. A boncztan néhány actualis kérdése. Gy. 5. sz. — A fej- és szemmozgások értéke az agybántalmak localisatiojában. Gy. 15. sz. — Halász Henrik dr. A boncztan tanításának néhány újabb módszere. — O. H. 17. sz. — Jendrássik Ernő dr. Ujabb adat a könnyimirigy beidegzésének kérdéséhez. O. H. 18. sz. — Koch Ferencz dr.

Adatok az emberi vizelet redukáló képességének ismeretéhez. — É. 131—192. ol. — Klug Nándor dr. e. tnr. Vizsgálatok a gyomoremésztés köréből. M. O. A. 363 ol. Landauer Ármin dr. Adatok a víz szerepéhez a szervezetben. — M. O. A. 399. — Mihálkovic Géza dr. e. tnr. A herecsövek szöveti szerkezete. Ünnepi dolgozatok Kovács tnr. 25 éves jubileumára. — Neumann M. József dr. Kísérleti tanulmányok a gége izomzat finomabb mechanismusáról. — II. A hangszalag feszítésén működő erők. M. O. A. 344 ol. — Neumann Szigfrid dr. Észleletek mindkét vese működéséről húgy vezér hasfal sipoly esetében. M. O. A. 135 ol. — Onodi Adolf dr. A gyűrű pajsziom (musculus cricothyreoides) beidegzése és működése. M. O. A. 97. ol. — Schwarz Hugó. Vizsgálatok a függőér ruganyos anyagának chemiai viselkedéséről. M. O. A. 117. ol. — Sarbó Arthur. Adatok a hólyagvégbél és erectio központjainak localizálásához az emberi gerinczvelőben. M. O. A. 109. ol. — Udránszky László dr. és Koch Ferencz dr. e. tnrók. A vizelet redukáló képességének meghatározásáról. É. — Thanhoffer Lajos tr. Régibb és újabb vizsgálatok a középponti idegrendszert alkotó sejtes elemekről. Ünnepi dolgozatok Kovács tnr. 25 éves jubileumára. — Vas Frigyes dr. A bolygó és járulékos ideg viszonya a szívhez. M. O. A. 541 ol.

IV. Közlemények a kórtani tudományok köréből.

A) Általános kór- és gyógytan. Bakteriologia. Kórvegytan.

Székely Ágoston dr. A vérsavó-therapia. 58. l. 60 kr.

Vas Bernát és Gara Géza dr. Utmutató klinikai laboratoriumi munkálkodáshoz. A szöveg közé nyomtatott számos ábrával, táblázattal és egy színes melléklettel. 200 old. Ára 2 frt.

Beck Samu. Bacteriologicus vizvizsgálatok. O. H. 8. sz. — Chudovszky Móricz: Vértvizsgálatok értéke daganatoknál. M. O. A. 653 ol. Feleki Hugó dr. Vizsgálatok nagyító húgycső tükrömmel. (Megaloskop urethrale) Tanulmány az endoskopia köréből. M. O. A. 614 ol. — Fodor Géza dr. és Móricz Ernő dr. Vizsgálatok a vizelet elválasztó rendszer működésére vonatkozólag ép és kóros viszonyok között. — A vese működéséről diabetes mellitusnál. M. O. A. 248 l. — Genersich Gusztáv dr. Bakteriologiai vizsgálatok az ugynevezett septikus diptheriáról. O. H. 45 sz. — Heymann dr. A ragályozásról. — Köz. Kal. 2. sz. — Hutyra Ferencz dr. A fertőző betegségek gyógyításának jövője. Köz. Kal. 2 sz. Keresztszeghy Gyula dr. A malariában szenvedő betegek vérében előforduló Lavezan-féle félholdakról. M. O. A. 513. — Kollár Lajos dr. A bakteriumok és az ember. Köz. Kal. 24. sz. — Korányi Sándor dr. Vizsgálatok a vizelet elválasztó rendszer működésére vonatkozólag ép és kóros viszonyok között. M. O. Á. 230 l. — A vizelet összetételét szabályozó tényezőkről az éhezõ ember vizeletének vizsgálata alapján. O. H. 39 sz. — Korányi Sándor, Fisch A., Kovács J. és Tauszky F. drok. Vizsgálat a vizelet elválasztó rendszer működésére vonatkozólag ép és kóros viszonyok között. M. O. A. 551 l. — Kúthy Dezső dr. Testsúly ingadozások belső betegségekben. Gy. 22 sz. — A beteg ember sulya. Eg. 6 f. — Vérfajsúly vizsgálatok. O. H. 37. — Nekám Lajos

dr. Az idegműködés befolyása a dispositiora. O. H. 28 sz. — Neumann Szigfrid dr. A calcium magnesiumium és fosforsav kiválasztásának viszonyairól osteomalaciánál. M. O. A. 211 l. — és Vas Bernát dr. A calcium és magnesiumium kiválasztásáról ép és kóros viszonyok között. M. O. A. 305 l. — Quirini Alajos. Rövid útmutatás a húgyvizsgálatra. Gy. K. 101 l. — Uj reagens a cukor kimutatására a húgyban. Gy. K. 57. — Rátz István. A védő oltás és az immunitás. Köz. Kal. 23 sz. — Székely Ágoston dr. A vérsavótherápia. O. H. 30 sz. — Tauffer Emil dr. Adatok a cholera vibrio magatartásához saprophytákkal szemben. K. T. O. 1 sz. — Tauszk. Ferencz dr. A központi idegrendszer szövettani elváltozásai kísérleti inanitióánál. M. O. A. 506 l. — Adatok az aneurysma dissecans kórtanához. O. H. 3. sz. — Haematologicus vizsgálatok az éhező embernél. O. H. 42. — Terray Pál dr. A chlór anyagcsere megváltozásáról heveny lázas bántalmaknál. M. O. A. 281 l.

B) Kórboncztan Kórszövettan.

Farkas Jenő dr. Villamos ütés következtében meghalt ember központi idegrendszerének vizsgálata. M. O. A. 645 l. — Genersich Antal dr. e. tnr. A trichina infectio Kolozsvárt. O. H. 42 sz. É. — Kuthy Dezső és Donogány Zakariás. Epekövek a budapesti kir. m. tud. egyetem kórboncztani intézetéből. O. H. 24 sz. — Lovrich József dr. Primaer pajzsmirigy adenocarcinoma metastasisokkal több esetben. O. H. 22 sz. — Mégay Gyula dr. „Carcinosis miliaris acuta“ esete sokszoros rákemboliákkal. O. H. 6 sz. — Minich Károly dr. Meckel-féle diverticulum által létrehozott bélstrangulatio egy esete. M. O. A. 264. — Többszörös vékony bél atresia egy esete. M. O. A. 274 l. Nagy Béla dr. Az agykéreg idegsejtjeinek alkati elváltozásairól, elmébántalmaknál. M. O. A. 29. l.

V. Közlemények a gyógyszer- és segédtudományainak köréből

A) Gyógyszer- Méregtan.

Cloetta-Filehne gyógyszer- és mérgeztani tankönyve. Fordította Vámosy Zoltán dr. Átnézte, jegyzetekkel ellátta és a magyar gyógyszerkönyv alapján átdolgozta Bókai Árpád dr. e. tnr. 441 ol. Ára 4 fnt 80 kr.

Flückiger. A fontosabb gyógyszerek vegyi kimutatása. A német eredeti után fordította és a magyar gyógyszerkönyv II. kiadásához alkalmazta Rottenbiller Ödön dr. Előszóval ellátta Bókai János dr. e. tnr. 164 ol. 2 fnt.

Jakabházy Zsigmond dr., Nyiredy Géza dr., Issekutz Hugó dr. Gyógyszerismeret magyarázó szöveggel a magyar gyógyszerkönyv 2-ik kiadásához. Orvos- és gyógyszerész-növendékek használatára, a tisztai orvosi vizsgálatra készülőkhöz igényeire és a gyógyszerárak vizsgálatára való tekintettel. Stilaris szempontból átnézte és előszót írt hozzá Lőte József dr. e. tnr. 102 eredeti ábra a szöveg közt 771 ol. Ára 7 fnt 50 kr.

Antal János dr. 1894. első felében felmerült fontosabb újabb gyógyszerek U. Gy. 1 sz. — Dermatól. U. Gy. 1 sz. — Kísérleti adatok a keksavas

mérgezések gyógykezeléséhez. O. H. 24. -- Anjeszky Aladár dr. Az agathinról. O. H. 17. sz. — és Donogány Zakariás: Az uricedin urát oldó hatásáról. O. H. 21 sz. — Kísérletek a tolypyrinnel és tolysallal. O. H. 9 sz. — Baintner Ferencz. A pherol mennyiségi meghatározása. Gy. H. 46. sz. -- Basch Jenő. Jodipar Franciaországban. — Gy. Köz. 766 l. — Bergl Sándor. A gyógyszerek szabadalmazásáról. Gy. Köz. 813 l. — Berthán Gyula. Gyógyszervizsgálat kérdéséhez. Gy. Köz. 805 l. — Bókai János dr. e. tnr. A Behring-féle gyógy-savóval eddig elért eredmények a budapesti Stefánia gyermekkórház diptheria osztályán. U. Gy. 2 sz. — Gyermekkórházi vények. Gy. H. 15. sz. -- Czingelly A. A kőszénkátrány termékei különös tekintettel a magyar gyógyszerkönyv II-ik kiadására. Gy. H. 44 sz. -- Az aluminiumról. Gy. H. 42 szám. — Déer Endre. A farmakognosia tanítása egyeteminken. Gy. Köz. 713. l. — Gajzágó Róbert. Aequifusor. Gy. Köz. 214 l. — Gallik Géza. A tokaji bor mint gyógyszer. Gy. H. 42 sz. — Gaza Géza dr. A kénés vizek befolyása az emésztésre. — Göllner Kornél Extr. secalis cornuti. Gy. Köz. 72 l. — Extractum filicis maris. Gy. Köz. 73 l. — Grósz Ferencz. Az infusumokhoz és decoctumokhoz használt hivatalos drogucok viselkedése az aqua fontana és destillátával szemben. Gy. Köz. 373 l. -- Haftl Dezső dr. A trional és tetronal altató hatásáról. É. — Hasenfeld Arthur dr. A bőrre ecetelt guajacolum purum lázellenes hatásáról. O. H. 19. sz. — Néhány szó a bőr felszívódási képességéről általában és a percutan alkalmazott salicylsav antirheumaticus és antipyretikus értékéről. O. H. 31. sz. — Justus Jakab dr. Ujabb higanykészítmények. U. Gy. Kossa Gyula dr. Ujabb adatok a cyanalium és kalium hypermanganicum közti kémiai antagonismushoz. M. O. A. 52. — Ujabb vaskészítmények. U. Gy. 1 sz. — Kuthy Dezső dr. Az acetone-chloroform hatásáról. O. H. 44 sz. — Lőrinczy Ferencz dr. A Lafleur-féle vasmangan, oldható fehérnye vas, vas-mangan pepton és vas-pepton-pastillák. Köz. Kal. 34. sz. — Ludwig E. Adalék az ásványvizek tarthatóságának ismeretéhez. Köz. Kal. 27 sz. — Lutz Ferencz. A natrium sulfit quantitativ meghatározásáról. Gy. Köz. 531 l. — A kénammonium titrálásáról. Gy. Köz. 483. l. — Meisels Vilmos dr. Összefoglaló ismertetés a piperazinnról. U. Gy. — Néhány kísérlet az urocedinnről. O. H. 21 sz. Moldoványi István dr. Extractumokról. Gy. Köz. 21 sz. — Molnár Nándor dr. Az aconitumról. Gy. H. 29 sz. — A Hager-Gutzeit-féle arsenpróbához alkalmas készülékről. Gy. H. 5 sz. — Morelli Károly dr. Megjegyzés Antal J. dr. ur cikkéhez „Kísérleti adatok a kéksavas mérgezések gyógykezeléséhez. O. H. 33 sz. — Nyiredy Géza dr. A zsirok és olajokról. Gy. H. 1. sz. — Posevitz Gyula két higany salicylat készítési módja és 3 új készítmény megismertetése. Gy. H. 41 sz. — Quirini Alajos. A gyógyszerek izjavítóiról. Gy. H. 31 sz. Kémszerek golyócskák alakjában. Gy. Köz. 709 l. — Kénhydrogen gyors előállítása Gy. Köz. 645 l. — A Tinctura Strophanti-ról. Gy. Köz. 86 l. — A selen mint csúz és köszvényellenes szer. Gy. Köz. 454 l. — Regdon Károly dr. A gyógyszerházakban elárusított kötöző anyagok tisztasága. Gy. 36 sz. — Réthy Béla A kokusz olaj elszappanosítása. Gy. Köz. 743 l. — Rosenberger Mór dr. Észleletek a symphorol hatásáról. É. — Rottenbiller

Ödön dr. Antipirin pótszerek. U. Gy. — Rozsnyai Mátyás. A száritókról. Gy. H. 23 sz. — A gyógyszerek eltartásáról és conserválásáról. Gy. H. 27. sz. — Limonada solvens quoduplicata. Gy. Köz. 308 l. — Ujabb tapasztalatok a gyógyszerek eltartása és conserválása körül. Gy. Köz. 562 l. — A chininum tannicum basicum. Gy. Köz. 225 l. — Seemann Gábor. A chlorimetria. Gy. Köz. 436 l. — Semmer G. A malleinról. Gy. H. 37 sz. — Stern Samu dr. Nehány adat a formanilid élettani hatásáról. M. O. A. 17. — Sziklai Károly. A pilocarpin, mint prophylacticum. Gy. 41. sz. — Táruczay István. A gyógyszerek comprimálásához. Gy. Közl. 694. l. — Tauszk. Ferencz dr. A migräninről. U. Gy. — Vámosy Zoltán dr. Schmiedeberg „Ferratin“-járól tekintettel a normális vas fogyasztásra. U. Gy. — A glandula thyreoides a therapiában. U. Gy. — Varságh Zoltán. Észrevételek a plumbum aceticum basicum solutum és az ugentum plumbi tannici készítéséről. Gy. H. 52. sz. — Gyógyító serum Gy. H. 44 sz. — A keserü mandola-víz helyettesítése tiszta cyanhydrogen oldattal. Gy. H. 42 sz. — Analytikai tanulmányok a cyanhydrogen meghatározásáról keserü mandola vízben és tiszta cyanhydrogen oldatban. — Gy. H. 24. sz. — Vas Bernát dr. A kénes vizek befolyása az emésztésre. O. H. 16 sz. — Vas Frigyes dr. Tanulmányok az idült Nicotin és Alkohol mérgezésekről. A. É. 5 sz.

B) Vizgyógyászat. Ásványvizek. Fürdők. Elektrotherapia. Massage.

Basso Aroux dr. A Masszázs és a stokholmi mechanikai gyógyintézetek. Olasz eredetiből fordította Jutassy József dr. 56 l. 1 frt.

Bosányi Béla dr. A köszvény, különös tekintettel a gyógykezelésre és életmódra. 120 l. Ára 1 frt.

Bruck Jakab dr. Erzsébet sósfürdő Budapesten és keserü víz forrásai 32 oldal. Ára 30 kr.

Preysz Kornél dr. A balaton fürdői: Kenese, Almádi, B-Füred. Szepezd, Badacsony, Keszthely (Hévíz), Boglár, Siófok tekintettel a meteorologiai viszonyokra. 1 tervrajzzal, 42 oldal Ára 50 kr.

— Balaton Füred gyógyszerei és azok hatása. 40 oldal. Ára 50 kr.

— A balaton fürdői, azok hatása és használata 112 old. Ára 1 frt.

— Fürdőügyünk haladása 1893-ban. 68 oldal. Ára 1 frt.

— A klima hatása. 32 oldal. Ára 50 kr.

— Téli klimatikus gyógyhegyek. 32 oldal. Ára 25 kr.

— Hazai klimatikus gyógyhegyek. 32 ol. Ára 25 kr.

Egy egyetemi tanár. A fürdő idény elején. Köz. Kal. 18 sz. — Ehrenreich Jenő dr. Nehány sulfatos ásványvíz hatása a gyomor mozgásokra. M. O. H. 21 l. — Irsai Arihur dr. A kénes vizek hatásáról a légző szervek bántalmánál. O. H. 19 sz. — Kuthy Dezső dr. A fürdő okozta hőesésekről hasi hagymáznál. O. H. 30 sz. — Lőrinczy Ferencz dr. A tüdőbetegek nyári ellátása. Köz. Kal. 31 lap. — Sipőcz Lajos. A természetes ásványvizek védelme a mesterséges és hamisított ásványvizekkel szemben hygienikus és nemzetgazdasági szempontból. Gy. H. 45 sz. — Stiller Bertalan dr. A magaslati égélj ha-

tása Basedow-kórnál. O. H. 13 sz. — Sümei József. A massage és gyógy-gymnastika fürdőinkben. Gy. 13 sz. — Szontágh Ábrahám dr. Tátravidéki nyaraló helyek és hidegvíz fürdők Gy. 18 sz.

VI. Közlemények az alkalmazott orvostan köréből.

A) Belgyógyászat.

Belgyógyászat kézikönyve. Bókay Árpád dr., Kétly Károly dr., Korányi Frigyes dr. e. tnrok. Első kötet. Fertőző betegségek. A szöveg közt számos ábrával és két térképmelléklettel. 1172 oldal. Ára 12 frt.

Millner-Fothergill J. dr. és Krakauer J. után közli Bodnár S. Az emésztési zavar és annak gyógykezelése. 88 oldal. Ára 60 kr.

Purjesz Zsigmond dr. e. tnr. A belgyógyászat tankönyve orvosnövények és gyakorló orvosok számára. III. átnézett és javított kiadás, számos ábrával. I. kötet 694 oldal, II. kötet 698 oldal. Ára a két kötetnek 12 frt.

Székely Ágoston dr. A tüdővész gyógytana. Gyakorló orvosok használatára. VIII. 100 oldal. Ára 1 frt.

Dulácska Géza dr. Typhus gyógyszere kali-jod (kivonat). Köz. Kal. 47 sz. — Eisler Hugó dr. Hevenymérgezés 76 esete. Köz. Kal. 43 sz. — Fornet Elemér. A methylenkék alkalmazásáról a vizeleti szervek némely bántalmánál köresek kapcsán. Gy. 18 sz. — Goldstein Sándor dr. Hasi hagymáz ritkább lefolyásu esete. Gy. 46. sz. — Gyurmán Emil dr. Traumás tüdősphecelus. Gy. 10 sz. — Havas Leo. A digitalis-therapia cronpos tüdőlobnál. O. H. 40 sz. — Hochalt Károly dr. Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. A bradycardiáról egy eset kapcsán. O. H. 20 sz. — A járványos agy és gerinczvelő hártyalob néhány szörványos esete. Köz. Kal. 43 sz. — Imrédy Béla dr. A gyomor működéséről heges pylorus-szűkületnek resectio által való eltávolítása után. M. O. A. 1 l. — Jordán Ferencz dr. Kórházi tapasztalat az exsudátum pleuriticum felszívódásáról. Gy. 7 sz. — Bélelzáródásnál a bélsárlányás hiányának jelentőségéről. Köz. Kal. 27 oldal — Kelemen Adolf dr. Adatok a vérköpés gyógykezeléséhez. O. H. 52 sz. — Keresztszeghy Gyula dr. Az érzésszervi zavarok syringomieliás elosztódása spinalis apoplexiánál. M. O. A. 607 ol. — A phthisis gyógykezeléséről fahéjsavas emulsio intravenosus befejezése által Landerer szerint. O. H. 25. sz. — Hashártya mögötti nyirkmirigy sarcoma esete. Bonczlelet, O. H. 2 sz. — Kétly Károly dr. e. tnr. Myositis ossificans egy esete. M. O. A. 484 l. — Vékony bél sarcomájának egy esete. O. H. 23. sz. — Kovács Géza dr. Pilocarpinum muriaticum tüdőlobnál. Gy. 13. sz. — Mann Mór. Myxoedema egy esete s gyógykezelése paizsmirigy kivonattal. O. H. 39. sz. — Rosenberger Mór dr. Kórodai észleletek a symphorol hatásáról. O. H. 43 sz. — Rothausner Lajos dr. A singultus megszüntetése. mechanikai uton. Gy. 16 sz. — Sidlauer Ármin dr. Endocarditis acuta ulcerosa egy esete az arteria pulmonalis combinált billentyű bántalmának tüneteivel. O. H. 43 sz. — Sziklai Károly dr. Pneumonia crouposa bilateralis pilocarpin oldat által 48 óra alatt gyógyítva. Gy. 9 sz. — Takács Endre dr. Apróbb klinikai, kórházi és magán gyakorlati tapasztalatok. Sclerosis polyinsularis három kór-

esete. O. H. 13 sz. — Tauszk Ferencz dr. Klinikai eljárás a vér alcalicitásának meghatározására. M. O. A. 328 I. — — A hypertrophiás szív mobilitásáról. O. H. 11 sz. — Vas Bernát dr. A hypertrophiás szív mobilitása. O. H. 11 sz. — — A typhus abdominalis lefolyása közben fellépő elváltozások a garatban és gégében. Köz. Kal. 4. sz. — Weisz Ede dr. Adatok a szív compensatio tanához. Gy. 42 sz. — — Casuisticus közlemények a pöstyéni munkás pensionatusból. Gy. 13 sz. — Apróbb kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. Pseudotabes esete. O. H. 36 sz. — Észleletek az idült izületi csúz köréből. K. F. 4 sz.

B) Sebészet.

Novotny Lajos dr. A húgyszervek betegségeinek felismerése. Számos ábrával a szöveg közt. 240 lap. 2 frt 25 kr.

Novotny Lajos dr. A húghólyag gümőkóros megbetegedése 26 lap. Ára 40 kr.

de Ruyter G. dr. és *Kirchhoff E. dr.* Az általános sebészet alapvonalai, orvos tanulók és gyakorló orvosok számára. A szerző engedelmével fordította és jegyzetekkel ellátta: ifj. dr. Kovács József. Átnézte és előszóval ellátta: Dr. Kovács József egy. tanár. 224 ol. 39 ábrával. Ára 2 frt.

Aczél Károly dr. A tuberculum anatomicum egy esete Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — Áldor Adolf dr. Adatok a bélzárdások elleni véres műtétek esettanához. O. H. 40 sz. — Áldor Adolf dr. és Feleki Hugó dr. „A húgyszervek senilis elváltozásaival kapcsolatos functionális zavarokról” című közleményéhez. Gy. 31 sz. — Alapy Henrik dr. A belső húgycsőmetszés az idült kánkó gyógykezelésében Gy. 19 sz. — Bakó Sándor dr. Húgycső resectio heveny húgyrekedéssel szövődött traumás húgycső szűkületnél Gy. 46 sz. — Az állandó catheter szerepe a húgycsőszűkületek kezelésében. Gy. 12. sz. — Cowper mirigy idült lobjának esete a mirigynek húgycsőgáti sipolyával. S. 709 l. — Bäcker József dr. A medenczebéli phlegmonek operatív gyógyítása S. 8 l. — Báron Jónás dr. Lányéksérv egy különös alakjáról. Gy. 25 sz. — Bartha Gábor dr. Czombütőér daganat (aneurysma arteriae cruralis) gyógyult esete. S. 789 l. — Báthori Béla dr. Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. I. A köztakaró alatt éveken át hordott idegen test eltávolításának esete. O. H. 29 sz. — Baumgarten Samu dr. Köülírt genyes agyhártyalob középfül genyedés folytán 72 éves nőnél. Trepanatio. Gyógyulás. O. H. 33 sz. — Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. A bal vese zsirtokjának genyes lobja, mint mellhártyalob ritka következménye. Korai műtét. Gyógyulás. O. H. 30 sz. — — Asepsis és antisepsis a külföld sebészeinél. O. H. 1 sz. — Brandt József dr. e. tnr. A gastroplicatio-ról S. 323 l. — Buday Kálmán dr. A hideg tályogok kezeléséről. Gy. 8 sz. — Testi sérülések. Gy. 33. sz. — Adatok a sebfertőző betegségek keletkezéséhez lefolyásához. Gy. 4 és 12 sz. — Dollinger Gyula dr. Adatok a heges pylorus szűkületnél követendő sebészeti eljárás megválasztásához és a pylorus kimetszés technikájához. M. O. A. 12 l. — A Jackson-féle epilepsiának operált esete. O.

H. 50 sz. — A nyak, tarkó és áll alatti nyirokmirigyek kiirtása látható heg visszamaradása nélkül. O. H. 32 sz. — Alszártörések és bokaizületi lobok ambulans gyógykezelésére szolgáló sínes csizma. O. H. 5 sz. — Dukez Zsigmond dr. Hereclősés esete. O. H. 27 sz. — Falta Marcell. Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. Csecsenyujtvány műtétek. O. H. 38 sz. — Farkas László dr. Jelentés a III-ik orvosi osztályon előfordult 39 kőműtési eset gyógyeredményeiről (Kivonat) Köz. Kal. 51 sz. — Az asepsis érvényesülésének határai a harczonalon. H. O. 7 sz. — A prolapsus recti sebészi elhárításának módjairól. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — A szivburok lőtt sebének gyógyult esete. Pneumopericardium. Haemopneumothorax. O. H. 7 sz. — A Welander-féle parenchymatosus befecskendezésről. S. 245 l. — Farkas Jenő dr. A craniectomiáról. Gy. 24 sz. — Feleki Hugó dr. A húgyszervek senilis elváltozásaival kapcsolatos functionalis zavarokról. Gy. 28 sz. — Adatok a húgyhólyag tuberculosisanak kór- és gyógytanához. Gy. 41 sz. — Fuchs József dr. két peritonealis ürbeli echinococcus tömlő esete S. 773 l. — Frank Ödön dr. Adalék a Mannlicher-fele 8 mm.-es puskák hatásának ismertetéhez. H. O. 5 sz. — Frater Imre dr. Kizárt lágyéksérv műtett esete. S. 597 l. — Agysérülés két esete. S. 87 l. — J. Greig Smith. A sebész művészete és hogyan képezzünk annak gyakorlására szakferfiakat. Ünnepi megnyitó a British Medical Association congressuson. S. 593 l. — Haberern Jonathan Pál dr. Idegen test eltávolítása miatt végzett gastrotomia. S. 823 l. — A linea alba sérveiről. S. 1. — Havas Zsigmond dr. Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. Sarkoma a fejtetőn, műtét paquelinnel. O. H. 34 sz. — Herczel Manó dr. Hólyag hüvely falzat hiányának műtett esete. Gy. 4 sz. — A teljes orrképlésnek egy új módja. O. H. 14 sz. — A vékony és vastagbél 18 cm. hosszú darabjának heges szűkület miatt végzett circularis resectioja. Elsődleges bélvarrat. Gyógyulás. O. H. 10 sz. — Hemiparesissel párosult Jackson-féle epilepsiának műtét útján gyógyult esete. S. 693 l. Horváth Mihály dr. A ludláb gyógykezelése. O. H. 46 sz. — Höncz Kálmán dr. A szájjad hasadásokról. S. 405 l. — Három sikerült orrképlés. É. — — Polypus sarkomatous antri Highmori. — É. — — Az alsó állcsont töréséről. É. — — Kertész József dr. Nyaki borda egy esete. S. 37 l. — Adat a hólyag és a húgycső sértésekhez. S. 181 l. — Kovács Mózes dr. Magas hólyagmetszés gyógyulása állandó katheter alkalmazása nélkül. S. 261 l. — Kuncze Erik dr. A fej lőtt sebének egy esete. S. 725 l. — A has hadi sebészeti sérüléseiről és a harctéren végzett hasmetszések indicióiról, a jelenleg uralkodó nézetek alapján. S. 357 l. — Kuzmik Pál dr. Ritkább sebészeti kóresetek. (Rövidítve) Köz. Kal. 52 sz. — A bőr átültetéséről. M. O. A. 57 l. — Könyök ízületbe hatoló sérülés két esete. S. 37 l. — Laczkovich Elemér dr. Bél diverticulum sérv kizáródásának egy esete. O. H. 1 sz. — Lévai József dr. Észleleteim a sebészeti gyakorlatból. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — Makara Lajos dr. Adatok a sérvek kór és gyógytanához. Gy. 3 sz. — A húgycső szűkületek kezelése. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — Marosi Kálmán dr. Sérv által keletkezett bélsársipoly gyökeres műtétének két esete.

Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára — Martiny Kálmán dr. Adatok a trepanatio javalatához. O. H. 46 sz. — Morelli Károly dr. Az orr és hortyok rossz indulatu daganatai. S. 805 l. — Munkácsy Pál dr. Négy koponya sérülés esete. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — Navratil Imre dr. e. tnr. Lékelésekről háborúban. O. H. 48 sz. — Novotny Lajos dr. A hughyólyag gümőkóros megbetegedése. O. H. 33 sz. — Nusser Lajos dr. Adatok a golyva kiirtás operatiojához. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — Osztermayer Miklós dr. Az epicondilus internus letörésével párosult külső teljes könyök izületi ficzam esete. M. O. A. 493. l. — Műtéti uton kiegyenesített legnagyobb foku genu valgum után visszamaradt nagymérvű szalaglazaság miatt végzett izületrögzítés (arthrodosis) a bal térdizületben. Gyógyulás. S. 293 l. — Papp Gábor dr. Laparotomiák, gastrotomiák és bélresectiók. S. 741 l. — Lábszárfelekély orvoslása szivacs és massage segítségével. S. 453 l. — Aranyér gyógyítása carbol-glycerin injectioval. S. 437 l. — A bal szársont belső bütykének törése. S. 278 l. — A külső huygesömetszéséről. S. 53 l. — Myxosarcoma mammae cysticum esete. — É. — — A külső huygesömetszés Brandt tanár sebészeti klinikáján. É. — — Polacsek Zsigmond dr. Nyílt koponyatörés. Köz. Kal. 48 sz. — Prochnov József dr. A kis kaliberű löfegyver hatásáról szerzett tapasztalatok. H. O. 6 sz. — Húgykő műtétekről. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — Réczey Imre dr. e. tnr. Képző műtétek. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — Rottenbiller Ödön dr. A sebészi gümös megbetegedések kezelése a Bier-féle viszeres vérpangással. O. H. 52 sz. — Schächter Miksa dr. Végbél vizércsomók kezelése carbol befecskendéssel. Gy. 25 sz. — Schleich C. L. Az infiltratiós érzéstelenítésről. S. 629 l. — Szekeres József dr. Taenia ecchinococcus eltávolítása a gerinczagyról. Gy. 31 sz. — Ranula műtéte. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. Szénássy Sándor dr. Az álképletek kórismézése. Köz. Kal. 13 sz. — Tanárky Árpád dr. A hólyag rögzítése a hasfalhoz magas kőmetszésnél. S. 661 l. — Tatár János dr. Adatok a chloroform narkózis utóhatásához. S. 213 l. — Thorbum William dr. A csigolyák és gerinczagy sérüléseinek kezeléséről. A British Medical Association congressusán felolvasott. S. 517 l. — Vajna Vilmos dr. Üveg altató kosár. Gy. 4 sz. — Verebély László dr. A veszületett végbél rendellenességek. Gy. 8 sz. — Vladár Márton dr. Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. — Hernia cruralis et diverticuli parieto-inguinalis egy műtett esete. O. H. 22 sz. — Wenczel Tivadar dr. Czombsérvnél felépített eventratio műtéttel gyógyított esete. O. H. 42 sz. — Wohl Mór dr. Nagy bulbus-árok mint vizeles utáni huygycsepítés oka Gy. 2 sz.

C) Szemészet.

Feuer Náthaniel dr. Trachoma útmutató. A trachoma elleni hatósági eljárás, az erre vonatkozó rendeletek, a trachoma kór és gyógytana kapcsán. II bővített kiadás, 128 oldal. Ára 1 fnt 40 kr.

Áldor Adolf dr. Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztatok.

latok. Egy új szemteke rögzítő. O. H. 35 sz. — Béla Pál dr. Asepsis és anti-sepsis a szemészetben. Gy. 35 sz. — *Cysticercus subretinalis*. Sz. 2 sz. — Blaskovich Fridolin dr. *Luxatio lentis subconjunctivalis*. Sz. 3 sz. — Az epibulbaris epitheliomáról két eset kapcsán. Sz. 2 sz. — Klinikai közlések: *Melanosarcoma choroideae*. Sz. 1 sz. — A corneát átfűrő idegen test eltávolítása. Sz. 3 sz. — Falta Marczel dr. Apróbb klinikai kórházi és magányakorlati tapasztalatok. Adatok a trachoma therapiájához. Sublimát dörzscsipő. O. H. 7 sz. — Feuer Nathaniel dr. *Distichiasis* műtétek Gy. 38 sz. — Goldzieher Vilmos dr. Apróbb klinikai, kórházi és magányakorlati tapasztalatok. *Fibroma orbitae* operált esete. O. H. 4 sz. — Grósz Emil dr. A *conjunctiva sarcomái*-ről. M. O. A. 337 l. — I. *Coloboma palpebra superioris congenitum*. II. *Ophthalmoplegia totalis*, *papillitis oculi dextri*. III. *Embolia arteriae centralis retinae*. Sz. 6 sz. — A luxált *cataracta* operálása. Sz. 3 sz. — A budapesti egyetemi szemklinika betegforgalma az 1893-ik évben. — Az aorta és ágainak szűkülete által okozott elváltozások a szem fenekén. Sz. 1 sz. Kötőszövet képződés az üvegtestben. Sz. 1 sz. — A szemteke kifejtésének indicatioi. Sz. 4 sz. — Grossmann Lipót dr. Veleszületett teljes ptosis műtét által gyógyított esete. Köz. Kal. 49. sz. — Szemsérülések gyakori okai a megvakulásnak. Gy. 51 sz. — Veleszületett ptosis. Gy. 30 sz. — A *subconjunctivalis sublimát injectió*krol. Gy. 11 sz. — Hérics Imre dr. *Cornealis* hegbe nőtt irisből kiindult *panophthalmitis*. Sz. 1 sz. — Imre József dr. A glycerines szemcseppek használatáról. Sz. 2 sz. — Kármán Soma dr. Két oldali *Kryptophthalmus*. Gy. 19 sz. — Kiray Arisztid dr. Súlyos szemsérülések. Sz. 1 sz. — Kranovitz Dezső dr. Az egyiptomi szembetegségről. Köz. Kal. 39 sz. — Mergl Ödön dr. Adatok a *trachoma* kérdéséhez. O. H. 9 sz. — Michels Mátyás dr. *Keratitis neuroparalytica*. Sz. 1 sz. — Móhr Mihály dr. Az árnyékpróba (*Skiaskopia*). K. F. 8 sz. — Szemhéj plastica esete Gy. 28 sz. — Paunz Márk dr. A glioma retinaeről. Sz. 3 sz. — *Melanosarcoma conjunctivae bulbi*. Sz. 1 sz. — Siklossy Gyula dr. *Subconjunctivalis injectió*k. M. O. A. 587 l. — Ifj. Siklössy Gyula dr. A *subconjunctivalis injectió*k a trachomás pannus kezelésében. Sz. 4 sz. — Schullek Vilmos dr. e. tnr. Hályog-metszési kísérletek. Sz. 6 sz. — Az *erythroptosis* (téves vörös látás) élettani meghatározása. Sz. 5 sz. — A *pterygium* növeséről. Sz. 4 sz. Módosítás a rőpháthia műtévéseben. Sz. 4 sz. — Schwarcz Ernő dr. A *blepharospasmus idiopathicus* műteti gyógyítása. Sz. 6 sz. — Thim József dr. A Feuer-Ottava-féle trachoma gyógykezeléséről. Gy. 39 sz. — Vándor Ödön dr. Gyógyulással végződött súlyos sérülés a corpus ciliare tájékán. Sz. 1 sz. — Vizteleki Fülöp Frigyes. Észrevételek Feuer-Nathaniel m. tnr. *Trachoma* gyógykezelésére stb. Gy. 7 sz. — Weisz Gyula dr. A *trachoma* gyógykezelésének kérdéséhez. Gy. 16 sz.

D) Szülészet és nőgyógyászat.

Bugsch Gusztáv dr. Szülészeti jegyzetek. Kézmárszky tanár előadásai nyomán. 226 lap. Ára 3 frt.

Fritsch Henrik dr. A nőgyógyászat tankönyve. Fordította Berczeller Imre dr. 474 lap, 216 ábra. Ára 6 frt.

Mann Jakab dr. Szülészeti műtéttan. II. javított kiadás. 352 oldal, Ára 2 frt.

Schwarz Frigyes dr. „Szülész nők kézikönyve“. Német nyelven is megjelent. Ára 80 kr.

Abrahám Eszter. Hólyagos üszök. B. K. 3 sz. — Az erdőben történt szülés esete. B. K. 6 sz. — Ákontz Károly dr. Salpingotomia esete. Gy. 13 sz. É. — Bábás Józsefné. Térd fekvésű szülés. B. K. 6 sz. — Bäcker József dr. Sectio caesarea post mortem. O. H. 12 sz. — Bartha Eszter. Rángató görcsök szülés alatt. B. K. 2 sz. — Bóthy Sándorné. Lábfekvésű szülés. B. K. 3 sz. — Báthory Béla dr. Apróbb klinikai kórházi és magán-gyakorlati tapasztalatok. A méh üregébe bejutott idegen test eltávolításának esete. O. H. 29 sz. — Berczeller Imre dr. A protrahált szülés kezeléséről. Gy. 20 sz. — Bertramné-Wandobeck. Mi által kerülhet a magzat életveszélybe a szülés közben és milyen jelekről ismeri fel a bába a fenyegető veszedelmet. B. K. 2 sz. — Blau Sándor dr. Különböző táplálások befolyása a gyermekágyasok anyagforgalmára. O. H. 4 sz. — Csákváry J.-né. Terhes anya méhnek beékelődése a kis medenczébe. B. K. 12. sz. — Dirner Gusztáv dr. A hátrahajlott méh helyzetének javítása véres műtévi útján. S. 149 l. — Fibromyoma uteri műtételének két esete, a csonk retroperitonealis elsüllyesztésével. O. H. 4 sz. — A terhesség egy különös rendellenességéről. B. K. 1 sz. — A terhesek hányása. B. K. 12 sz. — A rendes és hibás medence. B. K. 6 sz. — Doktor Sándor dr. Miképen vizsgálják a szülönőket a magángyakorlatban. Gy. 31 sz. — Elischer Gyula dr. Négyszeri hasmetszés egy egyénen. S. 677 l. Adatok a méhen kívüli terhesség kórisméjéhez és kezeléséhez. Köz. Kal 46 sz. — Engel Gábor dr. A méhrák sebészeti mai állása. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — Goldberger Ignác dr. Észrevételek az elvetélés kórjelzéséről és gyógykezeléséről. Gy. 32 sz. — Hugonai Vilma Egy kis tudnivaló a havi vérzésről vagy tisztulásról. B. K. 3 sz. — Jánosiné. Ikerterhesség. B. K. 7 sz. — Kézmárszky Tivadar dr. Apróbb klinikai kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. — Sublimatnak intravenosus befecskendezése (Baccelli) gyermekágyi láznak bizonyos eseteiben. O. H. 23 sz. — Kovács Józsefné. Erős vérzések a szülés után. B. K. 10 sz. — Kovács Zsigmondné. Ikerszülés far és koponyafekvéssel. B. K. 3 sz. — Lantos Emil dr. A szülés utáni vérzésekről, különös tekintettel a lepény időszak kezelésére. Gy. 47 sz. — Az abortus kezeléséről. Gy. 14 sz. — Liebmann Mór dr. A méhnyak okozta szülési akadályok ismeretéhez. O. H. 52 sz. — A méh és hüvely előesésekről nulli paraknal. Gy. 50 sz. — Magos: Nehéz szülés szűk medence miatt. B. K. 9. sz. — Malom Dezső dr. Atresia uteri esete. É. — Máthé Andrásné. Visszamaradt méhlepény. B. K. 3 sz. — Mátyás Lidia. Kitágult ér megrepedése a szeméremrésnél. B. K. 5. sz. — Meisels Vilmos dr. További észleletek a női húgycső szűkületéről. Gy. 26 sz. — Podhragyi Gizella. Medencezefekvés. B. K. 3 sz. — Prégeli F.-né. Egy rendes szülés és gyermekágy lefolyása. B. K. 2 sz. — Schultz Henrik dr. Szülészet a gyakorlatban. K. F. 2–3 sz. — A méhrák palliatív gyógykezeléséről alkohol injektókkal. S. 469 l. — Sebestyén Antalné. Farfekvéses szülés szerencsés ki-

menettel az anyára és gyermekre. B. K. 12. sz. — Seefelder Erzsébet. Vállfekvésnél orvosi segítség nélkül történt kibontakozás és szülés. B. K. 4. sz. — Seffer Katalin. Egy húsos üszög vetélése. B. K. 4. sz. — Szász István dr. Időn túl elhúzódó terhesség esete. Gy. 29. sz. — Temesváry Rezső dr. A tej elválasztás némely rendellenességeiről. Gy. 30. sz. — Tóth Ágostonné. Előlekvő méhlepény. B. K. 4. sz. — Treuhaft Rózsa. Eclampsia (rángató göres) esete szerencsés kimenetellel az anyára és gyermekre. B. K. 11. sz. — Weisz Ede dr. Adatok az osteomalacia gyógyításához. O. H. 39. sz. — Winter tnr. A bábák munkakörének határai. B. K. 11. sz.

E) Elmekórtan és ideggyógyászat.

Kraft Ebing R. báró dr. Psychopathia sexualis. A visszás nemi érzések különös figyelembe vételével. Orvos-törvényszéki tanulmány. Fordította Fischer Jakab dr. Ára 5 frt.

Babarczy Schwarzer Ottó dr. Psychiatriai jegyzetek. I. kötet. 292 lap. Ára 5 frt.

Büben László dr. A gyujtogatónők criminal anthropologiai szempontból. Gy. 40. sz. — Donáth Gyula dr. A recidiváló facialis hűdésekről. O. H. 38. sz. — Fischer Jakab dr. Elmebántalmak gyermekeknél. Gy. 10. sz. — Moravcsik Ernő Emil dr. Az izombeidegzési rendellenességek elmebetegeknél. Gy. 32. sz. — Nagy Béla dr. A paralysis progressiva terjedéséről. O. H. 40. sz. — Adatok az elmebetegek beszédzavarának tanához. O. H. 20. sz. — Oláh Gusztáv dr. Defect elméjü kalandorok. K. F. 7. sz. — Pándi Kálmán dr. Vítás kérések az arczideg bénulás kórtanából. M. O. A. 185. l. — Féloldali arczizzadás központi facialis bénulás mellett. O. H. 34. sz. — Schaffer Károly dr. Az intrahypnoticus reflex contracturák morphológiája és a suggestiónak behatása ezekre. A. É. 11. sz. — Schwarz Arthur dr. Az ideges kimerülésről. Gy. 1. sz. — Scheiber Samu dr. Az emlékező tehetéséről. Gy. 32. sz. — Szalay Béla dr. Scopolaminum hydrochloricum elmebetegeknél. Gy. 7. sz. — Szenes Zsigmond dr. A siketnémaság statisztikájáról. Gy. 38. sz. — Szőrényi Tivadar dr. Spiiritismus, somnambulismus. Kettős öntudat (vigilambulismus). Gy. 26. sz.

F) Gyermekgyógyászat.

Eröss Gyula dr. Az újszülött gyermekek viszonyai a szülőházakban és a magánygyakorlatban.

Filatón Nil tnr. Klinikai előadások a gyermekkori bélhurutok kór- és gyógytanáról. A csecsemő korra különös tekintettel. Szerző eng. fordította és jegyzetekkel kiegészítette Politzer Alfréd dr. 72 oldal. Ára 80 kr.

Hőgyes Ferencz dr. Tapasztalati adatok szabályos és szabálytalan alsó végtagok fejlődéséről a gyermekkorban. 80 lap. Ára 1 frt.

Kossel H. dr. A diphtheria gyógykezeltése Behring-féle gyógysavóval. Fordította Breuer Ármin dr. Ára 40 kr.

Balassa Péter dr. Kanyaró. (Morbilli). Köz. Kal. 52. sz. — Újabb ada-

tok a torokdiphtheria gyógyításához. Köz. Kal. 2 sz. O. H. 3 sz. — Bauer Lajos dr. Kórrajzok a Stefánia gyermekkórházból. Bőr alatti emphysema fejlődése intubatio folyamán, két esetben. Gy. 45 sz. — Berend Miklós dr. Kórrajzok a Stefánia gyermekkórházból. Gy. 37 sz. — Adat a hemiatrophia facialis progressiva kórtanához. O. H. 41 sz. és Preisich Kornél dr. Meddig izolálható a serummal kezelt diphtheriás beteg. O. H. 45 sz. — Berkovits Miklós dr. A Behring-féle vérsavóval kezelt diphtheria esetek O. H. 50 sz. — Bókai János dr. Orvosegyleti előadása a serum therapiáról. Köz. Kal. 45 sz. — Calculus urethralis. Extractio. Urethritis és cystitis crouposa. Gátmetszés. Gyógyulás. Köz. Kal. 42 sz. — Mily arányban fordul elő az álhártya letolás a a tubusnak álhártyával való eldugulása az O-Dwyer eljárásnál s mily jelentősége van ezen szövődménynek. O. H. 1 sz. — A gyermekkori lithiasis hazánkban. O. H. 49 sz. — Brück Miksa és Szegő Kálmán dr. Gyógysavóval kezelt diphtheria esetek. Gy. 43 sz. — Brücke Ernő dr. A csecsemő ápolása, eltekintve a táplálástól. B. K. 10 sz. — A gyermek táplálása anyja emlőjén. B. K. 5 sz. — Erő-s Gyula dr. A tussis convulsiva orvoslása. Gy. 27 sz. — Faragó Gyula dr. A beteg baba. B. K. 7 sz. — Friedmann Alajos dr. Gyógyserummal kezelt larynx diphtheria egy esete. Gy. 49 sz. — Grosz Gyula dr. A gyermekkori purpuráról. O. H. 26 sz. — Mikor adjunk a gyermekeknek szeszes italokat. Gy. 29 sz. — Györgyi József dr. Folytatólagos adatok a roncsoló toroklob sikeres gyógykezeléséhez 254 eset kapcsán. Gy. 48 sz. — Hauer Ernő dr. Adatok a diphtheria elleni serum therapiához. Gy. 45 sz. — Havas Zsigmond dr. A retropharyngealis abscessus egy esete. O. H. 6 sz. — Fungus umbilici két éven át fenálló esete O. H. 22 sz. — Kövér Kálmán dr. „Nyilvános gyermekgyógyintézetében“ járólagon kezelt betegekről Budapesten O. H. 25 sz. — Liszt Nándor dr. Bronchitis crouposa egy esete. Gy. 50 sz. — Sternberg Géza dr. Recidiva serummal kezelt diphtheriánál. Gy. 51 sz. — Az antidiphtheriticus serumtherapia kérdéséhez. Gy. 42 sz. — Szana Sándor dr. A diphtheritis specificus gyógykezelésének mai állása O. H. 14 sz. — Szegő Kálmán dr. Az angolkór ideges jelenségeiről. M. O. A. 251 l. — — Megjegyzések Takács Endre dr. orvos egyesületi előadásához a „diphtheritis kezeléséről“. Gy. 19 sz. — — A gyermekek utánzási betegségeiről. Gy. 15 sz. — Sziklai Károly dr. A croup és az összes croupos betegségek gyógyítása pilocarpinval. O. H. 37 sz. — Szontágh Felix dr. Intermittáló láztypussal lefolyó tüdőlob. Gy. 1 sz. — W—s dr. A serum gyógy mód és a diphtheritis. Köz. Kal. 48 sz.

G) Orr-, torok- és gégegyógyászat.

Baumgarten Egmont dr. Új módszer a kannaporcok közti nyákhártya infiltratumok műtévesénél. Gy. 49 sz. — Moskovics Ignác dr. Miképen lehet az orr- és garatbántalmak gyógykezelésénél divó eljárásokat a füle nézve ártalmatlanná tenni? O. H. 42 sz. — — Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. Az orrüregből kiinduló reflex ingerlékenység néhány esete. O. H. 31 sz. — — A chronicus gégehurut gyógyításának kérdéséhez. O. H. 5 sz. — Navratil Imre dr. e. tnr. Adatok a sokszoros gégeszemölcsök

Az ekzemás bőrelváltozás lényegéről. Gy. 52 sz. — Dermatitis herpetiformis és a herpes gestationis. Gy. 33 sz. — — Megjegyzések Kaiser Mór dr. „Extragenitalis syphilis infectio“ című casuisticus közleményéhez. Gy. 22 sz. — A syphilis papula szöveti szerkezete és elváltozásai a higanyos kezelés alatt. Gy. 21 sz. — Wohl Mór dr. A higany felszívódása s kiválasztása kérdésének jelen állása, tekintettel a syphilis gyógyítására. K. F. 5 sz. — Paraurethralis menetek. Gy. 3 sz.

K) Fogászat.

Árkövy József dr. e. tur. Fogászati kalauz. Hattyassy Lajos dr., Tigermann Mór dr. czikkei a Pallas nagy lexiconából Függelék vény-gyűjtemény. 185 oldal. Ára 1 frt 20 kr.

Vajna Vilmos dr. Üveg narcotizáló kosár. 12 oldal.

Halász Henrik dr. Fogbántalmak viszonya a gége-huruthoz. Gy. 26 sz. — Bitka fogfejlődési anomalia egy eset kapcsán. Gy. 18 sz. — Hattyassy Lajos dr. A budapesti egyetemi fogászati klinika kimutatása az 1893—94 évről. — Iszlay József dr. Részvázlatok a fogátültetésről. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — Hollósy Ede dr. Kísérletek a vatta kötések értékéről a fogászati gyakorlatban. O. H. 52 sz. — Nagy Emil dr. Az obturatorokról. Ünnepi dolgozatok Kovács tanár 25 éves jubileumára. — Rudas Gerő dr. Lepkowski methodusa és eredményei. É. — Vajna Vilmos dr. Fogisolátor. Gy. 48 sz.

L) Törvénytörvényes orvostan.

Belky János dr. Törvénytörvényes orvostan. Kézikönyv törvénytörvényes bírák és orvosok, valamint jog- és orvostudományi karok hallgatói számára. A holttest jelenségeiről és személyazonosságról szóló részt kidolgozta Genersich Antal dr. 89 a szöveg közé nyomott ábrával, 736 oldal. Ára 7 frt.

Kraft Ebing R. báró. Psychopathia sexualis. 1. Elmekörtan.

Szigethy Károly dr. Törvénytörvényes orvosi mikroszkopia és a vele kapcsolatos vizsgálatok módszerei. 96 oldal. Ára 1 frt 50 kr.

Aczél Károly dr. Öngyilkosság igen ritka esete. Gy. 50 sz. — Bábén László dr. A gyújtogatónők. Köz. Kal. 44 sz. — Gonda Mór dr. Közösülés egy tyúkkal Gy. 23 sz. — Kenyeres Balázs dr. A pupillák változása halál után. Gy. 13 sz. — Bonczlelet villamosság általi elszerecsletlenülél. O. H. 12 sz. — Nagy Béla dr. Az alkoholismus törvénytörvényes fontosságáról, tekintettel a terheltekre. O. H. 14 sz. — Az erkölcsi elmebetegségről. Köz. Kal. 44 sz. — Szigeti Henrik dr. A szénnoxid két új vérfesték vegyületéről. Gy. 17 sz. — A cyanhaematinról. O. H. 15 sz.

M) Közegésztan.

Berényi Ferencz dr. Járványügyünkről, az óvintézkedésekre való tekintettel. A családi kör igényeihez alkalmazkodva. 108 oldal. Ára 1 frt.

Chyzer Kornel dr. Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye. 920 oldal. Ára 6 frt 50 kr.

- Csillag Gyula dr.* Az iszákosság korlátozásáról. 72 oldal. Ára 50 kr.
- Hainiss Géza dr.* A védhimlőoltás (vaccinatio) kézikönyve. 140 oldal 12 ábrával. Ára 1 frt 50 kr.
- Rigler Gusztáv dr.* Az egészségügyi vizsgálatok módszerei. Orvosok, orvosnövendékek és gyógyszerészek számára, ugyszintén kézikönyvül a tisztii és iskola orvosi vizsgálatra k z z l knek 372 lap. 69 a szövege közé nyomtatott ábrával és 3 színnyomatu táblával  ra 3 frt 50 kr.
- Schützenberger Endre dr.* Az egészség és gy gyit s gy helyes szervezese községek számára Különös tekintettel a jelen viszonyokra s az egészségügyi szolgálat  llamosit s ra. 64 lap. Négy statisztikai táblázattal. Ára 50 kr.
- Tomka Samu dr.* A f l egészség tana I. F lgy gy szat.
- Velits Lajos dr.* A nemi fertőző betegségek terjedese ellen.
- Veridicus.* Az egészségügyi közigazgatási reformjáról. R pirat. 16 oldal. Ára 30 kr.
- Bodnár Sándor dr. Az elk l nit s. K z. Kal. 38 sz. — Bogdán Aladár dr. Vizsgálatok a Kuhn b r  asbest v zsz r j nek haszn lhatos g r l a hadseregben. H. O. 2 sz. — Bernolák József dr. Milyen legyen a honv del gynys g öltözéke. H. O. 2 sz. — Donáth Gyula dr. A modern kultur llamok lakosságának testi elsatnyul sa különös tekintettel Ausztria-Magyarors zra. K. F. 10 sz. — Erős Gyula dr. A cecsem k ápolása és gondozása. Eg. 4 f. — Farkas Jenő dr. A hull egetes és temetőkről. Eg. 44 l. — — A gyárak és műhelyek felügyelete. Gy. 33 sz. — Fodor József dr. A makói  r zi viz. K. T. O. 1 sz. — Frank  d n dr. Egészségügyi casuistika. — G llik Géza. A tej  ltart s r l és conservjeir l. Gy. H. 1 sz. — A gyógyszertárak állami ellenőrzésének k r s és conservjeir l. Gy. H. 1 sz. — A cognac vizsgálatához. Gy. H. 46 sz. — Guttenberg Pál. Iskolai fürdők. Eg. 4 f. — G. B. mérnöki kormány tanácsos. Lak berg és gazdasági épületek kiszáritása alagcsövezés utján. K z. Kal. 39 sz. — Havas Adolf dr. Syphilis és szoptat s. O. H. 44 sz. — Kerk polyi Gyula dr. K zegs szs gi mizeri k. K z. Kal. 2 sz. — Kecskeméti Lajos dr. A n ptanito az eg szs szs gyi szolgálatában. Eg. 3 f. — Kuthy Dezső dr. H zasod s és tubercu-losis. Eg. 1 sz. — Kohn Antal dr. A halál apró hadserege. K z. Kal. 39 sz. — Kovács  ron dr. A k ll llamok nevezetesebb hadseregei eg szs szs gyi szerveze-tenek ismertetese. H. O. 7 sz. — Leszner Rezső. Gyógyszertár vizsgálat. Eg. 41 l. — Liebreich K r ly. K zegs szs g gy és nemzetgazdaság. Eg. 151. — L oewy Lipót. Az eg szs szs tudom ny befolyása a tuberculosus fejlődését hogyan lehet megak d lyozni. K z. Kal. 6 sz. — Metzger Ede. A tápszere vizsgálatokról. Gy. H. 30 sz. — Molnár Sándor dr. A víznek vizsgálata fejlődésképes mikroorga-nismusokra. Gy. H. 38 sz. — Morvai Ferencz. Kihal f lben levő községek. K z. Kal. 1 sz. — Nékám Lajos dr. A mesterséges iv vizr l. Gy. H. 33 sz. — Nyi-redi Géza. Tej. Gy. H. 2 sz. — Oláh Gyula dr. A g zfert tlenit  gepek. K z. Kal. 40 sz. —  tv s József dr. A szem kihord s kérdésének sikeres megoldása. O. H. 49 sz. — Quirini Alajos. Rövid utmutatás a tápszerek vizsgálatára. Gy. K. 101 l. — Liszt farostokb l. Gy. K z. 433 l. — Rigler Gusztáv dr. A

talaj szennyezettségének befolyása a kutviz keménységére. K. T. O. 3—4 sz. — — A borok festésének felismerése. Köz. Kal. 10 sz. Gy. H. 11 sz. — Rozsnyay Máttyás Vanilia fagylalt által okozott mérgezésekről. Gy. Köz. 509 l. — Roditzky Jenő. A margarin és a törvényhozás. Köz. Kal. 3 sz. — Szász István dr. A kézi gyógyszerárak. Gy. 8. sz. — Szilágyi Gyula dr. A szeszes italok tisztátalanságának befolyása az alcoholismusra. Gy. Köz. 293 l. — Szontágh Félix dr. Ujabb adatok a női tej és tehén tej fehérje anyagainak ismeretéhez. M. O. A. 475 l. — Turnovszky Mór. Mértékletesség. Gy. 1 f. — — y — d. A Hygieia vizsűrő. Gy. H. 48 sz. — A. A városi vízvezetékek. Köz. Kal. 4 sz. — ?. Gyógyszertárvizsgálat. Gy. H. 14. sz. — ?. A bábák száma és eloszlása az országban. B. K. 1 sz.

Fertőző és ragályos betegségek. Járványok. Védekezés. Braun Fülöp dr. A járvány-kórházakról. Köz. Kal. 10 sz. — Csapodi István dr. A diphtheritis meggyógyítása. Eg. 6 f. — Csanádmegye szabályrendelete a ragályos gyermekbetegségek, főleg diphtheritis (roncsoló toroklob) croup, torokgyík, scarlat, vörheny (kanyaró), hörghurut és fültőmirigylob elfojtása czéljából. Köz. Kal. 28 sz. — Filkorn János dr. A trachoma terjedése. Védekezés ellene. Tömeges gyógyítás. O. H. 32 sz. — Gebhard Lajos dr. A talaj befolyása és működésének értelmezése a choleraanál. Köz. Kal. 37 sz. — Kenyeres István dr. Adatok az ideai cholera-járványról. Gy. 2 sz. — Kovács Áron dr. A cholera Brassóban. Gy. 5 sz. — Nekám Lajos Sándor dr. A lissaboni cholera-járvány. O. H. 21 sz. — Ottava Ignác dr. Miként lehetne hazánkban a ragadós trachomás szembetegséget megszüntetni. O. H. 24 sz. — Raisz Gedeon dr. A cholera elleni védőintézkedések külföldön. Gy. 40 sz. — Sár Ferencz dr. Tapasztalatok a kúnfélegyházi diphtheria-járvány köréből. Gy. 33 sz. — Thim József dr. Cholera-járvány körüli tapasztalatok. Gy. 22 sz. — Trajtlér Soma dr. Védekezés a difteritisz ellen. Köz. Kal. 11 sz.

Betegápolás. Eisler Miksa dr. Poliklinikák. Gy. 35. sz. — Farkas Jenő dr. A betegek ápolása a kórházakban. Gy. 4 sz. — Frischmann Gyula dr. A budapesti kereskedelmi betegápoló-egylet (elismert betegsegélyező pénztár) új kórháza. Gy. 5 sz. — Gerlóczy Zsigmond dr. A Szt-László kórház. O. H. 43 sz. — Lévai Dezső dr. A vidéki gyakorlatból. Gy. 33 sz. — L. D. dr. Kórházak és a nyilvános betegápolás ügye. Köz. Kal. 27 sz. — Salgó Jakab dr. Elmebetegeink. Gy. 5 sz. — Tigermann Mór dr. A budapesti nyilvános ingyenes rendelő intézetek kérdése. Gy. 3 sz. — — Pár szó a budapesti nyilvános ingyenes rendelő intézetek kérdéséhez. O. H. 3 sz. — ? A kórházak felügyelete. Gy. 27 sz.

Hatósági orvosok. Békeffy dr. A közegészségügy elláttatása a községek által. Köz. Kal. 12 sz. — Egy főorvos. Az egyetemes közegészségügyi szolgálat államosítása. Köz. Kal. 51 sz. — i — i dr. A közegészségügy a t. Házban. Köz. Kal. 49 sz. — Jutassy József dr. Az államosítás. Köz. Kal. 28 sz. — — Németország egészségügyi kormányzata. Köz. Kal. 37 sz. — L. F. dr. A tisztí orvosi vizsgák. Köz. Kal. 22 sz. — Pollák József dr. A közegészségügyi reform. Köz. Kal. 33 sz. — Szász István dr. A tisztí orvosi állások betöltése. Gy. 31

sz. — Viola Ignác dr. A közegészségügy államosítása. Köz. Kal. 15 sz. — N. A tiszti orvosi vizsgáló bizottság ügyrendje. Gy. 10 sz. — A törvényszéki orvosi vizsgálatokra kijelölt kérdések. Gy. 47 sz. — Szabályrendelet a törvényszéki orvosi vizsgák tárgyában O. H. 19 sz. Gy. 18 sz.

Fontosabb belügyminiszteri rendeletek közegészségi ügyekben. Állati nyirkkal való oltások tárgyában. 51.423 sz. E. É. 24 sz. — Amerikai sertéshúsneműek behozatala tárgyában. 70.990 sz. E. É. 21 sz. — Bakteriologiai tanfolyam tárgyában hatósági orvosok számára rendezve. 28.981 sz. E. É. 8 sz. — A Behring-féle gyógyserum elárúsítása tárgyában. 103.447 sz. E. É. 24 sz. — A Brandt-féle svájci pilulák kitiltása tárgyában. 107.878 sz. E. É. 1 sz. — A carbolsav elárúsítása tárgyában. 107.739 sz. E. É. 4 sz. — A cholera alkal-mával követendő eljárás iránt. 78.571 sz. E. É. 18 sz. — A diphteria elfojtása tárgyában. 94.955 sz. E. É. 25 sz. — Az eczet-lé vasúti szállítása tárgyában. 87.917 sz. E. É. 5 sz. — 1894. évi VIII. törvénycikk az egyiptomi tengeri egészségügyi szolgálat reformja iránt 1892. évi január hó 30-án Velenczében kötött nemzetközi egyezmény beczikkelyezéséről E. É. 11 sz. — Elmebetegnek vélelmezett vádlottak orvosi megvizsgálata tárgyában. 91.855 sz. E. É. 22 sz. — Az elmebetegség miatt bűnvádi eljárás alól elvont egyének orvosi vizsgálata tárgyában. 30.323 sz. E. É. 16 sz. — A fertőtlenítő gépek kipróbálása tárgyában. 81.521 sz. E. É. 20 sz. — A fertőző betegségekről szóló jelentések határidejének meghosszabbítása tárgyában. 53.234 sz. E. É. 14 sz. — Gőzzel való fertőtlenítési eljárás bevezetése tárgyában. 29.013 sz. E. É. 9 sz. — A gyógyfürdő elnevezés kellékei iránt. 81.326 sz. E. É. 20 sz. — Gyógyíthatlan betegek községi, illetőleg házi ellátásba vétele iránt. 11.247 sz. E. É. 8 sz. — A gyógyszerész címet csak a gyógyszerész-mester, vagyis a gyógyszerész önálló kezelésére jogosított egyén használhatja. 2.810 sz. E. É. 23 sz. — A hypnotizálás gyakorlása tárgyában. 103.816 sz. E. É. 25 sz. — Kézi gyógyszer-tárakról be-szabályrendelet. 98.802 sz. E. É. 25 sz. — A közegészségügyi viszonyokról be-terjesztendő évi jelentések tárgyában. 112.121 sz. E. É. 1 sz. — A közkórhá-zak napi ápolási díjai tárgyában. 18.182 sz. E. É. 9 sz. — A magántéboldák-ban. 63.534 sz. E. É. 17 sz. — A mesterséges borok készítésének és forgalomba hozatalának tilalmazásáról szóló 1893. XXIII. t.-cikk alapján alakított állandó borvizsgáló szakértő bizottságok szervezeti szabályzata és ügyrendje. 93.551 sz. E. É. 23 sz. — Oltott borjúk húsának értékesítése iránt. 79.561 sz. E. É. 20 sz. — Az osztrák orvosi egyetemeken 1893. november 1-je óta nyert orvosi diplomák a tiszti orvosi vizsgálatra való jelentkezésnél nem fogadhatók el. 5.629 sz. E. É. 7 sz. — A ragályos kórok bejelentése tárgyában. 91.954 sz. E. É. 24 sz. — A tiszti orvosi vizsgák ügyrendje tárgyában. 112.048 sz. E. É. 5 sz. — Útasítás a közegészségügyi évi jelentés szerkesztésére. 104.341 sz. E. É. 24 sz. — A vasúttakra kiterjedő közegészségügyi intézkedéseknél a vasúti szak-közégek meghallgatandók. 109.791 sz. E. É. 1 sz. — A veszett ebmarási és víziszony-esetek bejelentése tárgyában. 26.705 sz. E. É. 8 sz.

VII. Vegyes tartalmú művek.

Cséri János dr. Az egészséges és beteg gyomor. Népszerű útmutató gyomor- és bélbetegék számára. II. kiadás. 100 oldal. Ára 80 kr.

Demkó Kálmán dr. A magyar orvosi rend története, tekintettel a gyógyászati intézmények fejlődésére Magyarországon a XVIII. század végéig. 560 lap. Ára 5 frt.

Hutyra Ferencz dr. Állatorvosi belgyógyászat. I. kötet. Fertőző betegségek. 564 lap. Ára 5 frt 40 kr.

Láng Menyhért Korzika. 181 lap. Ara 1 frt 50 kr.

Möller Henrik dr. Állatorvosi szemészet. II. ujonnan átdolgozott kiadás. Fordította Plósz Béla dr. 40 fametszettel és 2 nyomtatott színes táblával. 245 oldal. Ára 2 frt.

Roboz József. A dadogás gyógyítása orvosok, paedagogusok és műveltebb olvasó közönség számára. 110 oldal. Ara 1 frt 50 kr.

Ünnepi dolgozatok Kovács József dr. negyedszázados tanárságának emlékére. Szerkesztette Bakó Sándor és Buday Kálmán dr. közreműködésével Réczey Imre dr. e. ny. r. seb. tanár.

Balogh K. Oszkár dr. Széchenyi István gróf mint hygienista. Eg. 3 f. — Balogh Tihamér dr. A biológiai alaptörvény a gyógyászatban. Gy. 19 sz. — Bergl Sándor. Gyógyszerek szabadalmazásáról. Gy. H. 52 sz. — Haraszti Bernolák József dr. A római XI. nemzetközi congresszuson szerzett tapasztalatok H. O. 5 sz. — Bodon Károly. Nagy-Britannia orvos-társadalmi viszonyai. Gy. 28 sz. — B-r. A lovassághoz beosztott honvéd orvosok lovasítása és egyenruházatuk kiegészítése. H. O. 8 sz. Egy debreczeni orvos. Az orvos és a közönség. Köz. Kal. 31 sz. — Elischer Gyula dr. Semmelweis Ignác Fülöp. Emléklap. — Farkas Jenő dr. Vivisectio embereken. Gy. 22 sz. — Farkas László dr. Vázlatok a lyoni sebész congressusról. O. H. 46 sz. — Fodor József dr. Rectori beszéd. O. H. 38 sz. — S. A gyógyszerészet mai állapota. Gy. H. 51 sz. — Gállik Géza. A gyógyszerész legyen-e tápszer és élvezetiszer vizsgáló. Gy. H. 41 sz. — Gáspár Ferencz dr. Az orvos a tengeren. Gy. 8. sz. — Grósz Emil dr. Szilágyi Ete tanár. Sz. 2 sz. — Hoffmann Péter. Híres bábák életrajza. B. K. 1 sz. — Högyes Endre dr. Beszéd az 1894—95. egyetemi tanév ünnepélyes megnyitásakor. O. H. 38 sz. — Justus. A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése Pécsen. O. H. 27 sz. — Kacsor Mór dr. Népgyógyászat. Gy. 12 sz. — Kelen József dr. Anomaliák a vidéki gyakorlatban. Gy. 25 sz. — L. F. dr. A thuzséri haláleset, mint közegészségügyünk fejlen állapotának documentuma. Köz. Kal. 40 sz. — Lőrinczi F. dr. A tuberculosis rémületes terjedése Köz. Kal. 8 sz. — M. Az anatómiai társulat ülései Straszburbán. — M—cs. A halloi Universitas Fridericana 200 éves fennállásának jubileuma. O. H. 33 sz. — Moldoványi István dr. Az első magyar orvosi könyv. O. H. 13 sz. — N. A hygienicus kiállításból. Gy. 37 sz. — N. A XI-ik nemzetközi orvos congressus Rómában. O. H. 14 sz. — Nékám Lajos Sándor dr. Az orvosi kiképzés Franciaországban. O. H. 51 sz. — Külföldi facultásokból. O. H. 9 sz. — Francia gyógyszerészet. Gy. H. 51 sz. — Nekrologok. Billroth

Tivadar dr. Gy. 6 sz. O. H. 6 sz. — Helmholtz. Sz. 5 sz. O. H. 35 sz. — Hyrtl József dr. Gy. 29 sz. O. H. 29 sz. — Scheuthauer Gusztáv dr. Gy. 5 sz. O. H. 5 sz. — Szabó József tanár 1822—1894. Gy. 15 sz. O. H. 15 sz. — Szilágyi Ete tanár. Gy. 16 sz. O. H. 16 sz. — Török József dr. O. H. 11 sz. — Urbán I. Gy. H. 49 sz. — Varga Géza dr. O. H. 32 sz. — Oláh Gyula dr. A gyógyszerárügy rendezéséről. Gy. H. 10 sz. — Papp Gábor dr. Uti feljegyzések. É. — Papp Samu dr. országgyűlési beszéde. Gy. 48 sz. — Preysz Hugó dr. Megemlékezés Scheuthauer Gusztávról. O. H. 44 sz. — Quirini Alajos. A betegségek oka. Gy. Köz. 609 l. — R—r. Sladslóme az orvosokról. Gy. 24 sz. — —r. A VIII. nemzetközi hygienicus és demographicus congressus. Gy. 36 sz. — —r. A magyar orvosok és természetvizsgálók pécsi vándorgyűlése. Gy. 27 sz. — Rigler Gusztáv dr. A VIII. nemzetközi közegészségi és demographicus congressus. K. T. O. 3 sz. — Roboz József f. A dadogás gyógyítása. O. H. 46 sz. — Buttner Kálmán. Műszerek és betegápolási eszközök a római egészségügyi kiállításon. O. H. 17 sz. — Scherer István dr. A siketnémák tanításáról. Gy. 30 sz. — Schwarz Ignác. Adalékok a gyógyszerészet történetéhez Magyarországon. Gy. H. 1 sz. — Egy magyar gyógyszerár 200 éves jubileuma. Gy. H. 33 sz. — A nagyszombati gyógyszerészek 1748. évi szabályzata. Gy. H. 30 sz. — S. Ö. Az orvosnők képzése Angliában. Gy. 37 sz. — Le docteur Pascal Zola Emiltől. Gy. 2 sz. — Sternberg Géza dr. Aphorismák az 1893-dik évi kórházi gyakorlatból. Gy. 19 sz. — Szabó Dénes dr. e. tnr. A gyakorlati szakoktatás jelene és jövője. Gy. 29 sz. — Szenes Zsigmond dr. A siketnémaságról. Gy. 30 sz. — A német természettudósok és orvosok 66-ik gyűlése. — A fül-orvosi szakosztály üléséről. O. H. 48 sz. — Syed Hasson dr. Némely indiai népszokás befolyása a lakosság egészségére és jólétére. Gy. 38 sz. — Than Károly dr. e. tnr. A chemiai affinitásról. O. H. 1 sz. — Tauszk Ferencz dr. A római nemzetközi congressus belgyógyászati szakosztályának üléséről. O. H. 20 sz. — Turnovszky Mór dr. A nő feladata és kötelességei a közegészségügy terén. Eg. 4 f. — Idegesség. Eg. 6 f. — Varságh Zoltán dr. Regény a fészekben. Gy. H. 51 sz. — X. Lóhús, mint tápszere. O. H. 16 sz. — Egy fin de siècle gyógyszerár. Gy. H. 5 sz. — Modor a gyógyszerártárban. Gy. H. 6 sz. — Y. Nők a gyógyszerárakban. Gy. H. 43 sz. — Z—n. A rézkapszli. Gy. H. 31 sz. — Névtelenül. Az év lejárta és az új év elején. O. H. 1 sz. — A VIII. internacionális hygienai és demographiai congressushoz. O. H. 25 sz. — A VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus. O. H. 36 sz. — A Semmelweis emlékünnepe. O. H. 36 sz. — A német természettudósok és orvosok 66. gyűlése. O. H. 39 sz. — A budapesti orvosi kör országos segélyegyletének közgyűlése. Gy. 6 sz. — Kitüntetések. Gy. 10 sz. — Az orvos felesége. Gy. 31 sz. — A tanév kezdetén. Medikus 3 sz. — A VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus. Gy. 35 sz. — Az orvosi beavatkozás jogosultsága. Gy. 52 sz. — A tanárok praxisa. Gy. 7 sz. — A német orvosok és természetvizsgálók 66. vándorgyűlésének orr- és gégegyógyászati szakosztálya. O. H. 14 sz. — A gyógyfüvek természetéről. Köz. Kal. 13 sz. — Magyar iparegészségügyi Múzeum. Köz. Kal. — A VIII. nemzetközi közegészségi és

demográfiai congressus gyógyszerészeti szakosztályának gyűlései. Gy. H. 38 sz. — 1893-ban elhunyt természettudósok necrologja. Gy. H. 52 sz. — Az országos közegészségi tanács felterjesztése a hypnosis tárgyában. O. H. 49 sz. — A közegészségügyi tanács tagjai 1893-ban. E. É. 4 sz. — Kovács József tanár huszonöt éves tanári működésének jubileuma. Gy. 9. sz.

VIII. Orvosi közügy.

Barts József dr. Az orvosi titoktartás a törvényszék előtt. Gy. 15 sz. — Békeffy dr. A községi és körorvosi lakások. Köz. Kal. 21 sz. — E. M. Adat az orvosi kamarák kérdéséhez. Gy. 37 sz. — Egy öreg gyakorló orvos. Az orvosi pálya a jelenben. Köz. Kal. 40. — Jutassy József dr. Budapesti orvosok. Köz. Kal. 31 sz. — L. Beteg orvosok. Köz. Kal. 5 sz. — Mylius. A betegpénztárak befolyása az orvosokra és a gyógyszerészekre. Köz. Kal. 34 sz. — Oláh Gyula dr. Az orvosi kamarákról. Köz. Kal. 17 sz. — Schächter Miksa dr. Az orvosi kamarákról. Gy. 38 sz. — Tigermann Mór dr. A fővárosi orvosi gyakorlat terén fennálló anomaliákról. Gy. 9 sz. — Trammer Frigyes dr. A községi és körorvosok sebészi praxisának külön díjazása. Köz. Kal. 30 sz. — ?. Orvosi titoktartás a törvényszék előtt. Gy. 14 sz. — Az orvosi titok elárulásának kérdése. Köz. Kal. 8 sz. — 200 frt fizetés és 43 falu. Köz. Kal. 13 sz. — A bécsi orvosi kamara kérvénye az osztrák képviselőházhoz az orvosok adóztatása ügyében. Gy. 38 sz.

Megjegyzés. Könyvek és külön álló füzetek az egyes csoportok elején a szerző nevének kövőbb betűkkel való nyomtatása által vannak jelölve. Rövidítések. B. K. = Bába Kalauz. Eg. = Egészség. É. = Az erdélyi Muzeum-egylet o. t. sz. értesítője. E. É. = Egészségügyi értesítő. Gy. = Gyógyászat. Gy. H. = Gyógyszerészi Hetilap. Gy. Köz. = Gyógyszerészi Közlöny. H. O. = Honvéd orvos. K. F. = Klinikai füzetek. Köz. Kal. = Közegészségügyi Kalauz. K. T. O. = Közegészségügyi és Törvényszéki orvostan. M. = Medikus. M. O. A. = Magyar Orvosi Archivum. O. H. = Orvosi Hetilap. S. = Sebészet. Sz. = Szemészet. U. Gy. = Ujabb gyógyszerek és gyógy módok.

JEGYZÖKÖNYVEK

az „Erdélyi Múzeum-egylet“ orvos-természettudományi szakosztályának orvosi szaküléseiről.

Orvosi szakülés 1895. évi márczius 1-én.

Genersich Antal tnr. elnök az ülést megnyitván, hivatkozással az utolsó választás alkalmával beállott változásra a jegyzői tisztnél, indítványozza, hogy *Benel János* dr. egyetemi magántanárnak, eddigi jegyzőnek sok éven keresztül kifejtett buzgó működéséért jegyzőkönyvi köszönet szavazzassék. — Egyhangulag elfogadtatik.

Azután következik a tárgysorozat 1. pontja: *Genersich Gusztáv* dr. felolvasása: *Észleleteim a Behring-féle diphtheria elleni serumtherapia körül.* (Lásd *Értesítő* 32—42. l.)

Ezen előadáshoz hozzászólnak:

1. *Góth tnr.* kevés esetet oltott és tapasztalatai alapján nem mondhatja, hogy az új szer bevált, de nem állíthatja ellenkezőjét sem. Nem helyesli azonban az egész eljárást, melylyel a serum értékét megállapítani akarták. Az eddigi közlemények csak hangulatot keltenek a szer iránt, és nélkülözik az objectiv kritikát.

Az eset súlyosságának meghatározásánál a főszlyt mindig a mirigy-daganatra fekteti és nem helyesli előadónak beosztását könnyű, súlyos és leg-súlyosabb esetekre.

Aztán rátér a régen divó kezelésekre, a lapis ecsetelésekre, lapis touchirozásra, a salicylkezelésre, melyeknél mind az az egyforma eredmény mutatkozott, hogy az infiltratio gyorsabban haladt; azért ő régóta a diphtheriás torokban egy „noli me tangere“-t lát és minden touchirozást elhagy.

A serumot ma oly szernek tartják, mely a diphtheriát meggyógyítja, de véleménye szerint specificus szernek csak akkor volna mondható, ha nemcsak a halálozást csökkentené, hanem minden esetet meggyógyítani képes volna.

A közölt gyógyeredmények a könnyű eseteket is bevonják, pedig helyesebb lett volna csak a súlyos eseteket oltani, bár még így is csalódhatunk, mert változik a genius epidemicus.

Ezért azt tartja, hogy a serum értéke felett ma még döntő ítéletet nem hozhatunk, hanem várni kell, egy súlyos járvány esetleg megadja a helyes választ.

2. *Purjesz* tnr. (Fejtegetéseit I. Értesítő 93—108 lap.)

Előadó *Genersich* Gusztáv dr. válaszol főleg Góth tanárnak. Visszautasítja azt a vádat, mintha ő a Hoechsti gyárral olyan összeköttetésben állana, hogy felolvasása hangulatkeltőnek volna mondható. Hogy súlyos esetekben erős mirigydagánat van, ezt ő is felemlítette, de korán sem áll az, hogy csak a mirigydagánat szerint kell az esetek súlyosságát elbírálni. Hogy könnyű esetet is oltott, azt különösen hangsúlyozta úgy a bevezetésben mint későbbben, de nem tartja helyesnek a látszólag könnyű eseteket éppen nem kezelni, mert vannak esetek, melyek később súlyosokká válnak, és jelenleg is észlel egy esetet, mely tegnap még igen könnyűnek látszott és ma a croupos tünetek rohamos fokozódása miatt megfulladt volna, ha előadó nem intubálja. Éppen az igen enyhe toroktünetekkel kezdődő és általános infectiót nem mutató diphtheriák azok, melyek gyakran észre sem vétetnek és napok mulva halálos végű croupal szövődnek.

Kinek van különben bátorsága előre megmondani, melyik diphtheria eseténél annyira határozottan kedvező a prognózis, hogy semmit sem kelljen tenni? Előadó különben nem lehetett volna abban a helyzetben, hogy az eseteket kiválogassa, hogy pl. csak a súlyosokat oltsa, vagy oltson minden érkező páratlant és kezelje a párosokat hygienico-diaeteticus módon, mert beteganyaga csekély volt, és ehhez is nagyobbára az oltás végett jutott.

Genersich tnr. Súlyt fektet arra, hogy vannak esetek, melyek első látásra elveszetteknek, vagy könnyűeknek tetszenek. De látott oly eseteket, melyek könnyűek voltak eleinte, könnyűek még az V ik napon is és mégis elpusztultak. Tehát nem merné megmondani, melyik eset feltétlenül könnyű, és melyiket lehetett volna a kezelésből kihagyni.

Kérdésesnek tartja, hogy minden eset diphtheria epidemica, melyet ma a Löffler bacillus segítségével diphtheriának tartanak.

Hallotta az előadótól, hogy a diphtheria esetek szaporodnak a városban, ez azonban valószínűleg onnét ered, hogy ma úgyszólván minden esetet jelentenek be, régebben csak a súlyosabbakat merték bejelenteni.

Fogásnak tartja Behring részéről, hogy csak akkor ígér gyógyulást, ha a gyermekek rögtön, illetve az első III. napon belül jönnek kezelés alá, mert ezek közt van bizonyára sok olyan eset, mely bizonyára magától is meggyógyult volna.

Ajánlja a kísérletezés folytatását az eddigi módon, mert nem lehet bennünk annyi lelki elszántság, hogy ma egyes betegeinket, vagy saját gyermekeinket tetlenül észleljük csak abból a czélból, hogy egymással szembeállítható egyforma eseteket kapjunk.

Purjesz tnr. Hogy ma senki sem határozhatja el magát tetlen észlelésre, azt maga is valija, de viszont állítja, hogy ezt meg kellett volna tennie Behringnek és Rouxnak. Ha ők első sorban az egyik gyermekket serummal kezelik, a másikat nem, akkor 30 esettel tisztába hozhatták volna a kérdést, így még 100,000 eset sem lesz elég.

Van Widerhofernek egy esete, mely felett csak úgy elsiklik. Ez a beteg serummal kezeltetett és meg is gyógyult, de 28 nap mulva recidivált. Nem

képzeltető, hogy a recidiva kezdete azonnal észre nem vétetett volna és hogy nem azonnal vagy legalább az első 24 órában nem kapott volna elegendő mennyiségű serumot. És ez az eset mégis meghalt. Ez többet ront, mint mennyit 100 gyógyult eset használ, mert Behring azt állítja szeréről, hogy az specificum, és akkor egyetlen egy esetnek sem volna szabad meghalnia.

Ez az eset bizonyítja, hogy nem lehet szó feltétlen gyógyításról, de meg immunisálásról sem.

Nem osztja Genersich tnr. nézetét, hogy az eddigi módon folytassuk a vizsgálatokat, hanem ajánlja, hogy válaszsunk más módszert.

Udránszky tnr. nem ért egészen egyet Purjesz tanárral a Widerhofer esetre nézve a tekintetből, hogy mit lehet ez esetből a serum immunisáló értékére következtetni. Minden esetre másként hat a serumnak az immunisáláshoz elégséges antitoxint tartalmazó mennyisége a teljesen ép, szűz talajú szervezetben, mint a hogy hathat a serum immunisálólag a már diphtheriás egyénnél.

A serumtól egyébként nem tételez fel állandó immunisációt, mert a serummal végzett immunisálás passiv, kész chemiai anyagok által feltételezett, a vérről pedig ismeretes az, hogy a beléje került idegen vegyületektől hamar szabadulni törekszik, azokat átalakítva, vagy bontás nélkül is a veséken át leadja. Az olyan immunitás ellenben, mely magában a szervezetben sejtek működése folytán jött létre, az activ immunitás hosszabb ideig maradhat fenn.

Purjesz tnr. nem acceptálhatja e magyarázatot, mert mindig bizonyos pluszt kellene befecskendezni, akár 60, akár 150 *A. E. vagy több az immunisáló adag.

Genersich tnr. Azt az elvet vallja, mint az egyszeri komáromi orvos Haynau előtt: „Ich bin nicht nur Arzt, sondern auch Patriot.“ Itt nemcsak a tudomány, hanem a praxis kérdése is fennforog, és azért kellene a kísérleteket az eddigi irányban folytatni. A merev álláspontot nem helyesli. A chinin és higany csak eléggé specificus szerek és azért mégis fordulnak elő halálesetek.

Purjesz tnr. kénytelen újon visszatérni a kérdésre Beismeri, hogy mi ma már nem követhetjük az általa jelzett irányt, de nekünk, mint tudományos testületnek oda kell mutatni, hogy Behringnek és Rouxnak miként kellett volna eljárni a nélkül, hogy lelkifurdalásaik lettek volna. Most már tényleg nem tehetünk egyebet, mint bevárni egy súlyos járványt.

Genersich G. dr. a megtámadott Löffler bacillusok érdekében szólal fel. Ma már mindenki elismeri, hogy nem szólva a Löffler bacillusok kártokozó voltokról, azok kórkísérők. Legtöbbször már az egyszerű fedlemez eljárással, de biztosabban culturákkal sikerül az esetek 90—95 %-jében jelenlétét kimutatni, és oly esetekben, hol különben csak napok múlva lehetne a kórismét biztosan felállítani, ha csak a klinikai tüneteket vesszük számba, a bacillusok kimutatása megbecsülhetlen szolgálatot tesz. A Löffler bacillus eddigi tapasztalatai szerint nem ubiquitár és a beteg torokban csak akkor található, ha diphtheria van jelen.

Orvosi szakülés 1895. márczius 22-én.

Elnök az ülést megnyitván, üdvözlí a gyűlésen megjelent Dr. Farkas Jenő kartársat Budapestről.

Ezután következik a napirend:

1. *Jancsó* Miklós dr. és *Rosenberger* Mór dr.: Adatok a quartana parasita fajlagosságának kérdéséhez. (L. Értesítő 43—53 l.)

2. *Rosenberger* Mór dr. bemutatja: Száraz vérkészítmények előállításának egy új módját. (L. Értesítő 28—31 l.)

Hozzá szól: *Ákontz* dr. Ugy emlékszik, hogy a Boelm et Opperl-féle mikroszkopiai technicában hasonló eljárás van leírva.

Előadó megjegyzi, hogy neki erről tudomása nincs, ez eljárásra teljesen önálló próbálgatás útján jött rá.

Udránszky tnr. kérdi, hogy miként történik a vér rögzítése. Azután kiemeli, hogy az eljárás főelőnyének tartja, hogy a vér tárgylemezen van szétterítve, melyen a vért mindenféle eljárásnak tehetjük ki, festhetjük, szinteleníthetjük, a nélkül, hogy a készítmény oly könnyen elromlanék, mint a fedlemezkészítmény.

3. *Szőcs* Mózes dr.: Kísérletek a Cuprum Sulfuricummal, mint a Phosphor ellenszerével. (L. Értesítő 17—27 l.)

Orvosi szakülés 1895. április 27-én.

Elnök jelenti, hogy *Genersich* Gusztáv dr. két betegbemutatást jelentett be az ülés előtt és azért az egyleti szabályok értelmében felszólítja, hogy a napirend előtt betegeit bemutassa.

Genersich Gusztáv dr. Két aphasiás beteget mutat be. Az egyik eléggé gyakran előforduló eset, apoplecticus tünetek közt jött létre ezelőtt 6 héttel, az aphasia mellett jobboldali végtag paresis és jobboldali facialis paresis áll fenn. A beteg minden szót meghall és megért, minden tárgyat felismer, de magától csak igen keveset tud beszélni, mutatott tárgyak nevét pedig nem képes kiejteni, ellenben elébe mondott szavakat elég jól tud utána mondani. Szellemi élete úgy látszik kissé szenvedett a betegség folytán, az illető mint muzsikusz cigány zenével kereste kenyerét és most alig néhány nóta maradt meg fejében. Legjobban füttyöli még az „Ezt a kerek erdő...”, sőt más dallamokból is többnyire csak erre a nótára tér át.

Előadó a Zvernicke-féle beszéd-schemán demonstrálja, hogy a bemutatott aphasia okvetetlenül a beszéd centrum transcorticalis motoricus részéből indult ki.

A másik aphasiás beteg egy 13 éves leány, ki korához képest nemcsak elég jól fejtett, de több nőiességet is mutat. Nehány nappal azelőtt egy lépcsőn evőeszközt takarított, midőn hirtelen leesett és általános görcsöket kapott. Az ezután eszméletlen állapotban a görcsök még egyizben érték, azután ismét mély álomba borúlt, melyből csak másnap reggelre tért valamennyire magához. Még akkor is kábult volt, és bambán maga elé bámulva, kissé balra hajlott fejjel és balra deviált szemekkel, bizonytalanul ült a széken. Beszélni nem tudott, közönséges beszédet nem értett meg, de kiabálásra reagál, és hangosan fülébe szólva, lassan, de értelmes mozgásokat visz véghez mind a négy végtagjával. Délutánra még jobban hall, másnap reggelre rendes erősségű beszédet jól megért, sőt egyes szavakat suttozni is képes. Így halad a beszélő tehetség roha-

mosan, hogy délután már minden szót suttogva kiejthet, de hangot a legnagyobb erőlködéssel sem képes kihozni. A 4-ik napon már hangosan is beszél, kábultsága teljesen megszűnt. A beteg a jobb sulcus nasolabialis kissé elsimultnak látszott. Ez a tünet nem változott. A test különböző részén, főleg a karokon, hypaestheticus részek vannak, a tenyerek pedig oly erősen izzadnak, hogy a kezek folyton nedvesek. E tünetek 4-ed napra teljesen elmúltak.

Előadó eleinte hajlandó volt az aphasiát az eséssel összefüggésbe hozni, és objectiv változás alapjára helyezni. De gyermek-leány feltűnést keltő élnéksége, korának még meg nem felelő nőiessége, a bőr hypaesthesia, a tenyerek izzadása, és főleg a beszédzavarnak nemcsak gyors, hanem sajátos javulása, az aphonia bekeverése a kórképbe azt a föltevést igazolta, hogy az aphonia valószínűleg csak beidegzési zavarból indult ki, és valószínűleg hysteriának következménye. Az általános görcsös roham is valószínűleg hystero-epilepsia volt.

Gámán Béla dr. otitis furunculosa chronica esetét mutatja be. A bántalom már 10 éves és a külhalljárat falainak s a fülczimpánának nagyfokú megvastagodásához vezetett. Ez által a halljárat annyira megszűkült, hogy a legvékonyabb tölcésér is alig vezethető be. Ezen állapot ugyan most nem okoz a betegnek nagyobb nehézségeket, de végzetes lehet, ha a középfülben valamely komoly bántalom lép fel.

Kifejti, hogy a mennyire fényes eredményeket érünk el az egyes furunculosok kezelésénél, ép oly tehetetlenek vagyunk a bemutatott állapottal szemben. A dilatatio eddigi módjai igen kellemetlenek, s kevés eredményt adnak. 1% kalicium sulfuratum fülcseppeket használ Schwarzze módszere szerint. Majd részletesen kiterjeszkedik a fülfurunculosis aetiologiájára, tünettanára és therapiájára, főlegemlítve, hogy a Kolozsvárt 2 $\frac{1}{2}$ év óta általa észlelt fülbetegek 2%-ja szenvedett furunculosisban.

Scheitz Vilmos dr. Az extragenitalis fertőzésekkel értekezett. Előadó 42 esetet ismertet, melyek a Károlyina-kórház bőrgyógyászati osztályán 15 év alatt észleltettek, vagyis ezen idő alatt kezelt bujakórosoknak 6·21%-ka extragenitalis úton lett fertőzve. Nőknél gyakoribb (15·3%) volt, mint a férfiaknál (3·65%). A fertőzés helyét illetőleg a felső ajkon 11, az alsó ajkon 8, a mandulákon 8, az emlőbimbón 3, kézujjon 3, arczon 2, pofanyákhártyán, nyelven, orrszáron, a kezeken, mons venerisen, végbélnyílás körül és a bal alszáron 1—1 esetben lett bujakóros fekély észlelve. Végül, előadó összehasonlítást tesz más kórodákról származó ily tárgyú közleményekkel, és arra a következtetésre jut, hogy az extragenitalis fertőzés Kolozsvárt ép oly gyakori, mint bármely nagy városban.

Hozzá szólnak :

a) *Genersich* tnr.: azt hiszi, hogy az előadásból le lehetne vezetni, hogy az extragenitalis fertőzés még talán leginkább a csók útján terjed. Szerette volna, ha előadó az aetiologiát jobban kiemelte volna, és az említett körülményt jobban pointirozza. Ellensége a cselédek és dajkák csókolásának.

b) *Hoór* tnr. Az aetiologiára nézve hoz fel egy esetet. Egy előkelő család 13 éves leányánál a szemhéjon egy kemény fekély találtatott. Állítólag egy

idegen test került szemébe, melyet a franczia nevelőnő nyelvével próbált eltávolítani. A nevelőnőnél a szájban exu'cerált papulákat találtak.

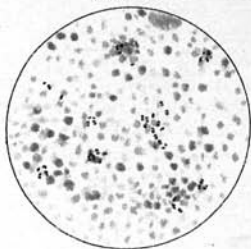
c) *Scheitz* dr. is egy az orvosi praxis közben szemén fertőzött orvost ismer.

Orvosi szakülés 1895. június 14-én.

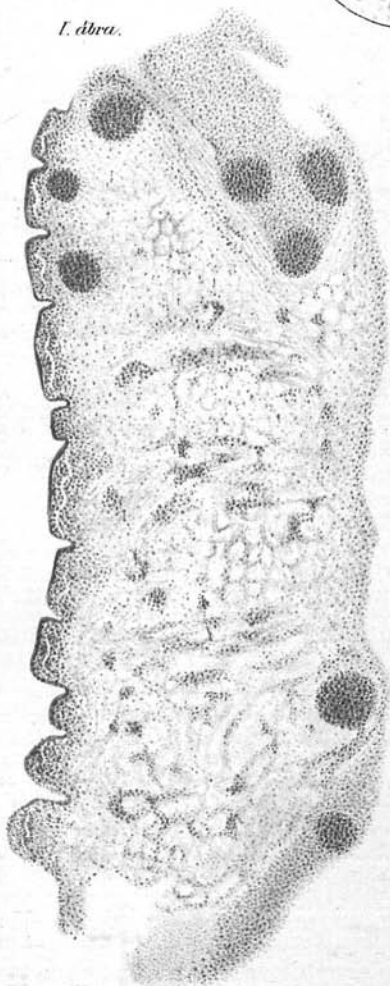
1. *Hoór* Károly dr. egy tn.: A chronicus ophthalmoblenorrhoeának viszonya a trachomához. (L. Értesítő 109--137 l.)

2. *Udránszky* László dr. egy tn. bemutatja *Urbanetz* Ede dr.: „A redukáló anyagok kiválasztása betegeknél“ című munkája eredményeit. (L. Értesítő 138—166 l.)

III. ábra.



I. ábra.



II. ábra.

